
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

SOIXANTE ET UNIÈME ANNÉE

1888



PARIS

BUREAUX D'ABONNEMENT : RUE DE L'ODÉON, 4

PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

1888

N° 1. — MARDI 3 JANVIER 1888. 61e ANNÉE. MARDI 3 JANVIER 1888. — N° 1.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.	3 mois : **8** fr. **50**.	— 6 mois : **16** fr.	— 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE.	3 mois : **10** fr. **»**.	— 6 mois : **18** fr.	— 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

Paris, le 2 janvier 1888.

La *Gazette des hôpitaux* entre dans sa soixante et unième année. Il suffit de feuilleter les tables de ce recueil pour apprécier son action sur le mouvement scientifique de plus d'un demi-siècle. Le succès qui a couronné de si longs efforts est dû aux améliorations successives apportées à sa rédaction. L'année, qui vient de s'écouler, a vu naître nos « Revues générales ».

Sous la direction si éclairée de M. Albert Mathieu, ancien chef de clinique de la Faculté, et de M. A. Ricard, ancien prosecteur des hôpitaux, une phalange de chefs de cliniques, de prosecteurs et d'internes est venue grossir nos rangs. Les questions à l'ordre du jour ont été traitées avec les développements qu'elles comportaient. Le numéro du samedi a doublé de volume pour ne pas écourter les travaux qui nous étaient remis. Les félicitations les plus vives nous sont arrivées de tous les points de la France : nous remercions nos lecteurs de leurs encouragements.

Un simple coup d'œil, sur la liste ci-jointe des sujets traités cette année, permet de saisir l'esprit et l'utilité de cette nouvelle collaboration.

Médecine :

A.-B. MARFAN. Les ulcérations gastriques (n° 51).
P. BRAINE. Traitement des kystes hydatiques du foie (n° 57).
G.-H. ROGER. Rôle du foie dans les auto-intoxications (n° 66).
ANTOINE FLORAND. Sclérose latérale amyotrophique (n° 75).
HENRI TOUPET. Étiologie de la fièvre typhoïde (n° 78).
A.-B. MARFAN. La tuberculose miliaire (n° 89).
PAUL BERBEZ. L'hystéro-traumatisme (n° 95).
A. MOREL-LAVALLÉE. Étude générale sur les roséoles (n° 100).
PAUL RAYMOND. Les cirrhoses du foie (n° 106).
GEORGES GUINON. Diagnostic des chorées (n° 115).
L. JACQUET. Des érythèmes polymorphes (n° 121).
J.-B. DUPLAIX. Des polynévrites (n° 130).
ÉMILE PARMENTIER. L'ictère catarrhal d'après les travaux récents (n° 136).
ALBERT RUAULT. Les névropathies réflexes d'origine nasale (n° 148).
HENRI TOUPET. Pneumo-typhoïde (n° 151).
E. BERBEZ. De l'ulcère simple de l'œsophage (n° 157).

Chirurgie :

HENRI HARTMANN. Du drainage et de l'évacuation continue de la vessie dans le traitement des cystites (n° 48).
ALFRED BOIFFIN. De l'intervention chirurgicale dans les accidents des hernies adhérentes (n° 63).
R. PICHEVIN. Anesthésie et trachéotomie (nos 69 et 72).
H. DELAGÉNIÈRE. Étude critique sur les différents traitements appliqués aux tumeurs du gros intestin (n° 81).
A. MARTHA. Des injections iodées dans le traitement des goitres (n° 84).
FRANCIS VILLAR. De la luxation sous-glénoïdienne de l'épaule (n° 86).
PIERRE SEBILEAU. Les traumatismes de l'épaule et les paralysies du membre supérieur (n° 92).
P. MICHAUX. De l'intervention chirurgicale dans les traumatismes du tube digestif (nos 98 et 103).
M. R. PICHEVIN. Traitement du varicocèle (n° 109).
NOEL HALLÉ. Les maladies chirurgicales de l'uretère ; son exploration (n° 112).
F. VERCHÈRE. De la conduite à tenir après l'ablation des tumeurs de la face (n° 118).
A. RICARD. D'une déformation particulière des orteils désignée sous le nom d'orteil en marteau (n° 124).
LUCIEN PICQUÉ. De la périnéorrhaphie appliquée aux déchirures complètes du périnée (n° 127).
F. VERCHÈRE. Fractures et massage (n° 133).
PAUL TISSIER. Cancer du larynx (n° 139).
E. VALUDE. Traitement des rétrécissements et inflammations des voies lacrymales (n° 145).
P. MICHAUX. Des modifications apportées par l'antisepsie dans les règles du traitement de l'étranglement herniaire (n° 154).

Obstétrique :

L. SECHEYRON. Antisepsie et asepsie en obstétrique (n° 142).

Nous sommes heureux d'annoncer à nos lecteurs que, convaincus de répondre à un besoin scientifique, nous continuerons cette année à donner tous les samedis une « Revue générale ».

On nous permettra, en terminant, de joindre nos félicitations à toutes celles qu'ont déjà reçues nos nouve[...] collaborateurs. La Faculté, l'Académie et les H[...] comptent un grand nombre de lauréats parm[...] M. Secheyron, qui a obtenu le Prix de l'A[...] M. Hallé, médaille d'or.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. POTAIN.

Des vertiges.

Jeudi dernier, nous avons reçu dans nos salles deux malades atteints tous deux de la même affection ou plutôt d'un symptôme identique, de vertiges, sans autres phénomènes bien accentués, ce qui nous force à chercher l'origine même de ces vertiges.

Nous savons que le vertige peut se rencontrer dans une foule d'affections diverses et que, parfois, il est même, pour ainsi dire, le seul et unique symptôme de certaines maladies graves. Nous allons donc passer en revue tous les cas où il se rencontre.

Mais tout d'abord qu'est-ce que le vertige? Un trouble cérébral résultant de la difficulté, pour l'individu, de conserver la notion précise de ses rapports avec le monde extérieur. De là trois sortes de vertiges : le vertige sensoriel, le vertige mental et le vertige moral.

Citons quelques exemples : Un ivrogne voit tout tourner autour de lui, il lutte contre son vertige et finit par tomber : vertige alcoolique ou sensoriel. Un étudiant, pressé par un examinateur dans une question qu'il ne connaît pas ou qu'il connaît mal, se trouble, s'embarrasse et répond au hasard : vertige mental. Enfin, une femme pressée par un galant trop entreprenant résiste tout d'abord, puis se trouble, s'embarrasse, s'affole, s'abandonne et succombe : vertige moral.

Or, dans ces trois cas, le vertige est un éblouissement de l'esprit, du sens intérieur, qui empêche la volonté de fonctionner régulièrement.

Mais la question est si vaste que, pour aujourd'hui, je me bornerai à une étude rapide du premier de ces vertiges, c'est-à-dire du vertige sensoriel.

Le vertige sensoriel résulte d'un trouble de nos sens, de ceux qui nous mettent en rapport avec le monde extérieur, non pas de tous, car il nous faut éliminer les sens du goût et de l'olfaction, mais du sens cutané musculaire, du sens de l'ouïe et du sens de la vue. Quoi qu'il en soit de son origine, le vertige sensoriel consiste dans des phénomènes analogues : dans un mouvement gyratoire plus ou moins rapide des objets autour du malade ou bien, dans certains cas, c'est le malade lui-même qui croit tourner; ou bien encore quelquefois le mouvement gyratoire est converti en un mouvement ascendant ou descendant. De plus les malades perdent l'équilibre à cause des sensations fournies par la vue et par le sol. Chez certains d'entre eux l'éblouissement s'accompagne de diplopie, de pâleur extrême, de sueurs froides; il peut même aller jusqu'à la syncope.

Les causes du vertige sont de plusieurs ordres : elles sont physiologiques : absence de toute sensation, silence absolu ou bruits confus, intenses, obscurité complète, brouillard, suppression subite de la sensation de contact du sol (tangage des navires sur mer), monotonie absolue des sensations, telle, par exemple, que la vue continue d'un papier couvert de raies ou de signes équidistants, la monotonie aussi de rythmes persistants; des chatouillements continus; la rapidité extrême de certaines sensations, des bruits aigus, les mouvements inaccoutumés de rotation, comme la [illegible] de haut en bas; la difficulté d'accommodation de [illegible] quand on regarde d'un lieu élevé le sol, mais, [illegible]as, il y a autre chose aussi et le phénomène [illegible] pour le vertige physiologique. Quant au vertige pathologique, il est tantôt symptomatique ou sympathique, tantôt idiopathique. Le premier est symptomatique d'une affection du cerveau, du cervelet, de la moelle, du cœur, des reins, soit d'une affection congestive, soit de l'anémie, de l'ischémie cérébrale; dans le cas d'anémie, il se produit surtout lorsque l'individu passe de la position horizontale à la position verticale; dans le cas de pléthore, il a lieu au contraire dans le passage de la position verticale à la position horizontale, dans l'ischémie cérébrale le vertige survient à la suite d'un travail exagéré du cerveau; le vertige est quelquefois le début de la sclérose en plaques.

Les affections du cervelet donnent lieu au plus haut degré aux vertiges, ceux-ci en sont le symptôme le plus constant et dès le début ils sont caractérisés par leur intensité exceptionnelle et par leur durée.

Parmi les affections de la moelle déterminant des vertiges, M. Giraudeau, dans sa thèse, cite principalement l'ataxie locomotrice, la sclérose en plaques, l'atrophie progressive; dans ces différentes maladies, le vertige se produit lorsque l'affection atteint la région cervicale de la moelle. Il en est alors, pour ainsi dire, le symptôme exclusif, il se montre par paroxysmes, à des intervalles plus ou moins longs (des semaines, des mois, voire même une année). Il présente cette analogie avec le vertige de Ménière qu'il est réduit au sens de l'espace, les malades, qui en sont affectés, ne se rendent pas compte des distances, ils entendent mal le tic-tac d'une montre.

Quant aux affections du cœur, le vertige peut en être la première manifestation, alors même que la maladie présente déjà une certaine gravité (grosse insuffisance aortique, rétrécissement et insuffisance mitrale, sclérose de l'aorte). Les maladies du rein avec urémie entraînent aussi l'apparition des vertiges : tel a été le cas du n° 13 de la salle Saint-Luc qui, bien portant, et ayant très chaud, descend dans une cave très froide, éprouve un refroidissement subit, des vertiges et perd connaissance. Puis, dès ce moment, il a des accidents albuminuriques. Les phénomènes vertigineux étaient le résultat d'une action réflexe partant du rein congestionné.

Dans la goutte le vertige est bien connu, beaucoup de goutteux n'ont même parfois, pour tout symptôme, que des vertiges et rien d'autre.

La syphilis peut donner lieu à des vertiges à toutes les périodes, soit dans la période secondaire au bout de quelques mois, mais surtout dans la syphilis tardive entre la troisième et la dixième année; il consiste en une obnubilation passagère avec éblouissement, tintements d'oreille, etc.

Enfin, le vertige peut être le résultat de quelque intoxication par l'absinthe, l'alcool, le tabac, les vapeurs de charbon, le sulfate de quinine, la belladone, l'opium, etc. Un de nos malades, le jeune palefrenier couché au lit n° 16, est un garçon qui, dès son arrivée à Paris, a pris l'habitude de boire de l'alcool, le matin à jeun; de là des crises gastriques avec vertiges surtout le matin, en se levant.

Je ne dois pas oublier, parmi les vertiges symptomatiques, ceux que l'on rencontre dans certaines maladies infectieuses, comme la fièvre typhoïde par exemple.

Si maintenant nous passons au vertige symptomatique ou réflexe, nous citerons le vertige laryngé, à la suite d'accès de toux très quinteuse, mais, dans ce cas, il faut tenir compte de la rapidité des mouvements respiratoires amenant une anémie subite du cerveau. Parfois aussi, certains accès de

petite toux sèche du larynx déterminent des vertiges très intenses. Le vertige gastrique, véritable réflexe, part de l'estomac; il est quelquefois assez intense pour donner lieu à des erreurs de diagnostic; il disparaît avec la cause qui l'a fait naître, il n'est pas déterminé par l'ingestion des aliments, mais survient pendant le cours de la digestion. Cependant chez certains sujets, au contraire, il tient à la vacuité de l'estomac. Il existe aussi, dans certains cas, des vertiges partant de l'utérus, chez des femmes atteintes d'affections du col, de métrite.

L'oreille peut être aussi le point de départ d'un réflexe vertigineux, notamment dans le cas de jet d'eau lancé violemment dans le conduit auditif. Les affections de l'oreille interne, de la caisse du tympan, la maladie de Ménières, entraînent avec elles des vertiges.

Enfin, les vertiges idiopathiques se divisent en vertiges oculaires, auditifs et musculaires. Les premiers ont été signalés par M. Abadie principalement, en 1881; ils sont le résultat de troubles dans les mouvements de l'œil, de troubles de réfraction ou déviation oculaire comme dans la paralysie motrice de l'œil. Les vertiges auditifs ou de Ménières sont dus à une affection de l'oreille (lésion des canaux semi-circulaires), ils consistent en des bruits de tintement, des sifflements aigus avec tournoiement des objets, nausées, et toujours un peu de surdité. Les maladies de l'oreille externe peuvent aussi amener des vertiges, de même que l'accumulation du cérumen, la présence dans le conduit auditif externe d'un corps étranger, pressant sur le tympan. Les vertiges auditifs peuvent donc être la conséquence tout aussi bien d'une affection de l'oreille externe, de la caisse du tympan, que d'une lésion profonde, d'une lésion des canaux semi-circulaires. Aussi le diagnostic différentiel de ces trois causes doit-il toujours être fait avec le plus grand soin.

Quant au troisième groupe des vertiges idiopathiques ou vertiges musculaires, ils sont le résultat de troubles de la sensibilité musculaire comme, par exemple, chez les ataxiques.

On sait que, lorsque l'on ouvre la séreuse rachidienne chez un animal, celui-ci est pris de vertiges; il en est de même lorsqu'on vient à sectionner les muscles rotateurs de la tête. Or, il y a des malades chez lesquels un rhumatisme des muscles de la nuque, un torticolis, déterminent des vertiges. D'autre part nous savons aussi qu'un certain nombre de rhumatisants, en dehors du rhumatisme de la nuque, sont des vertigineux, mais dans ce cas leur vertige est dû à ce qu'ils sont aussi des dyspeptiques.

Après cet exposé rapide sur les différents vertiges qui rentrent dans le groupe des vertiges sensoriels et sur les nombreuses causes qui peuvent les déterminer, disons quelques mots de l'un de nos malades, de celui qui est couché au lit n° 15.

Cet homme, qui paraît jouir d'une bonne santé, qui est fort, est, en réalité, un rhumatisant. Il y a dix ans, pour la première fois, il a eu un rhumatisme lombaire, puis, plus tard, à diverses reprises des douleurs rhumatismales dans d'autres régions du corps, douleurs qui n'ont jamais porté sur les articulations mais bien sur les muscles; il est donc un rhumatisant musculaire.

Or, depuis une douzaine de jours, il a été pris, de nouveau, de rhumatisme dans les lombes et dans les muscles de la nuque : rhumatisme lombaire et occipital s'accompagnant de vertiges intenses avec engourdissement des facultés intellectuelles. Déjà il y a deux ans, il avait éprouv[é] les mêmes phénomènes. Ainsi, quand il est dans son lit, l[a] tête convenablement placée sur l'oreiller, les vertiges cessen[t] pour reparaître aussitôt qu'il cherche à tourner la tête même sans faire aucun autre mouvement que ceux de rotation de la tête. Ils cessent aussi très rapidement, en quelques jours, par l'application de révulsifs sur la nuque. Ce[s] vertiges rentrent dans le groupe des vertiges idiopathique[s] que nous venons d'étudier tout à l'heure, c'est-à-dire de[s] vertiges idiopathiques musculaires.

HOPITAL NECKER. — M. Le Fort.

Pseudarthrose du fémur et de l'humérus; traitement par l'électrolyse.

Les pseudarthroses consécutives aux fractures sont heureusement assez rares, cependant le hasard réunit en ce moment dans nos salles deux malades atteints de pseudarthrose, l'une du fémur, l'autre de l'humérus, et nous allons les opérer tout à l'heure.

Le premier, âgé de vingt-quatre ans, n'ayant jamais été malade, fut projeté contre un arbre par son cheval emporté. La cuisse gauche frappa contre l'arbre et lorsqu'on le porta à l'hôpital de Fontainebleau, où il était en garnison, le médecin militaire qui le vit constata une fracture du fémur.

D'après les renseignements que nous fournit le malade, le membre fut placé pendant un mois dans une gouttière en fil de fer, et pendant le mois suivant dans un appareil à extension continue. Lorsque, à la fin du deuxième mois, on le sortit de cet appareil, on appliqua un appareil silicaté qui fut gardé six mois. On lui permit ensuite de se lever et de marcher avec des béquilles, le traitement se bornant à des frictions avec l'eau de vie camphrée. Entré à l'hôpital de Fontainebleau, le 21 octobre 1885, il en sortit le 2 décembre 1886, après un séjour de treize mois environ. Il continua à marcher avec des béquilles, enfin voyant qu'il ne pouvait se servir de son membre, il entra dans mon service le 25 février dernier.

A son entrée nous constatons un raccourcissement de cinq centimètres. La cuisse présente une courbe à concavité interne, le fragment supérieur est porté en avant et en dehors; on distingue nettement son extrémité libre. Le fragment inférieur chevauchant sur le supérieur se porte en arrière et aussi un peu en dehors; à l'endroit où ils se touchent ils sont enveloppés par un cal assez volumineux. En immobilisant le fragment supérieur et en imprimant des mouvements au membre, on constate qu'on peut le courber facilement au niveau de la fracture; il n'y a donc qu'une consolidation incomplète et l'on comprend que le malade ne puisse se servir de son membre. Pendant six semaines j'ai employé l'immobilisation combinée avec l'extension continue assez fortement pratiquée; mais sans résultat apparent. Il nous faut aujourd'hui arriver à un traitement plus énergique. Nous en discuterons tout à l'heure les in[di]cations.

Le second malade est un homme de cinquante-c[inq ans] n'ayant d'autre antécédent pathologique qu'un [...] débuta il y a dix ans et dura quatre ou cinq [...] mois, le malade glissa sur le parquet et f[...] laquelle il se fractura l'humérus gauc[he ...] consultation de l'hôpital Saint-Louis [...]

appareil plâtré qu'il garda deux mois. Après ce temps on enleva l'appareil, et l'on constata qu'il n'y avait pas consolidation. Un nouvel appareil plâtré, comprenant cette fois le coude et l'épaule, fut appliqué et laissé en place trois mois. On constata toujours la même mobilité et l'on appliqua le 31 janvier un nouvel appareil plâtré avec lequel le malade entre dans nos salles le 18 avril 1887.

La mobilité du foyer de la fracture est complète; à ce niveau l'humérus peut s'infléchir dans tous les sens. On constate l'absence presque complète de cal, ce qui permet de reconnaître facilement la disposition des fragments; cette fracture extrêmement oblique, intéresse l'humérus dans presque la moitié de sa hauteur. La pointe très aiguë du fragment supérieur se sent en avant et un peu en dehors et elle arrive à 4 centimètres du pli du coude. La pointe du fragment inférieur se retrouve à la face interne du bras et remonte jusqu'à 2 centimètres du bord antérieur de l'aisselle. Les deux pointes sont espacées de 9 centimètres, hauteur du foyer de la fracture.

Que pouvons-nous faire pour obtenir la consolidation de ces fractures? Ici nous n'avons plus à faire, comme cela nous est arrivé il y a peu de temps encore, à des retards plus ou moins longs dans la consolidation, nous sommes en présence de véritables pseudarthroses et c'est la thérapeutique des pseudarthroses qui doit nous fournir les éléments du traitement. Les moyens thérapeutiques employés sont des plus nombreux et si nous voulons éviter la confusion, nous devons les grouper suivant les indications à remplir.

Dans un certain nombre de cas, l'absence de consolidation, due simplement à l'insuffisance du cal, est sous la dépendance d'un état général défectueux ou d'une diathèse. La syphilis est une de ces maladies constitutionnelles qu'on rencontre le plus souvent parmi ces causes diathésiques. Il y a donc une indication précise : faire subir au malade un traitement antisyphilitique. Mais cela ne suffirait pas et ce traitement général n'exempte pas du traitement local. Je n'insiste pas, puisque, chez nos deux malades, la syphilis ne saurait être en cause et la lésion locale ne paraît dépendre d'aucun état constitutionnel. Le traitement chirurgical doit seul nous préoccuper.

Le plus souvent la pseudarthrose est due à l'insuffisance du cal, — c'est surtout le cas de notre malade à la pseudarthrose humérale — ou à ce qu'un chevauchement considérable, en éloignant l'une de l'autre les surfaces libres des fragments, a créé en quelque sorte deux centres au travail de sécrétion et d'organisation du cal, centres qui sont restés dans une trop grande indépendance; ou bien encore, et c'est le cas le plus fréquent, à ces causes viennent s'ajouter une contention insuffisante de la fracture, des mouvements intempestifs qui ont empêché le cal d'avoir la solidité suffisante. L'indication est nette et précise. Il faut ranimer, réveiller, reproduire le travail de sécrétion du blastème plastique, la sécrétion et l'organisation d'un nouveau cal, c'est-à-dire réveiller une inflammation curative, en même temps que, par l'application d'un bon appareil contentif, [illegible]us empêcherons toute mobilité dans le foyer de la frac[illegible] Voilà l'indication. Quant aux moyens de la remplir, [illegible] nombreux et je me borne presque à les énumérer : [illegible]ement, pratiqué par Celse, repris par White, sans [illegible] préalable ou avec extension comme le fit Derre[illegible] [illegible]upuncture pratiquée par Malgaigne en 1837, [illegible] le radius et le cubitus, par Lenoir pour le [illegible]puncture avec les appareils à faradisation — je reviendrai tout à l'heure sur ces deux procédés; — 4° la perforation sous-cutanée avec un poinçon, employée par Ch. Bell, Brainard (de Chicago), Ollier; 5° les scarifications sous-cutanées faites par Dieffembach en 1841; 6° les cautérisations sous-cutanées par injection sous-cutanée d'ammoniaque qui, à côté de trois insuccès, ont donné deux succès à Bourguet (d'Aix) et à Verneuil; 7° la perforation de l'os et le maintien d'une cheville d'ivoire ou d'acier, jusqu'à production de l'inflammation; 8° le séton entre les fragments comme le fit Oppenheim; enfin, 9° l'extension forcée. J'ai dû à ce moyen un beau succès pour une pseudarthrose du fémur au début de ma carrière hospitalière. J'en ai tenté l'emploi chez notre malade, je n'ai pas insisté longtemps parce que les fragments du fémur, bien qu'insuffisamment consolidés, sont cependant assez intimement unis pour qu'une traction, même fort énergique, ne puisse parvenir à les faire glisser l'un sur l'autre, déchirer quelque peu les tissus qui les unissent et par ce traumatisme réveiller l'inflammation.

Dans une autre variété de pseudarthrose, la consolidation n'a pu s'effectuer parce que des parties molles : fibres musculaires ou aponévrotiques, se sont trouvées interposées entre les fragments; ou bien l'insuffisance du cal a été si grande, la cicatrisation isolée des fragments si complète, leur indépendance si notable, qu'il s'est créé entre eux une sorte d'articulation nouvelle. Ici l'indication est tout autre que dans le premier cas; il faut détruire les parties interposées et l'on ne peut le faire que par des opérations à ciel ouvert, la mise à nu des fragments, et nous trouvons, comme moyens de remplir cette indication : 1° la cautérisation des extrémités osseuses (Cliné); 2° la rugination ou le grattage; 3° la résection simple (White, 1769); 4° la résection avec ligature circulaire ou avec suture; 5° la résection avec suture d'un manchon périostique (Jordan).

Je laisse de côté tous ces procédés que je ne cite que pour mémoire; j'ai l'espoir de réussir chez nos deux malades en ranimant l'inflammation et la sécrétion du cal; ce n'est qu'en cas d'insuccès que nous emploierons la résection ou le grattage, procédés beaucoup plus dangereux, puisqu'ils convertissent la pseudarthrose en une fracture compliquée.

De tous les procédés appartenant à la première classe et que je vous ai énumérés, quel est celui que nous emploierons? Le frottement serait impraticale sur notre pseudarthrose du fémur puisque nous ne pourrions faire glisser les fragments l'un sur l'autre. Dans le cas où il serait possible, ce dont je doute, pour la pseudarthrose de l'humérus, il serait dangereux à cause de l'étendue de la fracture qui comprend dans son obliquité les deux tiers de la longueur de l'os.

Le séton entre les fragments aurait les mêmes dangers et je ne pourrais certainement pas passer un séton entre les deux fragments du fémur, trop serrés l'un contre l'autre. Le moyen que je vais employer réunit les avantages de la perforation sous-cutanée, de l'acupuncture, de l'électropuncture, de la cautérisation sous-cutanée, sans en avoir les inconvénients, ce moyen c'est la galvanopuncture ou l'électrolyse.

Il consiste à introduire, entre les fragments et en plusieurs endroits, deux aiguilles d'or ou de platine, à les mettre en rapport avec les deux pôles d'une batterie galvanique. Je ferai donc de l'acupuncture, je ferai en même temps de la cautérisation, et elle sera plus précise et moins dangereuse qu'avec l'injection sous-cutanée d'ammoniaque, puisque je la limiterai à mon gré comme intensité et comme étendue.

J'ai déjà employé deux fois l'électrolyse pour des pseudarthroses, une fois sans succès, une seconde fois avec un succès complet. Dans le premier cas, il s'agissait d'un jeune homme de dix-neuf ans, que je vis à l'Hôtel-Dieu en 1882. Il avait été traité à Beaujon pour une fracture de l'humérus: pendant dix jours avec un appareil à attelles; puis par l'appareil plâtré. Au bout de trois mois, il n'y avait pas de consolidation.

Quand je le vis pour la première fois, le 7 juillet 1882, je trouvai les deux fragments taillés en bec de flûte et très mobiles l'un sur l'autre.

Je fis une première séance d'électrolyse, le 19 juillet, et une seconde, le 31 juillet. Lorsque, le 7 septembre, on retira l'appareil plâtré qui immobilisait le bras, il n'y avait pas de consolidation. Je revins de nouveau à l'électrolyse le 9 septembre et le 8 octobre, sans obtenir le résultat cherché. Je ne l'obtins que par la mise à nu des fragments, la résection et la suture osseuse. Au moment de l'opération, je pus constater que la pointe du fragment supérieur était couverte d'une couche de tissu fibroïde qui la séparait tout à fait de la partie libre du fragment inférieur.

Le deuxième cas est celui d'un homme de vingt-trois ans qui avait eu, à Milan, l'avant-bras gauche brisé par une morsure de cheval. Après deux mois et demi de séjour à Milan, la consolidation n'étant pas obtenue, le malade vint à Paris et entra dans le service de M. Richet suppléé par M. Pozzi. A cette époque la plaie de l'avant-bras résultant de la morsure n'était pas encore guérie. On lui appliqua un appareil plâtré, après avoir redressé le membre qui se consolidait vicieusement. Après sept semaines la consolidation n'était pas obtenue. Ce malade fut envoyé à Vincennes. A son retour il entra dans mon service. Je fis une séance d'électrolyse en enfonçant les aiguilles entre les fragments; j'appliquai un appareil plâtré à deux valves, après vingt-sept jours la consolidation était obtenue.

C'est ce mode de traitement que je vais employer chez nos deux malades, et voici ce que je me propose de faire. Comme je dois pénétrer à une assez grande profondeur, j'ai pris la précaution de vernir les aiguilles, sauf à 1 centimètre de la pointe, afin de ne pas cautériser les tissus qu'elles traversent pour arriver au cal; je ne vous dissimule pas que cette précaution est assez souvent vaine, car le vernis en couche très mince s'écaille, se détache et la cautérisation a lieu. Elle est peu importante du reste. J'aurai peut-être de la difficulté à introduire les aiguilles entre les fragments, surtout pour le fémur, les fragments étant assez serrés l'un contre l'autre et, parfois, le cal, trop mou pour réunir solidement les fragments, est trop dur pour se laisser pénétrer par l'aiguille. Malgaigne, dans un cas où il voulait faire de l'acupuncture et où il se proposait d'introduire 36 aiguilles dans le foyer de la fracture, ne put en introduire une seule.

Cependant je compte réussir. Pour l'un des malades, le fragment supérieur du fémur se sent très distinct de l'inférieur, vers sa partie libre, en cet endroit je pénétrerai. Pour le second, j'introduirai les aiguilles par la face externe du bras, là où le fragment supérieur, très aigu, fait une saillie très distincte, et je chercherai à faire cheminer l'aiguille longitudinalement en suivant l'axe des fragments.

Aussitôt les aiguilles en place, je les mettrai en rapport avec la batterie électrique et j'en utiliserai de 10 à 14 éléments. Vous savez que l'aiguille positive devient de suite adhérente à l'escharre qu'elle produit. L'aiguille négative, au contraire, qui ne fait qu'une escharre molle, n'adhère nullement; au contraire, comme elle cautérise tout ce qu'elle touche, elle traverse les tissus avec une extrême facilité, tant que le courant la traverse. C'est donc avec l'aiguille négative que je chercherai en plusieurs endroits, quatre ou cinq, à pénétrer entre les fragments.

Quel sera l'effet de cette manœuvre? Les aiguilles vont faire non seulement de l'irritation par leur piqûre, mais aussi de la cautérisation et de la cautérisation énergique en raison de la force des éléments employés. Le résultat sera de ranimer de l'inflammation dans le foyer de la fracture, et je l'espère, non pas une inflammation suppurative, mais une inflammation modérée, ayant pour effet le réveil de la sécrétion plastique. Nous appliquerons ensuite des appareils d'immobilisation. Dans huit jours, si l'effet produit ne me paraît pas suffisant, je ferai une nouvelle séance d'électrolyse.

— M. le professeur Léon Le Fort procède alors à l'opération, l'aiguille négative est introduite trois fois entre les fragments du fémur; en deux autres points elle a rencontré l'os et n'a pu pénétrer. Pour la pseudarthrose humérale, l'introduction a été plus facile et deux fois l'aiguille négative a pu être enfoncée longitudinalement entre les fragments sur une longueur de 7 à 8 centimètres.

Des appareils à fracture ont été ensuite appliqués. L'inflammation n'a pas paru suffisante pour le fémur et une seconde séance a été faite. Cette fois, une certaine inflammation s'est développée. Pour l'humérus une seule séance a suffi à amener une inflammation, qui s'est traduite par de la rougeur, de la tuméfaction des parties molles et de la douleur dans le foyer de la fracture.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons de clinique médicale (1886-1887), par S. Jaccoud (1).

Ce volume continue la série des cliniques de la Pitié : chaque année apporte fidèlement son volume.

On retrouvera dans celui-ci les qualités qui donnent un relief si particulier à la personnalité médicale de M. Jaccoud : la clarté académique, la netteté d'exposition, la vaste érudition du pathologiste, la sagacité toujours en éveil du clinicien.

Sauf les deux dernières, toutes ces leçons ont pour point de départ des observations cliniques qui sont ensuite étudiées, commentées et interprétées, et, presque toujours, ce dont il faut savoir gré au professeur, un appendice apprend au lecteur ce qu'il est advenu du patient dont on lui a conté l'histoire. Nous signalerons particulièrement les leçons consacrées aux affections de l'appareil respiratoire.

M. Jaccoud prouve, par un exemple, la réalité, quelquefois contestée, de la forme suffocante de la granulose, il expose à ce propos la théorie de l'auto-infection, un des points les mieux acquis désormais et les plus curieux de l'histoire pathogénique de la tuberculose. Les deux leçons suivantes sont consacrées à la tuberculose pneumonique; elles montrent combien au début le diagnostic peu[illegible] être difficile, combien cette tuberculose massive ressemble [illegible] ses signes physiques à certaines pneumonies envahissantes. [illegible]

A propos de la tuberculose, M. Jaccoud reprend une fois d[illegible] avec une observation probante à l'appui, la théorie de la [illegible] *ab hæmoptoe* : hémorrhagie pulmonaire, pneumonie au [illegible] foyer hémorrhagique, tuberculisation consécutive de [illegible] est la succession des accidents.

Les trois autres leçons sont consacrées à la flu[illegible] à la pneumonie à reprises et au pneumothorax [illegible] mothorax à la suite d'une compression violent[illegible] de guérison).

(1) In-8° de 315 p. Prix : 7 francs. — Pari[illegible]

Toujours à propos de faits cliniques, l'auteur expose les tentatives, faites depuis plusieurs années, pour assurer le diagnostic, parfois si difficile, du cancer de l'estomac et du cancer abdominal.

Le volume se termine par deux leçons sur le coma diabétique; ce sont les deux seules qui soient purement théoriques. On y trouvera un tableau succinct, mais remarquablement net, heureusement schématisé des formes cliniques du coma diabétique et des théories proposées pour expliquer ce complexus symptomatique.

Leçons cliniques sur la pathologie de la digestion;
I. *Physiologie de la digestion*, par C. A. Ewald (2).

Publiées pour la première fois il y a une dizaine d'années, ces leçons ont eu en Allemagne un certain succès. Elles étaient déjà connues en France. MM. J. Dagonet et Schuman-Leclercq ont fait preuve d'opportunisme médical en en publiant la traduction de la seconde édition (augmentée de près du double). On sait, en effet, combien depuis quelque temps l'attention du monde médical est vivement attirée vers la pathologie et la physiologie pathologique de l'estomac et du tube digestif.

Nous croyons que les conférences réunies par Ewald en une sorte de petit manuel, ont été destinées à des médecins soucieux d'être mis sommairement mais nettement au courant de l'évolution scientifique en ce qui concerne la digestion. Elles ont atteint leur but pour la physiologie chimique de l'appareil digestif et de ses annexes, et les applications qui peuvent être faites des données scientifiques de cet ordre à la pathologie et à la thérapeutique.

L'auteur s'est volontairement borné à la chimie de la digestion; la séméiologie générale, les méthodes d'examen physique, sont complètement laissées de côté. Les phénomènes nervo-moteurs sont signalés à titre secondaire. Il ne faut donc chercher dans cette brochure que ce qui s'y trouve : une préface aussi claire que possible, dans laquelle sont exposées, à l'usage des médecins, les données actuelles sur la chimie de la digestion.

Nous touchons, comme le dit l'auteur, à une époque où un bon médecin devra pouvoir faire l'étude, par les procédés cliniques de la sécrétion, des qualités chimiques et du pouvoir digestif du suc gastrique, de même que dès maintenant tout bon praticien doit savoir chercher les bacilles tuberculeux dans les crachats, les tubes granuleux dans l'urine des brightiques. Nous lui reprocherons même, à ce propos, de ne pas avoir donné assez de détails sur la technique de cette recherche.

Quoi qu'il en soit, nous recommandons la lecture des leçons d'Ewald à tous ceux qui veulent se tenir au courant des faits produits, et suivre, dans son évolution, l'étude, maintenant si intéressante, des dyspepsies.

A. Mathieu.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours des prix de l'internat en médecine des hôpitaux de Paris est terminé. En voici les résultats : les candidats étaient au nombre de six seulement; la médaille d'or avec bourse de voyage est décernée à M. Girode; la médaille d'argent avec bourse de voyage également à M. Lejars. Une première mention honorable est accordée à M. Barbier, et la seconde mention honorable à M. Polguerre.

— Par décret, en date du 29 décembre 1887, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. les aides-médecins, docteurs en médecine, Delrieu, Houdart et Brochet.

Par décrets, en date du 29 décembre 1887, ont été nommés promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. Vedrènes, médecin inspecteur directeur du service de santé du gouvernement militaire de Lyon et du 14e corps d'armée.

Au grade d'officier. — M. Forné, médecin en chef de la marine; M. Nogier, médecin principal de première classe à la division d'occupation du Tonkin et de l'Annam; MM. les médecins principaux de première classe Chabert, Badour et Vallin; M. Teinturier, médecin principal de deuxième classe; MM. Baldy, médecin-major de première classe et Cothon, pharmacien-major de première classe; M. le professeur Dupré (de Montpellier).

Au grade de chevalier. — MM. Fontan, médecin-principal de la marine; Bohan, Cantellauve, Roux, Pascalis et Léo, médecins de première classe de la marine; Taillotte, pharmacien de première classe de la marine; Hillairet, premier maître infirmier de la marine. — MM. les médecins de première classe Bailby, Dissot, Maugenot, Goubeau et Lefort; M. Prestat, pharmacien-major de deuxième classe; MM. Renard, Melnotie et Lucas, médecins-majors de deuxième classe; Mme Terme (en religion sœur Yacinthe), supérieure de l'hôpital d'Hanoï; M. Cauvet, pharmacien principal de première classe de l'armée territoriale; Mlle Nicole, surveillante de première classe et directrice de l'école des jeunes filles idiotes et épileptiques à l'hospice de la Salpêtrière, à Paris.

— Par décret, en date du 30 décembre 1887, sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur : MM. les docteurs Cayrol et Feltz, anciens médecins militaires.

— Par décision ministérielle, en date du 28 décembre 1887, M. du Cazal, médecin principal de deuxième classe, a été nommé professeur de législation, d'administration et de service de santé militaire, à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires.

— Par arrêté ministériel, en date du 29 décembre 1887, ont été nommés :

1° *Officiers de l'Instruction publique.* — MM. Bryon, médecin militaire en retraite ; Gasne, docteur en médecine à Paris ; Gobert, docteur en médecine à Campet-et-la-Molère ; Gueit-Dessus, docteur en médecine à Paris ; Malterre, docteur en médecine à Paris ; Vedrine, docteur en médecine à Versailles ; Laboulbène, professeur à la Faculté de médecine de Paris ; Bouchardat, professeur à l'École supérieure de pharmacie de Paris ; Perrens, chargé de cours à la Faculté de médecine de Bordeaux ; Delabost, professeur à l'École de médecine de Rouen ; Padieu, professeur à l'École de médecine d'Amiens ; Rollet, professeur à la Faculté de médecine de Lyon ; Spillmann, professeur à la Faculté de médecine de Nancy ; Thouvenet, professeur à l'École de médecine de Limoges ; Trastour, professeur à l'École de médecine de Nantes ; Blaise, secrétaire honoraire de la Faculté de médecine de Montpellier; Maugenot, médecin inspecteur des établissements scolaires de la ville de Paris ; Favard, pharmacien à Sancerre.

2° *Officiers d'Académie.* — MM. les docteurs Aillaud, à la Ciotat ; Belleau, médecin-major de première classe à la section technique du service de santé ; Benoît du Martouret, à Paris ; Bertheau, à Pouance ; Billot, à Corrèze ; Clochepin, à Beauvais ; Cohadon, à Vichy ; Colard, à Ornans ; Couyba, à Sainte-Livrade ; Danjou, à Boulogne-sur-Seine ; Denouh, à Paris ; Durand, à Arcueil ; Fillatreau, à Paris ; Gauthier, à Charolles ; Th. Goureau, à Paris ; Guyochin, à Nitry-Nory ; Hugonneau, à Saint-Mathieu ; Lalesque, à Arcachon ; Lapeyre, à Savigny-sur-Bray ; Laurand, médecin-inspecteur des Écoles à Paris ; Lemoine, à Granville ; Marcet, à Paris ; Mauny, à Mortagne ; Nogier, médecin principal de première classe ; Pagnier, à Noisy-le-Grand ; Pascal, médecin en chef de l'hôpital de Sontay ; Piogey, à Paris ; Porcher, à Chabris ; Prengrueber, à Palestro ; Quinqueton, à Paris ; Speckhahn, à Renwez ; Suss, à Paris ; Tournatoire, à Pertuis ; Villedary, médecin-major de deuxième classe ; Gages, à Paris ; Fabreguette, à Saint-Chamond ; Bonnet, préparateur au Muséum ; Ribemont-Dessaignes, Landouzy et Villejean, agrégés près la Faculté de médecine de Paris ; Laget, professeur à l'École de médecine de Marseille ; Rey, professeur à l'École de médecine d'Alger ; Lefour, agrégé près la Faculté de médecine de Bordeaux ; Delouey, professeur à l'École de médecine de Rouen ; Deroye, professeur à l'École de médecine de Dijon ; Leloir, professeur à la Faculté de médecine de Lille ;

---

(2) … pages. Prix : 5 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Lambling, agrégé près la Faculté de médecine de Lille ; Bernard, professeur à l'École de médecine d'Amiens ; Tripier et Fochier, professeurs à la Faculté de médecine de Lyon ; Rohmer, agrégé près la Faculté de médecine de Nancy ; Ledouble, suppléant à l'École de médecine de Tours ; Lhuissier, professeur à l'École de médecine de Rennes ; Charpy, professeur à l'École de médecine de Toulouse ; Donnezan, à Perpignan ; Valser, suppléant à l'École de médecine de Reims ; — M. Morel, officier de santé, à Campagne-les-Hesdin ; — MM. les pharmaciens Delisle, à Étampes ; Sommier, au Chambon-Feugerolles ; Truelle, à Trouville ; Bourquelot, préparateur à l'École de médecine de Reims.

— Par arrêté préfectoral, en date du 27 décembre 1887, M. le docteur Dujardin-Beaumetz est nommé vice-président du comit[é] d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine.

— Les dernières questions données pour la deuxième épreuv[e] orale (pathologie), aux candidats du concours de l'externat de[s] hôpitaux de Paris sont : 1° Confection et application d'un apparei[l] plâtré pour fracture de jambes ; 2° Du panaris.

— Nous sommes heureux d'annoncer la nomination de M. l[e] professeur Samiel Pierpont Langley, comme secrétaire de l[a] *Smithsonian Institution*, en remplacement du regretté Spence[r] F. Baird.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ, G. Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 22157.

62

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidulées, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques analysées par O. HENRY.

THERMALITÉ 13°	SAINT-JEAN	RIGOLETTE	PRÉCIEUSE	DÉSIRÉE	MAGDELEINE
Acide carbonique libre. .	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude . .	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse .	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux . .	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium . . .	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine.	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogue avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

8

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

St dép. dét. à Paris, Phie LEBEAULT, 53, Réaumur.

ENTREPOT GÉNÉRAL : 5, rue Bourg-**L'Abbé, Paris.**

23

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des Dyspepsies amylacées

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET.

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a reçu l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liège, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

GROS : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

39

LA TOILE VÉSICANTE LE PERDRIEL

(VESICATOIRE ROUGE)

est connue depuis plus de soixante ans. Elle doit une formule particulière et au soin avec lequel [illegible] est exécutée, un succès qui ne s'est point [illegible]ti. Par la promptitude de son action (*de six [illegible] heures*), on évite les [illegible] ordinaires des vésicants. Exiger la couleur rouge [illegible] ésimale noire [illegible] eur), ainsi



52

PANSEMENT ANTISEPTIQUE MÉTHODE LISTER

M. DESNOIX, pharmacien, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, prépare toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode de Lister.

1° La gaze antiseptique 0f,50 le mètre; 2° le catgut nos 1, 2, 3, 4, 1f,25 le flacon; 3° le taffetas dit *protective*, 1f,25 le mètre; 4° le macintosh, 5f.

Tous ces produits, préparés d'après les formules et les indications du docteur LISTER, offrent toutes les garanties aux chirurgiens.

Sparadrap chirurgical des hôpitaux de Paris, Toile vésicante (action prompte et sûre), Sparadrap révulsif au thapsia, Bandes dextrinées pour bandages inamovibles, Coton hydrophyle, Coton hydrophyle phéniqué, Coton àl'acide salicylique, Lint à l'acide borique, etc., etc.

35

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et contribue aussi à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen fres, 16, r. Parc-Royal, Paris et phies.

10

PASTILLES HOUDÉ

AU CHLORHYDRATE DE COCAÏNE

Grâce à l'anesthésie qu'elles produisent, nos **Pastilles de chlorhydrate de cocaïne** ne tardent pas à procurer le plus grand soulagement et à calmer les douleurs dans les **maladies de la gorge**, dans les **enrouements**, les **extinctions de la voix**, dans les **laryngites** et les **angines**.

Elles contribuent à faire disparaître les **picotements, chatouillements**, et à **tonifier les cordes vocales**; très utiles pour combattre le mal de mer vomissements, les maladies de l'œsophage et de l'estomac en facilitant la déglutition.

DOSAGE. — Chacune de nos pastilles renferme 2 milligrammes de chlorhydrate de cocaïne.

MODE D'EMPLOI. — De 6 à 12 par jour (suivant l'âge; les prendre une heure avant les repas.

Dépôt : A. HOUDÉ, 42, r. fg St-Denis, Paris et phies.

45

PHTHISIE, AFFECTIONS DES BRONCHES.

CAPSULES MOLLES DE BOURGEAUD

à la **CRÉOSOTE VRAIE** du goudron de hêtre et à l'**Huile de foie de morue**.— *Récompense unique à l'Exposit. universelle de Paris*, 1878. Les seules expérimentées et employées dans les Hôpitaux de Paris.— BOURGEAUD, pharm. de 1re cl., fourn. des hôp., 20, r. de Rambuteau, Paris

CAPSULES contenant 0,02, 0,05 et 0,10 de créosote. la boîte, 4 fr. — VIN et HUILE créosotés conten. 0,20 de créosote par cuillerée, la bouteille, 5 fr.

15

PILULES, DRAGÉES, SOLUTION,

SIROP DE ROBIQUET

Au Pyrophosphate de Fer

APPROUVÉ PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Prescrit contre l'*Anémie, Chlorose, Rachitisme, Scrofule*, etc.; il restitue à la *constitution des Os, des Nerfs et du Sang* le FER et le PHOSPHORE trop rapidement éliminés par les sécrétions.

Exiger sr l'étiquette la SIGNATURE E. ROBIQUET.

A Paris, DETHAN, phies, et ttes les pharmacies.

77

PAPIER RIGOLLOT

Nous engageons vivement MM. les Médecins à n'admettre comme véritable PAPIER RIGOLLOT que les feuilles portant en travers la signature ci-contre, en rouge.

54

TRAITEMENT DES

MALADIES CONSOMPTIVES

PAR LA MUSCULINE GUICHON ET LES POTIONS ALCOOLIQUES graduées (formules du Dr Fuster) préparées à la Trappe des Dombes (Ain).

S'adresser au Frère Procureur, à Notre-Dame-des-Dombes, par Villars (Ain), et chez tous les droguistes et les Pharmaciens.

27

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure. pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard.)

36

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la secrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et del'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

96

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

21

POUGUES SAINT-LÉGER

Les seules eaux alcalines reconstituantes

Maladies de l'estomac et des intestins, gravelle, diabète, appauvrissement du sang, métrites, leucorrhée, dysménorrhée, chlorose, anémie.

Des caisses sont mises, à titre gracieux, à la disposition de MM. les docteurs. Adresser les demandes, 15, Chaussée d'Antin, Paris.

29

ANTIPYRINE (CACHETS LIMOUSIN)

NOUVEL ANTIPYRÉTIQUE ÉNERGIQUE.

4 à 6 cachets amènent un abaissement de température de 2 à 4 degrés 1/2.

L'étui de 20 cachets de 0,50 cgr. . . . *5 fr.*

1/2 étui de 10 cachets . . . . *2 fr. 50*

Phien ✱, 2 *bis*, r. Blanche, Paris. Envoi par poste

26

POUDRE DE VIANDE

Diastasée — Diastasée et Phosphatée

DE TROUETTE-PERRET

Sans mauvaise odeur, sans mauvais goût

Très bien tolérée par les malades et d'assimilation très facile. — Se trouve dans toutes les phies.

Gros : E. MAZIER, 264, boul. Voltaire, Paris.

32

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

VIN DE BAYARD A LA PEPTONE PHOSPHATÉE

contient moitié de son poids de viande et 0gr,20 de *chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée.

39

LA POUDRE DE VIANDE ROUSSEAU

garantied'une conservation illimitée et d'une odeur et d'un goût agréables, rend facile et pratique l'alimentation thérapeutique.

Paris, 3 *bis*, rue Bleue.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.	3 mois : **8** fr. **50**.	— 6 mois : **16** fr.	— 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE.	3 mois : **10** fr.	». — 6 mois : **18** fr.	— 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

M. le président sortant Sappey a ouvert la séance par une allocution dans laquelle il a présenté un résumé des travaux et des discussions qui ont défrayé les séances de l'Académie pendant le cours de l'année 1887, l'une des plus actives et des plus fécondes en résultats. Il a ensuite installé le nouveau bureau et est rentré dans les rangs de ses collègues.

La séance a été occupée ensuite par deux rapports, l'un de M. J. Rochard, sur une communication de M. le professeur Poncet (de Lyon), et l'autre de M. Hervieux, sur les épidémies varioliques de la Kabylie et la nécessité de substituer la vaccination à l'inoculation encore en usage dans ces contrées, dans le double intérêt des Kabyles eux-mêmes et de leurs voisins les Arabes ; puis par des communications et lectures de MM. Riche, Richelot, Paulier, Laffont, sur divers sujets dont on trouvera l'énoncé dans le compte rendu.

La séance a été terminée par un comité secret. Plusieurs discussions sont à l'ordre du jour pour la séance prochaine. La discussion sur le rapport de M. Fournier relatif aux mesures à opposer à la propagation de la syphilis, aura probablement le pas sur les autres.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. TRÉLAT.

Prolapsus génitaux.

I

Je voudrais aujourd'hui traiter devant vous, avec quelques développements, une question de pratique chirurgicale fort intéressante, c'est-à-dire la question du prolapsus vaginal ou mieux, car le terme est impropre, du prolapsus des organes génitaux de la femme, et ce, à propos de deux malades de notre service, dont l'une surtout présente un cas très curieux.

Il s'agit d'une femme de vingt-deux ans, grande, agréable, de peau blanche, mais très molle de tissus, qui fut déflorée violemment, il y a quatre ans, par un Américain du Sud et eut, à la suite, une hémorrhagie accompagnée de vives douleurs. Ses antécédents morbides nous révèlent aussi qu'elle a eu la vérole il y a trois ans et qu'elle fit une fausse couche de trois mois il y a deux ans. Enfin, elle est entrée ici récemment avec plusieurs prolapsus. Elle n'en connaît pas la date certaine de début — peut-être deux ans, peut-être trois ans — mais ce qu'elle sait très bien, c'est qu'elle a une procidence de la muqueuse rectale chaque fois qu'elle va à la selle. Depuis six mois, cette procidence a augmenté et, depuis deux mois, chaque selle s'accompagne d'un peu de sang et de glaires.

Lorsque je vis cette malade pour la première fois, un peu avant qu'elle entrât à l'hôpital, je constatai qu'elle avait à la fois une rectocèle et une cystocèle, c'est-à-dire deux tumeurs faisant saillie à l'orifice vulvaire. Quelquefois ces rectocèles et ces cystocèles sont prises pour des prolapsus du vagin, mais lorsqu'il y a hernie de la tunique du vagin se doublant intérieurement de la muqueuse rectale d'une part et de l'autre de la muqueuse vésicale, il y a alors réellement rectocèle et cystocèle.

Un grand nombre de personnes abusent souvent des mots si bien que les uns par ignorance, d'autres par habitude, ne leur donnent pas leur véritable sens. C'est ainsi que nombre de chirurgiens ont dit prolapsus vaginal pour cystocèle et rectocèle et *vice versa*.

Quoi qu'il en soit, notre jeune malade présente une cystocèle et une rectocèle des plus évidentes et, de plus, elle présente une ouverture anale très facile à déplisser, ouverture au fond de laquelle on aperçoit la muqueuse anale se laissant expulser au-dehors au moindre effort. C'est ainsi que l'on voit sortir, saillir à l'extérieur une anse intestinale longue de 5 à 6 centimètres et grosse comme un œuf de poule.

A l'âge de cette jeune femme — vingt-deux ans, comme je vous le disais tout à l'heure — le fait est assez surprenant. C'est alors que, parmi ses antécédents, j'ai appris qu'elle avait fait une fausse couche de trois mois, il y a deux ans. Mai[s] dans une fausse-couche de cet âge, la dernière phase [de] l'accouchement ne représente presque rien, car le pr[oduit] fœtal n'a qu'un très mince volume et n'entraîne p[as] aucune distension du vagin. Ce n'est donc pas d[e ce côté] qu'il faut chercher la cause, le mécanisme de s[es prolapsus] génitaux.

Bref, quelques jours plus tard, cette fer[mme entra] dans notre service pour se faire soigner.

Lorsque nous l'avons examinée plus [...]

avons trouvé, avec l'hystéromètre, un utérus long de 72 millimètres, tandis qu'à l'état normal sa longueur est en moyenne de 65 millimètres; soit donc, dans le cas présent, un allongement de 7 millimètres, ce qui n'est pas très considérable. Cet allongement s'accompagne d'une très légère augmentation de volume.

Mais, depuis que la malade est à l'hôpital, par le fait du repos et sous l'influence du traitement que nous avons institué, le prolapsus des organes génitaux a notablement diminué, néanmoins il s'agit toujours bien de rectocèle et de cystocèle. Seulement, comme cette femme a, en même temps que son prolapsus génital double, une procidence du rectum, au moment où, allant à la selle, celle-ci se produit, la rectocèle disparaît.

Enfin, le prolapsus génital a entraîné un peu, chez notre malade, la descente de l'utérus, c'est-à-dire un déplacement de cet organe en rapport avec l'abaissement de la muqueuse vaginale.

En résumé, chez cette femme grande, blanche et molle, nous trouvons une résistance périnéale beaucoup moindre qu'on la rencontre d'habitude à cet âge; le corps périnéal n'est plus solide, ni ferme comme il devrait l'être, vu les vingt-trois ans de la malade, il est ramolli, au contraire, et réduit, au niveau de sa partie moyenne surtout, à une bande mince.

Pourquoi donc, en somme, le cas de cette malade est-il particulièrement intéressant? Parce que cette femme est très jeune et qu'elle est nullipare, ce qui est très rare, je dirai plus : exceptionnel. Le seul fait se rapportant à un sujet plus jeune est celui d'une jeune fille de dix-sept ans, il a été observé par Astley Cooper. Les exemples de vingt-quatre et vingt-cinq ans sont également fort rares.

Le second cas de prolapsus génital que j'ai actuellement dans mes salles est celui que j'ai opéré mardi dernier. Il s'agit cette fois d'une femme de quarante-cinq ans, vigoureuse, qui a eu dix-huit enfants; elle est entrée pour une cystocèle avec rectocèle. Chez elle, comme chez la précédente, l'utérus est très peu augmenté de volume; mais la grande différence est l'âge et le nombre de grossesses. Cependant, il ne faut pas ajouter une bien grande importance à ce fait qu'elle a donné le jour à dix-huit enfants, car son déplacement vagino-utérin ne tient nullement à la multiplicité des grossesses. En effet, que savons-nous chez cette seconde malade? C'est que, quelque temps après la naissance de son enfant, elle éprouva une vive douleur dans le ventre, à la suite d'un effort un peu violent, et qu'elle vit sortir aussitôt une masse arrondie du volume de la tête d'un fœtus. Cette masse fut réduite et la sage-femme qu'elle consulta lui fit porter un pessaire. Nous voyons donc par là que la multiparité n'a eu chez elle aucune influence sur la production du prolapsus génital.

On se paie donc de mots, lorsqu'on veut expliquer le déplacement des organes génitaux par la multiplicité des grossesses, puisque, en réalité, l'accouchement n'explique rien.

Ce dont l'accouchement peut donner parfois l'explication [illegible]t-à-dire dans des cas très aigus, c'est lorsque vers la fin de la [illegible]rossesse, à la suite de chutes, de cris, on voit sortir [illegible]ent, par l'orifice vulvaire, un corps volumineux [illegible]re que l'extrémité inférieure de l'utérus, plus ou [illegible]r la muqueuse vaginale. En pareils cas, le [illegible]ne s'est produit par suite de quelque rupture, de [illegible]hirure brusque, rupture ou déchirure sous l'influence de laquelle a eu lieu le déplacement de l'organe utérin.

Mais le fait n'a aucun rapport avec le cas de notre malade aux dix-huit enfants, puisque, chez cette dernière, l'accident s'est produit brusquement six semaines après l'accouchement, à la suite d'un violent effort. En somme, nous devons le reconnaître, le mécanisme du prolapsus génital est d'une explication très difficile.

Dans deux des ouvrages les plus récents sur l'obstétrique, ce mécanisme du prolapsus génital a été étudié, mais dans l'un d'eux l'explication, qui en est donnée, est si diffuse, que je ne m'y arrête pas. Dans l'autre, au contraire, dû à la plume de M. Budin, nous trouvons un chapitre très étendu et très bien fait, dans lequel l'auteur a constaté, touchant le releveur de l'anus chez la femme enceinte, chez les unes absence d'état de contraction de ce muscle, chez les autres une puissance anomale de contraction, enfin, chez quelques-unes, un état tétanique, convulsif, de ce releveur de l'anus. Or, s'est dit l'auteur, cette contraction puissante du muscle, ses convulsions tétaniques ne peuvent-elles pas entraîner, à leur suite, la perte de la tonicité musculaire, une parésie du releveur de l'anus?

Il est bien certain que, chez notre jeune malade de vingt-deux ans, la perte de tonicité musculaire joue un rôle; mais en réalité, ce que nous devons déclarer, c'est que nous ne connaissons pas encore le mécanisme propre du prolapsus génital, que nous ne connaissons réellement que quelques-unes des circonstances dans lesquelles il se produit.

Les agents de résistance du plancher périnéal sont au nombre de trois, dont les deux premiers sont les plus importants : 1° l'aponévrose moyenne du périnée; 2° le muscle releveur de l'anus; 3° les ligaments périnéaux qui attachent en arrière et en avant l'utérus et la masse. A ces agents, il faut ajouter encore les adhérences de ces organes entre eux et à l'aponévrose moyenne du périnée, qui jouent aussi un rôle de premier ordre.

Or, si, par un accident quelconque, ces adhérences sont déchirées ou rompues, si la résistance du releveur se trouve compromise ou perdue, le prolapsus génital est rendu d'autant plus facile. D'où il est permis de dire que la distension énorme du périnée, au moment de l'accouchement, peut faire céder quelques-unes de ces adhérences et, par suite, diminuer la résistance du plancher périnéal. C'est ainsi que la grossesse ou mieux l'accouchement prédisposerait à ces prolapsus, non pas d'une façon lente mais brusque.

En somme, dans la distension, la déchirure et la perte de tonicité musculaire sont les véritables causes des prolapsus génitaux.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Fournier.

De l'acné (1).

II

Après avoir étudié dans la leçon de vendredi dernier ce que c'était en réalité que l'acné et surtout les six conditions qui en font une maladie vraiment désolante, nous en sommes arrivé aujourd'hui à vous parler tout d'abord du diagnostic.

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1887, p. 1290.

La modalité acnéique n'appartient pas en propre à l'acné maladie ; c'est ainsi que nous voyons la couperose fabriquer aussi de l'acné, de même la syphilis, de même aussi certains médicaments comme l'iodure et le bromure de potassium notamment, — c'est là un fait vulgaire, — de même enfin l'intoxication par l'oxyde de carbone.

Néanmoins le diagnostic de l'acné est généralement facile, des plus simples, il repose sur une série de considérations cliniques. L'acné, comme je l'ai dit dans ma dernière conférence, est une affection boutonneuse constituée par des papulo-pustules hémisphériques, du volume d'une tête d'épingle, et caractérisée par les cinq particularités suivantes : 1° de siège (face, épaules, région sternale) ; 2° de polymorphisme, c'est-à-dire diversité des éléments éruptifs ; 3° et 4° d'évolution chronique et d'entretien par genèse successive d'éléments éruptifs, c'est-à-dire par repullulation incessante de ces éléments ; 5° d'âge des malades (jeunesse, puberté).

Tel est l'ensemble des signes qui donnent à l'acné des allures particulières.

En réalité, le seul diagnostic différentiel qui présente parfois quelques difficultés est le diagnostic de l'acné et de certaines syphilides, les syphilides acnéiformes, assez rares, du reste. Quelquefois donc la confusion est possible, c'est ainsi que, il y a quelques années, un de mes externes, atteint depuis un certain temps déjà d'acné de la face, va faire son volontariat en province. Or, sous l'influence peut-être de quelques libations, peut-être aussi du changement de vie, de fatigues plus grandes, son acné prend une intensité extrême. Il consulte le médecin de son régiment qui lui répond qu'il a la vérole. Très inquiet d'un diagnostic auquel il ne peut ajouter foi, il demande une permission de quelques jours et vient me voir. Il s'agissait pourtant d'une acné simple, mais intense.

Depuis lors, je l'ai revu à plusieurs reprises et rien ne vint confirmer le diagnostic de syphilis émis à son régiment.

Dans certains cas, l'acné syphilitique ressemble à s'y méprendre à l'acné simple et *vice versa*. L'erreur a été commise ici même il y a deux ans, chez un malade dont l'acné simple a été prise aussi pour une syphilide acnéiforme. Sur quelles bases donc le diagnostic peut-il se faire ? Sur les caractères suivants :

1° Dans l'*acné vulgaire* : éruption papulo-pustuleuse à caractère congestif, inflammatoire ; dans la *syphilide acnéiforme :* éruption papulo-pustuleuse moins congestive, moins inflammatoire.

2° *Acné vulgaire :* éruption non croûteuse ou pauvrement croûteuse ; *syphilide acnéiforme :* éruption croûtelleuse à croûtelles brunes ou ambrées.

3° *Acné vulgaire :* éruption généralement polymorphe : papules, papulo-pustules, acné indurée, noueuse, comédon ; *syphilide acnéiforme :* éruption monomorphe, absence de papules simples, d'acné noueuse, de comédon.

4° *Acné vulgaire :* éruption méthodiquement dispersée, contenue dans certains sièges de prédilection (visage, dos, etc.) ; *syphilide acnéiforme :* éruption non méthodique comme foyer, plus disséminée.

5° *Acné vulgaire :* affection permanente, évolution chronique ; *syphilide acnéiforme :* affection récente, transitoire, relativement aiguë.

6° *Acné vulgaire :* pas d'antécédents syphilitiques, pas de signes cutanés de syphilis sauf coïncidence ; *syphilide acnéiforme :* antécédents syphilitiques et coexistence habituelle d'autres manifestations syphilitiques.

D'après ce que je vous ai dit, vous avez déjà compris que la marche de l'acné était celle d'une dermatose invétérée, une marche chronique, débutant vers l'âge de la puberté et se continuant jusqu'à celui de vingt-cinq ou trente ans en moyenne. Mais elle est chronique à sa manière, c'est-à-dire par la repullulation incessante des divers éléments éruptifs, chacun d'eux ayant une marche aiguë et une durée éphémère. Elle est donc chronique, mais non pas uniformément chronique, c'est-à-dire présentant des oscillations, à certains moments, des alternatives de rémission et d'exacerbation sans cause connue ou à la suite, par exemple, d'écarts de régime.

Quant à l'étiologie, c'est là une question sur laquelle je crois devoir insister tout particulièrement, car c'est elle qui nous conduit au traitement ; l'étiologie est individuelle, de là la nécessité d'étudier avec soin chaque malade, et de rechercher en chacun d'eux les causes de l'acné. Et, malgré la richesse des documents accumulés depuis maintes années, ce chapitre est celui où nous sommes encore le moins édifiés. En effet, toutes les influences possibles, pour ainsi dire, ont été invoquées et révoquées tour à tour. Hébra (de Vienne) a même été jusqu'à les repousser toutes, déclarant en toute franchise qu'en fin de compte, il ignorait les causes de l'acné.

En résumé, ce que nous savons, c'est que l'acné ne dérive pas de conditions fortuites, extérieures, qu'elle n'est pas contagieuse, qu'elle doit être considérée comme une affection individuelle, personnelle, que l'organisme prépare, élabore et entretient sous certaines influences, comme une maladie de famille, héréditaire, témoin le fait de trois sœurs atteintes d'acné confluente, comme une maladie de la jeunesse.

Ce que nous savons, c'est que l'acné trouve de véritables prédispositions dans l'ensemble de certaines conditions pathologiques, dans l'alanguissement de la nutrition, dans une réparation organique incomplète, dans un organisme débilité, dans un état atonique, dans le lymphatisme et la scrofule, dans une mauvaise hygiène, dans des troubles gastriques.

L'acné se présente chez les sujets pâles, délicats, lymphatiques, de constitution molle. Bazin dit que les trois quarts des cas qu'il a observés, étaient ceux de sujets scrofuleux. Elle est en rapport avec l'anémie, suite d'une hygiène défec tueuse, d'une vie sédentaire, d'un exercice insuffisant, surmenage intellectuel, d'un sommeil insuffisant, en ur avec toutes causes ayant pour lien commun des troub la nutrition générale. D'ailleurs cette relation a anciennement indiquée par les auteurs. On a m expliquer le rapport de l'acné avec l'état d digestives, parce qu'on l'observe chez les ir la suite d'un bon repas, d'un grand dîner, ont la face colorée, turgide. Mais il est groupe de personnes, qui, à la suite du r sans le moindre excès, sans avoir b l'eau, ont également la face colorée male peut se traduire ainsi, à pl phénomène peut-il être constat mal. Voilà une explication que l'a donnée. Quoi qu'il en so l'acné accompagne de préf la constipation.

M. Bouchard a ajouté à ces causes la dilatation de l'estomac, mais il a tellement étendu le nombre des maladies qui sont en rapport avec la dilatation stomacale, que je fais ici, quant à l'acné, certaines réserves, malgré l'opinion de mon ancien chef de clinique, M. Barthélemy, qui, dans un mémoire inédit, d'ailleurs très bien fait, a rapporté vingt-sept observations de coexistence de l'acné avec la dilatation de l'estomac, dont huit suivies de guérison ou d'amélioration notable en rapport avec la guérison ou l'amélioration de cette dilatation.

Nous trouvons aussi, citée par les auteurs, une relation prononcée entre l'acné et les troubles des organes génitaux, des fonctions menstruelles (aménorrhée, dysménorrhée), entre l'acné et les affections utérines : le fait est vrai. On a même parlé de relation entre cette dermatose et l'exercice des fonctions sexuelles, insuffisant pour certains auteurs, immodéré pour d'autres. Au point de vue de la continence, on a invoqué l'apparition de l'acné à une époque où les malades n'ont pas encore eu de rapports sexuels (les jeunes filles, les séminaristes). On a même cité des observations des plus étranges de l'apparition de l'acné, au cours du mariage, chez des sujets très continents. Ce qu'il y a de vrai, en somme, c'est qu'il existe un lien mystérieux entre l'acné et l'état des organes génitaux.

Quant à l'alimentation, on a accusé une foule d'aliments liquides ou solides, de favoriser le développement de l'acné : une nourriture excessive, trop stimulante : poissons salés, marinés, jambons, fromages forts, piments, poivre, etc., alcool, thé, café, etc. Si, d'une part, il y aurait exagération à admettre une trop grande influence de ces substances, il y aurait d'autre part exagération aussi à vouloir nier cette influence. Il est incontestable, en effet, que le régime a une action sur la peau qu'elle tend à congestionner; il est incontestable que l'acné est exacerbée par les écarts de régime. Je pourrais vous citer l'expérience faite sur lui-même par un médecin anglais, atteint d'acné, qui parvint à se guérir en se privant absolument de toute viande et qui, une fois guéri, vit reparaître les éléments éruptifs, dès qu'il se remit à manger de la viande de bœuf, par exemple. A plusieurs reprises il put constater le fait.

En résumé, l'usage de tel ou tel aliment peut donc jouer un rôle étiologique dans la production de l'acné.

D'autre part, la mer peut également provoquer l'apparition de l'acné ou en déterminer l'exacerbation. En vertu de quoi? Est-ce l'influence de l'air marin ou encore une fois de l'alimentation (au bord de la mer, on se plaît généralement à se nourrir surtout, entre autres mets, de poissons, de crustacés, de coquillages, etc.), ou bien encore des bains de mer? Nous l'ignorons, mais ce que nous ne pouvons nier c'est une influence marine positive.

Parmi les nombreuses causes que nous aurions encore à passer en revue, je me bornerai à citer : l'arthritisme invoqué par Bazin, mais qui, depuis lors, n'a pas été confirmé; des causes cosmiques, mais elles n'ont rien de certain non plus; l'influence de certains irritants appliqués sur la peau : cosmétiques, eaux de toilette, fard, etc., cependant je ne sache pas que les acteurs et les actrices soient plus sujets que d'autres à l'acné.

[illegible] en dépit de la multiplicité des causes invoquées, il [illegible] certain nombre de cas, nous devons le reconnaître, [illegible] ne trouvons pas la cause de l'acné, ni troubles ni troubles gastriques, ni écarts de régime, rien en d'ailleurs, qui nous dit que ces troubles eux-mêmes ne sont pas des états morbides concomitants; qui nous dit que la gastralgie et l'acné coexistant ne sont pas plutôt deux symptômes d'un même état constitutionnel?

Bref, et c'est par là que je termine cette leçon, nous sommes bien loin de connaître encore toutes les causes de l'acné.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 janvier 1888. — Présidence de M. Sappey, d'abord, puis de M. Hérard.

La correspondance officielle comprend :

Une lettre du ministre du commerce, transmettant des demandes en autorisation d'exploitation de sources minérales.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Hardy, se portant candidat pour la place vacante dans la section de physique et chimie;

2° Une lettre de M. le docteur Triaire (de Tours), sollicitant le titre de correspondant (comm. des correspond.);

3° Une lettre de M. Laumonnerie, soumettant à l'Académie une découverte qu'il croit avoir faite pour distinguer sûrement la mort apparente de la mort réelle (comm. M. Brouardel);

4° Un rapport de M. le docteur Lecorre, sur les vaccinations opérées dans les arrondissements de l'ouest de la Cochinchine (comm. de vaccine).

INSTALLATION DU BUREAU

M. SAPPEY lit un résumé appréciatif des travaux accomplis par l'Académie et des discussions qui y ont eu lieu pendant l'exercice 1887 et remercie ses collègues du concours bienveillant qu'ils lui ont prêté pendant sa présidence.

Puis il invite M. Hérard à prendre le siège de la présidence à sa place et M. Maurice Perrin, à prendre place au Bureau, en remplacement de M. Hérard.

M. HÉRARD, en prenant place au fauteuil de la présidence, fait une courte allocution dans laquelle il remercie ses collègues de l'honneur qu'ils lui ont fait en l'appelant à les présider et adresse des remerciements au nom de l'Académie au président sortant.

RAPPORTS

Ligature de l'iliaque interne. — M. ROCHARD, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Marc Sée et Tillaux, fait un rapport sur un travail de M. le professeur Poncet, de la Faculté de Lyon, qui a pour titre : « Ligature de l'iliaque interne droite pour une tumeur pulsatile de la fesse correspondante. »

L'opération pratiquée par M. Poncet est la treizième ligature de l'iliaque interne qui ait été pratiquée et dont l'observation ait été publiée. Toutes l'ont été pour une tumeur pulsatile de la fesse. Dans 10 cas il s'agissait d'anévrysme de la fessière ou de l'ischiatique et elles ont donné 6 guérisons et 4 morts. Dans 2 autres, l'opération a été faite pour deux tumeurs hématoïdes, et le résultat n'a pas été mentionné.

Le travail de M. Poncet est bien rédigé. Le récit de l'opération est suivi de considérations intéressantes et M. le rapporteur propose à l'Académie de le renvoyer à la section des correspondants nationaux à l'appui de sa candidature (adopté).

Inoculation de la variole en Kabylie. — M. HERVIEUX lit un rapport sur une lettre de M. le docteur Longo résidant à Bordj-ben-Arraridj, dans laquelle il signale les épidémies de variole qu'entretient dans les pays kabyles la pratique de l'inoculation variolique. Ces épidémies, dit M. Longo, démontrent non seulement le danger des inoculations varioliques pour les sujets qui les ont subies, mais la transmissibilité de la variole, par cette pratique, des pays kabyles aux pays arabes. Pour remédier à cette importation, M. Longo émet le vœu que l'Académie appelle

'attention des pouvoirs publics sur la nécessité d'interdire les inoculations varioliques et de rendre obligatoire la vaccination chez les indigènes de l'Algérie.

Aujourd'hui, fait remarquer M. le rapporteur, tous les obstacles que rencontrait la propagande de la vaccine chez les indigènes de l'Algérie peuvent être, sinon annihilés, du moins notablement amoindris par l'emploi, dans ces provinces éloignées, du vaccin animal. Il sera facile désormais d'obvier à ce grave inconvénient de l'insuffisance du vaccin humain, par la création d'instituts vaccinogènes renfermant un nombre assez considérable de génisses pour subvenir aux besoins de toute la colonie. Il ne sera nullement besoin pour cela de s'adresser aux pouvoirs publics. Les ressources budgétaires de l'armée suffiraient probablement à la formation d'une ou plusieurs étables sur le territoire algérien.

Conclusion : Remerciements adressés à M. Longo pour sa communication (adopté).

COMMUNICATIONS

Action des sels de nickel sur l'économie. — M. RICHE lit sous ce titre une note dans laquelle il expose que, en présence des résultats contradictoires des expérimentateurs sur cet agent à l'étranger, et notamment en Autriche, où il aurait été l'objet d'un décret de prohibition, il a pensé qu'il ne serait pas sans intérêt de faire de nouveaux essais. Les résultats des expériences qu'il a faites avec le concours de M. Laborde se résument dans cette déclaration : qu'à son avis le nickel ne présente pas de danger pour le cobaye, le chien. On ne peut évidemment pas affirmer, ajoute M. Riche, avec ces résultats, qu'un homme absorberait sans inconvénient la dose correspondante de nickel par jour, mais lorsqu'on connaîtra les nombres que je publierai prochainement, sur les quantités de nickel dissoutes par les diverses liqueurs, on sera conduit à conclure que les vases en nickel peuvent être employés sans aucun inconvénient, pour contenir et préparer les matières alimentaires.

Cas de persistance du canal de Nück avec hydrocèle réductible. — M. RICHELOT lit une note sur un cas de persistance du canal de Nück avec hydrocèle réductible, chez une jeune fille de dix-neuf ans.

Deux circonstances ont engagé M. Richelot à présenter l'analyse de ce fait : d'une part, rareté telle que son existence même est un sujet de controverse; en outre, l'occasion de plaider une cause juste : l'indication de la cure radicale, opération réputée dangereuse autrefois, dans une affection bénigne, et ne compromettant ni la vie ni aucune fonction importante, mais offrant de sérieux inconvénients d'un autre ordre, et pouvant même, dans l'avenir, entraîner des accidents graves (renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Le Fort, Polaillon et Tillaux).

Action de la cocaïne. — M. LAFFONT lit une note relative à l'analyse physiologique de l'action de la cocaïne (renvoyé à une commission composée de MM. C. Paul, Duval et Laborde).

Préparation de cerveau humain. — M. ARMAND PAULIER présente des cerveaux humains préparés d'après un procédé qui permet de durcir la masse cérébrale *également* dans toute son épaisseur, sans changement de volume ni de coloration.

Le cerveau ainsi durci peut être, *à volonté*, ramolli dans toute son épaisseur, puis durci, puis ramolli de nouveau et ainsi de suite, autant de fois qu'il est nécessaire pour l'étude d'une région. Il a été possible de faire ainsi 17 dissections successives de la région bulbo-protubérantielle et de prendre les moulages de ses 17 couches superposées.

A l'état de ramollissement, la substance cérébrale est devenue tellement maniable, qu'on peut, à volonté, écarter ou rapprocher les parois des cavités, redresser ou rabattre telle ou telle partie de l'encéphale, disposer en un mot la préparation de manière à pouvoir étudier dans tous leurs détails des régions difficiles à examiner ou même à voir à l'état normal.

Ce procédé, qui peut servir à l'étude détaillée du cerveau, est surtout applicable à la préparation des pièces d'ensemble et de grandes régions. M. Paulier présente à l'appui 25 moulages re-produisant une douzaine de régions différentes de l'encéphale.

Il pense que ce procédé est appelé à rendre de grands service pour l'étude intime du cerveau et plus particulièrement pour l'enseignement de l'anatomie cérébrale. Toutes ces régions de l'encé-phale pourraient être ainsi disséquées couches par couches, pu moulées; les reproductions en relief seraient beaucoup plus dé-monstratives que des planches ou des photographies, si parfaite qu'elles puissent être.

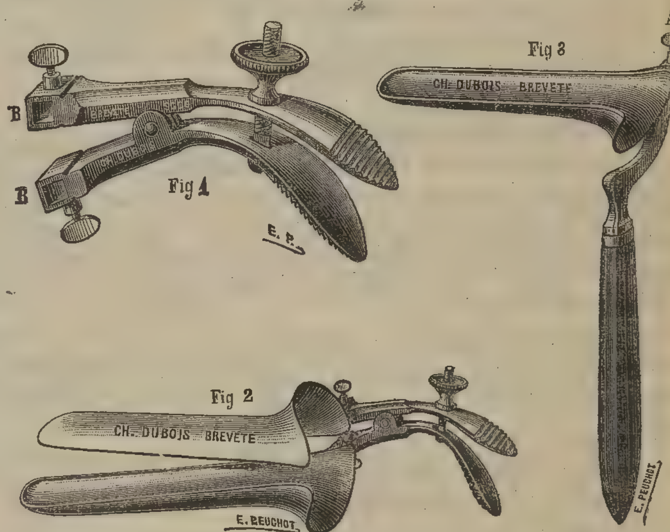
M. Paulier appelle également l'attention sur l'application de so procédé à l'anatomie pathologique du cerveau; il permettrait, e effet, de durcir et de disséquer, puis de mouler des cerveaux alté-rés par des grandes lésions, telles que des hémorrhagies, de épanchements, des tumeurs, etc. On pourrait ainsi constituer un collection de moulages fort intéressants au point de vue de pathologie cérébrale.

M. PONCET communique une courte note sur la transparen des tumeurs.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

Spéculum à valves amovibles. — M. VIDAL présente, a nom de M. Ch. Dubois, fabricant d'instruments de chirurgie, u spéculum à valves amovibles.

La partie essentielle en est constituée par la pièce (fig. 1) qui e



destinée à recevoir, dans le carré BB, toutes les valves de rechang qui y sont fixées par la vis A. Les deux valves, réunies sur cett pièce, constituent le spéculum complet (fig. 2). Il résulte de cett disposition qu'avec six valves de différentes grandeurs, on obtien trois spéculums variés, ce qui est suffisant dans la pratique cou rante : spéculum pour vierge, spéculum pour examen, spéculum pour opérations.

En outre, le mode de disposition des valves permet de le employer, sans complication pour l'appareil, comme valves de Sims. A cet effet, M. Dubois a construit (fig. 3) un manche destiné à recevoir chacune de ces valves, qui s'y trouve fixée, au moyen de la vis A.

En résumé, voici les avantages du spéculum à valves amovibles :

1° Nettoyage certain et facile, assurant par suite une antisepsie absolue;

2° Réunion, sous un petit volume, de trois spéculums variés de grandeur et de six valves de Sims;

3° Enfin, le prix de l'instrument complet, tel qu'il vient d'être décrit, est de beaucoup inférieur à ce que coûteraient les instruments ac

A qua

pour ent

de corr

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 31 décembre 1887, ont été nommés dans Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. le professeur de Lacaze-Duthiers, nembre de l'Institut.

Au grade d'officier. — M. Colin, professeur honoraire des écoles étérinaires.

Au grade de chevalier. — MM. Lépine, professeur à la Faculté de nédecine de Lyon; Charpentier, membre de l'Académie de méecine.

— Par décret, en date du 31 décembre 1887, a été nommée au rade de chevalier de la Légion d'honneur : Mme de Moissac, en eligion Sœur Marie, supérieure des sœurs de Saint-Vincent de Paul, u Val-de-Grâce; cinquante-quatre ans de service dans les hôpitaux ilitaires, dont trente-deux au Val-de-Grâce; a assisté aux épiémies cholériques de 1855, 1856, 1867 et 1868.

— Par décret, en date du 2 janvier 1888, sont promus ou ommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — MM. les docteurs Potain, professeur de inique médicale à la Faculté de médecine de Paris; du Mesnil, nédecin de l'Asile de Vincennes.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Quinquaud, médecin e l'hôpital Saint-Louis; Landouzy, médecin de l'hôpital Tenon; redet, médecin de l'hôpital général de Clermont-Ferrand; Peuvé, chirurgien des hôpitaux d'Amiens.

— Par décret, en date du 2 janvier 1888, a été nommée au rade de chevalier de la Légion d'honneur : Mme Richard (Phiomène), en religion Mère Marie-Virginie, supérieure de l'hôpital e Saïgon, supérieure générale des sœurs de Saint-Paul-de-Chares en Cochinchine, Chine et Japon; plus de vingt-cinq ans de ervices en Cochinchine; épidémie de choléra à Mytho en 1865; a raversé 15 épidémies de choléra, 21 épidémies de fièvre typhoïde t 9 épidémies de variole.

— Par décret, en date du 3 janvier 1888, M. le docteur A. Robin, rofesseur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, a été promu u grade d'officier de la Légion d'honneur.

— Par décret, en date du 3 janvier 1888, M. Blanc, médecinnspecteur de l'établissement thermal d'Aix-les-Bains, est nommé hevalier de la Légion d'honneur.

— Par décret, en date du 29 décembre 1887, ont été promus ans le corps de santé militaire, et ont reçu, par décision du même our, les affectations ci-après indiquées, savoir :

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médeins-majors de deuxième classe Blanc, en remplacement de I. Frémont retraité; maintenu aux hôpitaux de la division d'occupation du Tonkin et de l'Annam; — Marchant, en remplacement e M. Munier, mis en non-activité pour infirmités temporaires, déigné pour l'hôpital militaire Desgenettes, à Lyon; — Muller, en emplacement de M. Ollier de Vergèze, retraité, maintenu au 4e régiment d'infanterie; — Dardignac, en remplacement de M. Maiet, décédé, désigné pour le 136e d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. Bouchereau, n remplacement de M. Martin, mis en non-activité pour infirmités emporaires; attaché provisoirement au 92e d'infanterie; — Weiss, n remplacement de M. Bosquette, démissionnaire; maintenu provioirement au 26e d'infanterie; — Trilet, en remplacement de M. Soulé, nis en non-activité pour infirmités temporaires; maintenu au 61e d'inanterie; — Augiéras, en remplacement de M. Blanc, promu; affecté rovisoirement au 91e d'infanterie; — Charpentier, en remplacement le M. Muller, promu; affecté au 29e bataillon de chasseurs à pieds; — Richard, en remplacement de M. Dardignac, promu; affecté pro-

[illegible]

[illegible] promu dans le

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. l'aide-médecin Le Ray, docteur en médecine.

— Par décret, en date du 29 décembre 1887, ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de pharmacien-major de deuxième classe. — M. Simon, pharmacien-major de deuxième classe de l'armée active, démissionnaire.

Au grade de pharmacien aide-major de première classe. — M. Chapuis, pharmacien aide-major de première classe de l'armée active, démissionnaire.

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe. — MM. les pharmaciens diplômés de première classe Galimard, Moynier, Ganquil, Gosset, Roulier, Brémond, Raymond, Bourdel, Maury, Cros et Chaux.

Au grade de pharmacien-major de deuxième classe. — M. Mangel, en remplacement de M. Simon, démissionnaire, maintenu à l'hôpital Saint-Martin, à Paris.

— Par décision ministérielle, en date du 29 décembre, les médecins militaires, rapatriés du Tonkin, dont les noms suivent, ont été désignés :

MM. les médecins-majors de deuxième classe Pascal, pour le 67e d'infanterie; Cardot, pour le 4e d'infanterie; Toussaint, pour le 43e d'infanterie; Couillault, pour le 113e d'infanterie; Bopp, pour le 129e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Rivière, pour le 14e dragons; Lhéritier de Chézelles, pour le 33e d'artillerie; Nicoles, pour le 22e d'artillerie.

M. le médecin aide-major de deuxième classe Foubert, pour le 8e chasseurs à cheval.

— Par décision ministérielle, en date du 29 décembre 1887, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir :

MM. les médecins-majors de première classe Dumas, pour le 58e d'infanterie; Lippmann, pour l'hôpital militaire de Belfort; Didier, pour le 108e d'infanterie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Romain, pour le 17e chasseurs à cheval; Salvetat, pour le 1er hussards; Marmonnier, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger; Petitpoisson, pour le 53e d'infanterie; Lenc, pour le 14e bataillon de chasseurs à pieds; Martin, pour le 68e d'infanterie; Génin, pour le 158e d'infanterie; Richard, pour le 48e d'infanterie; Liron, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger; Francou, pour le 2e bataillon d'artillerie de forteresse; Escard, pour les hôpitaux de la division de Constantine; Debierre, maintenu au 139e d'infanterie; Coste, pour le 120e d'infanterie; Méjasson, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger; Duhaut, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran; Courtois, pour le 55e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de première classe Ricoux, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran; Lanel, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger; Malgat, pour le 150e d'infanterie; Duco, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine; Verdier, pour les hôpitaux militaires de la brigade d'occupation de Tunisie.

M. le médecin aide-major de deuxième classe Guibal, pour le 1er spahis.

M. le pharmacien-major de deuxième classe Roch, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger.

M. le pharmacien aide-major de première classe Evesque, pour l'hôpital militaire de Vincennes.

— Par arrêté ministériel, en date du 31 décembre 1887, MM. les docteurs Jablonski, médecin du lycée de Poitiers, et Massot, membre du bureau d'administration du collège de Perpignan, sont nommés officiers d'Académie.

— *Hôpitaux de Lyon.* — Par suite de la retraite de M. Horand, chirurgien titulaire du service des femmes, le mouvement suivant a lieu à l'hospice de l'Antiquaille.

M. Aubert passe du service des hommes à celui des femmes; M. Cordier, du service des enfants à celui des hommes; M. Augagneur prend le service des enfants.

— *Hôpitaux de Toulouse.* — Le concours de l'internat vient de se terminer par les nominations suivantes :

Internes titulaires. — MM. Escat, Roy, Destarac, Durand, Rispal et Chamayou.

Internes provisoires. — MM. Larrieu, Estrade et Rambert.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le docteur Ménétrier est nommé chef des travaux chimiques du laboratoire de clinique médicale de la Pitié, en remplacement de M. Berlioz, démissionnaire.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. le docteur Dumont est nommé chef de clinique médicale, en remplacement de M. Hochstetter, dont le temps d'exercice est expiré.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. le professeur Planchon est promu de la quatrième à la troisième classe.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. le professeur Feltz est promu de la deuxième à la première classe. — M. le professeur Poincarré est promu de la troisième à la deuxième classe.

— *École supérieure de pharmacie de Paris.* — M. Collin est nommé préparateur de matière médicale, en remplacement de M. Grelet, décédé.

— M. le docteur Boquin est nommé médecin des épidémies pour l'arrondissement d'Autun, en remplacement de M. le docteur Pierre, décédé.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Daily (de Paris), Locquin (de Dijon) et Schaack (de Fontaine-sur-Saône).

— Le prix annuel de la Société médico-pratique vient d'être décerné à MM. Paul Blocq et Gillet, internes des hôpitaux, pour un mémoire intitulé : *Des cirrhoses graisseuses considérées comme hépatites infectieuses.* Une somme de 800 francs a été attribuée à ce prix.

Un encouragement de 200 francs a été accordé à M. le docteur Liégeois (de Blainville-aux-Saules) pour un travail intitulé : *Manuel clinique et pratique des hémorrhagies.*

— M. le docteur Auvard, chirurgien des hôpitaux de Paris, prend, à partir de ce jour, la direction des « Archives de tocologie », en remplacement de M. de Soyre.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 221.66

— Par délibérations, en date des 31 décembre 1886 et 28 décembre 1887, le Conseil municipal de Paris a alloué à la Faculté de médecine une subvention annuelle de 6 000 francs, applicable à la fondation de bourses d'études.

Le montant de la bourse est de 1 200 francs.

Ces bourses ne peuvent être accordées qu'aux élèves pouvant justifier, pour leur famille ou pour eux-mêmes, d'un séjour de cinq années à Paris ou dans le département de la Seine; les autres conditions d'attribution sont établies par un règlement qui est déposé au secrétariat, à la disposition de tout requérant.

Les demandes de bourses, pour l'année 1887-1888, doivent être déposées au secrétariat de la Faculté avant le jeudi 12 janvier courant.

— *Hôpitaux de Bordeaux.* — Par suite de la retraite de M. Riquard, nommé médecin honoraire des hôpitaux : M. Verdalle est nommé chef de service à l'hôpital Saint-André, en remplacement de M. Riquard; — M. Arnozan (X.) est nommé médecin en chef de l'hospice des Incurables et du pavillon d'isolement de Pellegrin, en remplacement de M. Verdalle; — M. Rondot est nommé médecin titulaire à l'hospice des Vieillards, en remplacement de M. Arnozan; — M. Pousson (A.) est nommé chirurgien-adjoint à l'hôpital Saint-André; — M. Monod (E.) est nommé chirurgien-adjoint à l'hôpital des Enfants; — M. Courtin est nommé chirurgien-adjoint de l'hospice de Pellegrin.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Despeignes est chargé des fonctions de chef des travaux du laboratoire de zoologie, en remplacement de M. Magnien, démissionnaire.

M. Genoud est chargé des fonctions de préparateur de zoologie, en remplacement de M. Despeignes.

— Le concours pour trois places de médecin du bureau de bienfaisance de Lyon vient de se terminer par la nomination de MM. Charmeil, Meurer et Raymond.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ, G. Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 22166.

96

COMPAGNIE LIEBIG
CAPITAL : 12 MILLIONS VERSÉS
SEUL VÉRITABLE

EXTRAIT DE VIANDE LIEBIG

Bouillon de viande de bœuf concentré
GARANTI PUR

5 médailles d'or et 5 grands diplômes d'honneur.

Précieux pour ménages, malades, familles ; usages nombreux pour potages et sauces.

Cet extrait ne se détériore jamais.

Exiger le *fac-simile* de la signature de l'inventeur baron Liebig, en encre bleue sur l'étiquette.

Se vend chez les principaux épiciers et pharmaciens.

36

DRAGÉES DE T. GRAS

à l'**huile** de foie **Morue phosphatée.**

Phthisie, Scrofule, Anémie, Débilité.

6 *dragées* contiennent 0gr,60 *de phosphate de chaux.* — **Plus efficaces** que l'**Huile** de foie de **Morue seule.** — *Assimilation complète.*

Phie T. GRAS, 9, r. Le Peletier, Paris.

8

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

St dép. dét. à Paris, Phie LEBEAULT, 53, Réaumur.

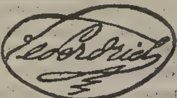
ENTREPOT GÉNÉRAL : **5, rue Bourg-L'Abbé, Paris.**

39

LA TOILE VÉSICANTE LE PERDRIEL

(VESICATOIRE ROUGE)

est connue depuis plus de soixante ans. Elle doit à une formule particulière et au soin avec lequel elle est exécutée, un succès qui ne s'est point démenti. Par la promptitude de son action (*de six à dix heures*), on évite les accidents ordinaires des vésicants. Exiger la couleur rouge et la division centésimale noire (propriété de l'auteur), ainsi que la signature.



35

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cette farine, qui réussit très bien aux jeunes enfants, n'est autre qu'un mélange desséché dans le vide de lait de vache, de sucre et de croûte de pain, mélange ayant à peu près la composition du lait de femme.

Dr C. WURTZ, doyen honoraire et professeur. Faculté de Médecine de Paris.

Se trouve dans toutes les pharmacies.

10

SIROP-ZED (A BASE DE CODÉINE PURE, DE TOLU ET D'EAU DE LAURIER-CERISE)

Aux propriétés somnolentes de la codéine **s'ajoutent** utilement celles si sédatives de l'eau de *laurier-cerise*, agissant là comme l'émulsion d'amandes des loochs ; enfin l'action du tolu sur les sécrétions bronchiques, complètent l'ensemble d'un médicament certain.

Le sirop pectoral du docteur Zed est un calmant précieux contre les *accès spasmodiques de toux convulsive, coqueluche, toux des phthisiques, affections des bronches, insomnies,* etc.

Dr. Zed

Paris, 22 et 19, rue Drouot.

34

SULFUREUX POUILLET

Approuvé par l'Académie de médecine.

Permet d'obtenir *de suite* et *économiquement* une bonne *eau sulfureuse.*

EN BOISSON : une mesure (12 centigrammes) dans un verre d'eau.
2 fr. 50

EN BAINS : un flacon pour un bain *incolore et sans odeur.*
1 fr.

Vente en gros : 112, rue du Bac, Paris.

72

ILULES SUISSES

(*Pilules de coloquinte composées*)

TIVES, LAXATIVES, DEPURATIVES

s Médecins qui désireraient les expéri- recevront gratis une boîte sur demande M. HERTZOG, pharmacien, 28, rue de Paris.

49

SAINT-RAPHAEL, VIN TANNIQUE

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE : Un petit verre après les principaux repas.
DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.
Vente en gros chez tous les droguistes.

90

ANTISEPTIQUES INJECTABLES

à la **Vaseline liquide médicinale**
du Dr ALBIN MEUNIER
LAURÉAT DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Traitement rationnel de la *Tuberculose,* des *Maladies du Larynx,* des *Bronches* et des *Maladies infectieuses.*

SOLUTION d'eucalyptol, d'eucalyptol iodoformé, de phénol, de phénol iodoformé, d'hélénine, d'iode, de térébenthène.

Ces diverses solutions doivent être injectées trois fois par semaine en moyenne et à la dose de 2 à 5 grammes.

Dépôt : Phie VICARIO, boul. Haussmann, 13, près la rue Taitbout, Paris, et toutes pharmacies.

15

PEPSINE BOUDAULT

Seule admise dans les hôpitaux de Paris.

Médailles aux Expositions internationales de 1867, 1868, 1872, 1873 et Philadelphie, 1876, première médaille pour *excellence* et *supériorité.*

Dyspepsies, gastrites et gastralgies et autres troubles de la digestion.

Sous forme de :

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 30 grammes. — Dose de 0g,50 à 1 gramme à chaque repas.

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 10 prises de 1 gramme.

Élixir et **Vin de Pepsine Boudault.** — Dose : une cuillerée à bouche.

Pastilles, Dragées, Pilules de Pepsine Boudault. — Dose de 3 à 4.

Exiger le cachet Boudault.

Pharmacie COLLAS, 8, rue Dauphine, Paris.

82

VALÉRIANATE PIERLOT

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses,* des *névralgies* et du *nervosisme.*

Le VALÉRIANATE DE PIERLOT doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

42

VIN BI-DIGESTIF DE CHASSAING

A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.

(*Rapport favorable de l'Académie de médecine de Paris, le 29 mars 1864.*)

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.

Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.

Paris, 4, avenue Victoria.

2

SANTAL CITRIN DE CAVAILLÈS

Capsules à 40 centigr. d'essence pure

Ces capsules, journellement prescrites par les célébrités médicales, ne contiennent que de l'essence de Santal pure rectifiée. Elles remplacent avec avantage le copahu et le poivre cubèbe. — **Phie Rogé-Cavaillès, 9, r. du 4 Septembre, Paris.**

13

ÉLIXIR GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUE

(*Amers et ferments digestifs.*)

Dyspepsies, anorexie, vomissements de la grossesse, anémie, troubles digestifs de l'enfance, etc. Paris, GREZ, Phien laur. des hôp., 34, r. La Bruyère.

27

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard.)

36

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la secrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

96

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.
DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.
VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

27

STROPHANTHUS HISPIDUS

SEMENCES — STROPHANTINE
TEINTURE — EXTRAIT HYDRO-ALCOOLIQUE

Phie MIDY, 113, Faubourg Saint-Honoré.

74

COTON IODÉ PRÉPARÉ PAR J. THOMAS

pharmacien de 1re classe.

Le Coton iodé est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique dont on peut graduer les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hôpitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les phies.

44

ERGOTINE. DRAGÉES D'ERGOTINE

de **BONJEAN**

La solution d'ERGOTINE BONJEAN est d'après les plus illustres médecins, un des meilleurs hémostatiques (Ergotine, 10 grammes ; eau 100 grammes).

Les DRAGÉES D'ERGOTINE BONJEAN sont employées avec le plus grand succès pour *faciliter le travail de l'accouchement,* arrêter les *hémorrhagies* de toute nature (crachements, pertes de sang, etc.), contre les *dysentéries* et *diarrhées chroniques,* et enfin pour combattre la *phthisie pulmonaire* et enrayer sa marche.

Dépôt général : LABÉLONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

91

BOLDO-VERNE.

Dans les congestions et les troubles fonctionnels du foie, les *cachexies* d'origine paludéenne et consécutives au long séjour dans les pays chauds, *la dyspepsie atonique, les fièvres intermittentes,* on prescrit dans les hôpitaux à Paris et à Vichy le **BOLDO-VERNE** à la dose de 50 à 100 gttes par jour ou 4 cuillerées à café d'**Elixir de Boldo-Verne.**

VERNE, Grenoble, et phies, France et étranger.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 f**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 f**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. TRÉLAT.

Prolapsus génitaux (1).

II

En terminant ma précédente leçon sur les prolapsus génitaux, je vous disais que leurs véritables causes étaient dans la distension, la déchirure ou la perte de tonicité musculaire; j'ajoute que je me sers intentionnellement des mots prolapsus génitaux à cause de l'étroite connexité existant entre ces prolapsus (cystocèle, rectocèle, et prolapsus de la muqueuse vaginale). Or, chaque fois que le muscle releveur de l'anus ou que les adhérences interorganiques ou organo-aponévrotiques auront été modifiés dans leur mode d'action, ces modifications mêmes constitueront des chances de distension, de déchirure, de perte de tonicité musculaire, de parésie, et, par suite, de diminution dans la solidité du plancher périnéal.

Mais je n'ai pas la prétention de décrire le mécanisme interne des prolapsus génitaux; je dirai seulement qu'ils se présentent comme des hernies de force, prédisposées par la grossesse, par l'accouchement, par la constitution native, sous une influence musculaire, comme dans certains pieds-bots, par exemple. J'ajoute seulement que ces diverses prédispositions sont insuffisantes, et qu'il faut en plus, à un jour, à une heure, à un moment donné, un effort quelconque, lequel détermine alors un déplacement subit des organes génitaux.

Ces déplacements qui portent sur la paroi vaginale, sur l'utérus, sur l'orifice vulvaire, sont très rarement isolés, mais ils se commandent réciproquement; c'est ainsi, par exemple, que l'on peut rencontrer à la fois le prolapsus de la muqueuse vaginale avec un abaissement de l'utérus, avec une cystocèle, une rectocèle. Cela commence par un point et finit par la totalité; ainsi ou un peu de cystocèle, ou un peu de rectocèle, puis un abaissement total.

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 9.

Cette conception du mécanisme des prolapsus génitaux est moderne, et c'est pour ne l'avoir pas eue que nous rencontrons, dans les auteurs du siècle dernier, tant d'observations erronées.

En général, la cystocèle, la rectocèle ou le prolapsus vaginal entraînent l'utérus dans leur descente; cependant, nous trouvons des cas où nous ne rencontrons que la rectocèle et la cystocèle, sans abaissement de l'utérus.

Telle est l'observation d'une femme de cinquante-sept ans qui a eu deux enfants et est atteinte de prolapsus depuis l'âge de vingt et un ans, ce prolapsus comprenant une rectocèle, une cystocèle, sans déplacement ni augmentation de volume de l'utérus. Telle est aussi, entre autres observations, celle d'une femme de quarante-cinq ans, que nous avons eue l'année dernière dans le service. Par contre, chez une femme de soixante-neuf ans, le prolapsus se compliquait d'une chute totale de l'utérus. M. Marchand a recueilli aussi une observation très intéressante d'une femme de cinquante et un ans, mère de trois enfants, chez laquelle le plancher pelvien était très bien conservé, avec une vulve intacte, mais au-dessus de celle-ci on trouvait une cystocèle avec un utérus très petit (0m,03 à l'hystéromètre), abaissé et perdu dans les plis de la cystocèle.

En résumé, la chute de l'utérus seule, sans hypertrophie détermine toujours l'élongation et l'abaissement des muqueuses vaginales antérieure et postérieure, et, par suite, une cystocèle et une rectocèle.

Si, au contraire, il y a d'abord prolapsus de la muqueuse vaginale, le déplacement de l'utérus est possible, mais il n'est pas fatal, la rectocèle et la cystocèle existent seules.

Lors donc que j'ai dit que les déplacements génitaux s'entraînaient les uns les autres, le fait est vrai, il est fréquent, mais il n'est pas fatal.

Ajoutons que, lorsque ces déplacements se produisent, on observe fréquemment une complication hypertrophique, surtout sur l'utérus, et quelquefois aussi sur les parois vaginales, c'est-à-dire une hypertrophie et une induration de la muqueuse vaginale.

Le sujet dont je vous parle n'est pas réellement classique et cela pour deux raisons qui, en somme, n'en font qu'une. C'est parce que, aujourd'hui encore, on a des ignorances persistantes sur le mécanisme intime de ces lésions et parce que, depuis plus de deux cents ans, on parle de ces prolapsus sans les bien connaître. Il y a deux cents ans qu'un médecin hollandais décrivait ce qu'il appelait des fausses chutes de l'utérus, c'est-à-dire le prolapsus de la muqueuse vagi-

.e. Pendant tout le siècle dernier on acceptait aussi la ute du vagin, et Boyer lui-même en donne, *de visu*, une scription qui est loin d'être bien nette.

J'ai dit, dans la précédente leçon, qu'Astley Cooper ne nnaissait pas les déplacements du vagin, j'ajoute que, and on lit son article sur la hernie vaginale, on a un sou- re d'indulgence, on voit qu'il confond deux lésions diffé- ntes, car il est des cas où le péritoine défoncé forme dans rectocèle un sac dans lequel s'engagent des intestins. Ce nt les cas de cette nature qui constituent la hernie vagi- le.

Peu de temps après, en 1847, Cruveilhier se révolta très stement contre l'opinion du déplacement vaginal isolé, en qu'il soit possible dans certains cas, très rares, il est ai, et cependant on lui donna tort pendant un certain mps.

Chez notre jeune femme de vingt-deux ans, par exemple, rsqu'on vide la rectocèle, le prolapsus vaginal reste ul.

Donc Cruveilhier père soutenait avec raison la complexité es lésions.

Mais aujourd'hui encore nous retrouvons la trace de ces certitudes. Ainsi Churchill, dans son *Traité des maladies es femmes*, dont la dernière édition a été traduite il y a eize ou quatorze ans, décrit la chute du vagin, la cystocèle et la rectocèle, puis un peu plus loin la chute de l'utérus près la métrite. Cependant ce n'est nullement ainsi que les hoses se passent, car ces lésions sont jumelles et s'en- haînent.

En 1868, Huguier fit connaître son importante découverte ur l'allongement hypertrophique de l'utérus et considéra outes les chutes de cet organe comme des allongements. Dr, dans son travail sur ce sujet, il commit une faute de trop rande généralisation, car il existe parfaitement des abais- ements de l'utérus sans la moindre élongation de cet rgane.

D'ailleurs, les travaux qui ont été publiés depuis cette poque ont fait justice de ces erreurs partielles.

En résumé les notions relatives aux déplacements ont été ongtemps entourées d'obscurité; mais aujourd'hui notre ins- ruction est suffisante pour que, dans tous les cas, nous puis- ions émettre un diagnostic presque absolument rigoureux, pour que nous puissions dire si l'utérus est ou non abaissé, s'il est abaissé de telle ou telle longueur, s'il est ou non hypertrophié.

Elle est suffisante pour, dans le cas où l'organe utérin est hypertrophié, pouvoir diagnostiquer la portion qui est le siège de cette hypertrophie, portion sus ou sous-vaginale, ou le corps. Elle est suffisante pour reconnaître, lorsque tout est sorti, si la lésion est un simple prolapsus de la muqueuse ou bien si elle se complique de rectocèle, de cys- tocèle. Le diagnostic est également facile, lorsqu'il s'agit de hernie vaginale.

En résumé, quels que soient ces déplacements, qu'ils soient plus ou moins grands, plus ou moins complexes, avec ou sans élongation de l'utérus, avec ou sans hypertrophie, ils peuvent être actuellement diagnostiqués grâce aux con- naissances que nous possédons aujourd'hui. Et c'est là, nous devons le reconnaître en finissant, un très grand progrès accompli.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Fournier.

De l'acné (1)

III

Il ne nous reste plus aujourd'hui, pour terminer ce qui a trait à l'acné, qu'à parler du traitement, question capitale qui va occuper toute cette leçon.

Si cette parole, que les difficultés de curation d'une maladie se jugent à la multiplicité des remèdes proposés, est vraie quelquefois, c'est certainement pour l'acné, affection pour laquelle nous sommes bondés de formules et de recettes de tous genres.

Le traitement médical de l'acné ne consiste pas purement et simplement dans une pommade, mais dans la recherche des indications causales : 1° de toutes les causes possibles ; 2° de tous les états morbides annexés à l'acné.

Quoique nous sachions peu de choses encore sur l'étiologie et le mécanisme de l'acné, il est certain cependant que cette affection reconnaît : 1° des causes générales ; 2° des causes permanentes.

Le premier soin du médecin doit donc être de rechercher tout d'abord la ou les causes de cette maladie, c'est-à-dire d'étudier à fond son malade, au point de vue de ses antécédents morbides, de sa santé actuelle, de sa constitution, de son tempérament, de son régime ordinaire, de ses habitudes hygiéniques, car cette analyse peut le conduire à la découverte des causes de l'acné, à découvrir par exemple, si le sujet est scrofuleux, lymphatique, etc., et, par suite, à agir thérapeutiquement en conséquence.

L'individu atteint d'acné présente-t-il un état atonique, un alanguissement des fonctions digestives, vous le traiterez tout d'abord par une médication appropriée par l'exercice, la gymnastique, l'équitation, l'hydrothérapie. S'il a de la dilatation stomacale, vous vous adresserez à cette affection ; s'il est sujet habituellement à une constipation rebelle, vous aurez recours aux évacuants et à un régime propre à la combattre. En un mot, le traitement général devra consister en une série de médications diverses correspondant aux diverses causes de l'acné. En dehors de cette thérapeutique, tout n'est qu'empirisme, car il n'existe encore aucun spécifique de l'acné, quoique une foule de médicaments aient été proposés comme ayant été soi-disant toujours couronnés de succès dans la main de ceux qui les préconisaient : arsenic, bicarbonate de soude, ergot de seigle, bromure d'arsenic, sulfure de calcium, dépuratifs végétaux, purgatifs, etcès.

Mais à défaut de spécifiques, il existe une hygiène anti-acnéique basée sur les causes : 1° régler sévèrement le régime des malades, car il a une grande influence, proscrire toute alimentation excessive, les dîners en ville, les excitants, l'abus de la viande si général dans la classe bourgeoise, les aliments lourds, indigestes ; 2° assurer la régularité des selles, combattre la constipation ; 3° assurer les fonctions de la peau par un exercice musculaire régulier, suffisant, intense même, par l'escrime, la gymnastique, l'équitation, etc. ; 4° chez la jeune fille ou la jeune femme surveiller la menstruation, éviter tout excès.

Mais l'expérience nous montre que l'hygiène la meilleure est encore insuffisante, et qu'il faut recourir aux moyens externes, aux topiques externes. Ces topiques, absolument

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 10.

nécessaires, sont fort nombreux, mais ils peuvent être rangés dans les trois catégories suivantes : 1° les stimulants ; 2° les substitutifs ; 3° les méthodes chirurgicales ou destructives.

1° *Stimulants.* — Ce sont des remèdes ayant une légère action excitante sur la peau, et qui conviennent pour les cas légers, tels qu'applications chaudes, savonnages et emploi du soufre.

Les lotions chaudes agissent en diminuant la congestion des tissus et la sortie du sébum ; elles doivent être répétées trois ou quatre fois par jour, et faites soit avec une eau très chaude pure, ou additionnée de quelques gouttes, par verrée d'eau, d'une teinture aromatique (benjoin, lavande). Les pulvérisations chaudes, les douches locales de vapeur ont la même action.

Les savonnages de la partie acnéique sont un excellent moyen, très utile, surtout s'ils sont bien faits, c'est-à-dire grandement et énergiquement. Les parties malades doivent être réellement frictionnées avec la poudre de savon ordinaire, délayée en mousse dans de l'eau chaude, les frictions seront faites deux fois par jour, avec une flanelle pliée en plusieurs doubles, de façon à former un tampon ; la durée de la friction sera de cinq minutes sur la face, de dix minutes dans le dos. Quelquefois on se trouvera bien d'appliquer, en plus, pour la nuit, une couche légère de pâte de savon moins délayée, et que l'on enlèvera le matin par une lotion d'eau chaude.

Enfin, si cela ne suffit pas, on aura recours au soufre en pommade, en glycérolé, en pâte, etc. Pour moi, je prescris une pommade soufrée composée de :

Axonge.	20	grammes
Soufre précipité.	2	—
Essence de roses.	3	gouttes

dont on étend le soir une couche légère sur la partie couverte d'acné, qu'on laisse toute la nuit, et qu'on enlève seulement le matin à l'aide d'eau chaude.

On peut aussi employer le mélange suivant :

Eau.	250	grammes
Alcool camphré.	30	—
Soufre	15	—

dont on frictionne les points acnéiques à l'aide d'une éponge, en recommandant de ne pas essuyer la poudre qui reste sur la peau ; on l'enlève seulement le lendemain matin.

Substitutifs. — Ces agents ont pour but de produire, sur une surface irritée pathologiquement, une irritation artificielle capable de déplacer la première. Ils sont innombrables ; les principaux sont le goudron, l'huile de cade, le savon noir, les composés mercuriels, iodés, tous les alcalis, les acides, etc., etc. Mais il faut savoir choisir parmi eux les substances les mieux appropriées, susceptibles de n'agir ni trop ni trop peu, soit en raison de l'intensité du mal. Aussi ne parlerai-je ici que des plus importants.

Si l'état du malade n'exige qu'une légère irritation, on aura recours à des badigeonnages avec l'huile de cade et mieux encore le goudron dont on étendra une couche, le soir, sur le front par exemple, de façon qu'elle reste à demeure toute la nuit, pour être enlevée seulement le matin, à l'aide d'une friction huileuse.

Malheureusement, un simple badigeonnage ne suffit pas, et il faut alors, le plus souvent, employer, l'acné étant tenace, les agents mercuriels ou le savon noir.

Le meilleur, parmi les premiers, est l'emplâtre de Vigo, qui produit une irritation dont l'intensité est en raison de la durée de son application. Si on le laisse en place pendant une nuit, la peau est simplement rosée ; si on ne le retire qu'au bout de trois jours, par exemple, la peau est rougeâtre, luisante, comme macérée, s'exfoliant ensuite et tombant. L'emplâtre de Vigo s'applique sous forme de petites bandelettes imbriquées les unes sur les autres, que l'on maintient bien appliquées à l'aide d'un bandage. Ainsi, ou bien on l'applique le soir pour une seule nuit et, le lendemain matin, on le détache à l'aide de frictions huileuses, et l'on saupoudre la peau d'amidon ; ou bien on veut avoir une substitution beaucoup plus active et on laisse en place un véritable masque de Vigo pendant trois ou quatre jours.

En général, une seule application ne suffit pas, elle détermine seulement une amélioration notable, non persistante, si bien qu'au bout de quinze jours ou trois semaines l'acné reparaît. Plusieurs applications sont donc nécessaires ; mais on laisse, entre chacune d'elles, un intervalle de repos de cinq à six ou huit jours environ.

Quant au savon noir, son action est plus intense, plus sûre, mais elle est aussi brutale et douloureuse. Elle produit une dermite violente. Au bout de quelques heures la peau est rouge, chaude, turgescente, douloureuse, quelquefois excoriée en certains points, voire même sphacélée.

Le savon noir est donc un irritant intense de la peau, mais il faut s'assurer d'avoir un savon noir bon, pur, ce qui est beaucoup plus difficile ; ou bien souvent on y rencontre des graviers, et surtout il est mal saponifié, renfermant un excès de carbonate de potasse et de la potasse caustique libre. De là des escharres.

M. Lailler l'emploie en procédant par étapes avec des stades de repos, c'est-à-dire quatre jours de suite, le soir, une couche de savon noir est étalée avec le doigt, sur le front, et y reste toute la nuit jusqu'au lendemain matin, époque à laquelle on l'enlève avec une lotion chaude. En quatre jours la dermite est obtenue ; on peut la modérer, si cela est nécessaire, au moyen de la vaseline, du liniment oléocalcaire, des lotions chaudes, etc. On laisse ensuite les malades se reposer pendant sept à huit jours. Après quoi, on fait une nouvelle application, et ainsi de suite, 4 ou 5 fois, jusqu'à ce qu'on obtienne le résultat cherché, soit en tout une durée de six semaines à deux mois de traitement.

On peut, il est vrai, aller plus vite en appliquant une couche de savon noir de l'épaisseur de la lame d'un couteau, sur un morceau de flanelle taillé de la largeur de la partie malade à recouvrir. Quelques tours de bande la maintiennent bien en place. L'action est plus rapide, plus intense ; déjà au bout de dix heures, la peau est rouge, livide, turgescente, presque escharrifiée.

En résumé, l'emplâtre de Vigo et le savon noir donnent des résultats immédiats et des résultats éloignés.

Les premiers sont toujours bons, et la guérison paraît obtenue, mais l'expérience nous montre que presque toujours il est nécessaire de faire plusieurs applications successives.

Quant aux résultats éloignés, il est certain que quelquefois on obtient une guérison complète, mais le plus souvent la guérison n'est qu'une trêve et, au bout de plusieurs mois, l'acné reparaît, sous une forme atténuée, il est vrai.

En résumé, toutes ces méthodes sont donc loin d'être parfaites, infaillibles, et dans un certain nombre de cas la

maladie persiste ou récidive, et l'on est obligé de recourir au troisième moyen, c'est-à-dire aux méthodes destructives ou chirurgicales. Elles sont rationnelles, excellentes en principe, mais dans la pratique, elles soulèvent un certain nombre d'objections : 1° elles suppriment, dit-on, toutes les glandes sébacées d'une région; mais ce n'est qu'un leurre; 2° elles suppriment seulement les glandes sébacées malades; cela est vrai, mais à côté de celles-ci, elles en laissent d'autres restées saines jusque-là et qui sont de la graine à acné; enfin, elles exigent un labeur énorme, une patience extrême, pour arriver à les supprimer toutes une à une.

Aussi, avant d'en arriver à employer ce mode de traitement, est-on en droit de se demander si les résultats obtenus répondent à une pareille intervention.

Si l'opération devait donner un succès complet, si elle devait faire disparaître ce qui est, en somme, une véritable difformité visible, préjudiciable, une laideur repoussante, il n'y aurait pas à hésiter, surtout s'il s'agissait d'une jeune fille ou d'une jeune femme. Mais lorsque l'acné siège dans le dos, chez un homme, chez un sujet d'un certain âge, il n'y a vraiment pas nécessité d'intervenir chirurgicalement, d'autant plus que la maladie n'est pas douloureuse, qu'elle n'est pas une gêne pour lui et ne détruit pas ses avantages physiques.

Ceci dit, quelles sont ces méthodes? Le cathétérisme des glandes sébacées suivi de l'instillation d'une goutte du liquide à introduire à l'aide d'une aiguille dont le chas est suffisamment long pour contenir cette goutte de liquide (teinture d'iode par exemple). Le procédé a très bien réussi entre les mains de l'auteur, néanmoins il a été abandonné comme très délicat.

Les autres méthodes destructives sont l'incision, la scarification, le raclage et l'ignipuncture.

L'incision se fait avec une lancette ou mieux avec un bistouri, mais elle est insuffisante, le traumatisme étant réparable.

Les scarifications valent mieux, car elles constituent une série d'incisions à des profondeurs variables de la glande; cependant la glande peut encore se réparer, d'où le procédé est insuffisant aussi.

Le raclage est un moyen radical; néanmoins il doit être repoussé à cause des cicatrices consécutives.

Reste donc l'ignipuncture qui est le seul procédé vrai, capable d'atteindre sûrement et plus individuellement la glande. Elle se fait à l'aide d'une petite tige de platine, fine, mousse, chauffée à la flamme de l'alcool et qu'on introduit perpendiculairement à la peau dans le follicule. Une séance d'environ dix minutes suffit pour l'ignipuncture d'une douzaine de glandes, on recouvre ensuite les parties ainsi traitées de compresses d'eau froide, puis de bandelettes de Vigo. Au bout de quelques jours on fait une seconde séance, puis une troisième et ainsi de suite jusqu'à ce que toutes les glandes sébacées malades aient été détruites.

L'opération est facile, sans dangers, elle offre le plus de garanties de succès, malheureusement les glandes voisines non traitées ne sont pas pour cela empêchées de devenir malades à leur tour à un moment donné.

Si nombre d'eaux thermales se flattent de pouvoir guérir l'acné malgré la différence de leur composition chimique, je dois dire que les plus efficaces sont les eaux reconstituantes telles que les eaux sulfureuses de Luchon, d'Uriage, de Barèges et de Louèche.

HOPITAL SAINT-JOSEPH. — M. Le Bec.

Hystérectomie vaginale; double pyosalpingite; péritonite septique; mort.

Virginie L..., trente-neuf ans, demeurant à Paris, entre à l'hôpital Saint-Joseph le 4 mars 1887.

Cette femme était d'une bonne santé dans sa jeunesse. Elle a eu trois enfants, le dernier il y a neuf ans. Cette dernière couche fut très pénible, et l'on dut faire la version. Elle ne se remit jamais complètement, et conserva des troubles gastriques ainsi que des douleurs lombaires et abdominales assez vives.

Les règles étaient normales, mais elle avait des pertes blanches abondantes.

La malade est habituellement constipée et elle a maigri depuis quelque temps.

Depuis un an, la malade a des pertes en dehors de ses règles. Il coule de temps en temps un liquide à odeur fétide.

Les règles sont normales.

La malade éprouve des élancements de temps en temps.

Le père de la malade est mort probablement d'un cancer d'estomac, la mère d'une affection de la matrice.

Il y a sept mois, un médecin de la campagne lui fit des cautérisations du col, qui déterminèrent des pertes abondantes. Depuis, son état n'offrit aucune amélioration. Les pertes se répétèrent, et le liquide odorant apparut.

État local. Le col n'est pas changé de volume. Sur la lèvre postérieure se voit une tache, large comme une lentille. Les bords sont nettement tranchés, mais ne paraissent pas faire de saillie. La teinte est plus pâle que le reste de la muqueuse, et la surface paraît finement granulée. La tache atteint le canal cervical et sa partie la plus élevée s'y perd. Elle est un peu saignante aux frottements, et presque insensible.

Les parois vaginales sont saines et souples.

La malade n'accuse aucun symptôme fonctionnel local. Cette femme a maigri depuis quelques mois. Son teint a pris une couleur légèrement ictérique. Elle se plaint de malaises, de douleurs dans le bas-ventre. Douleurs qui s'exaspèrent par la pression, mais qui n'empêchent pas le travail.

Il est certain que les forces ont diminué, mais l'appétit est resté bon.

17 mars. Opération. La malade est anesthésiée et placée nue sur le dos, les deux jambes maintenues relevées par un appareil spécial.

Je place latéralement dans le vagin deux écarteurs larges et courts. Le col est saisi avec une pince de Museux et abaissé très facilement, jusqu'à la vulve.

Je trace une incision circulaire à 15 millimètres du col, et je dissèque la muqueuse de la lèvre antérieure, tantôt avec le bistouri, tantôt avec une spatule mousse. Quelques veines donnent du sang, elles sont pincées.

Le col est ensuite relevé, et je fais la même opération à la face postérieure.

Sur les parties latérales, la base des ligaments larges est très légèrement relevée.

Pendant ces décollements, je lie deux petites artères.

Quand le vagin est décollé jusqu'au milieu du corps, le cul-de-sac antérieur est pincé, le péritoine est ouvert, et largement déchiré avec les doigts. Une éponge montée est mise dans l'ouverture.

Le cul-de-sac postérieur est ouvert de la même manière, et l'ouverture fermée par une éponge.

L'utérus est alors abaissé davantage. Je glisse l'index de la main gauche vers la face antérieure du corps, et je cherche à placer la grande pince de Richelot, sur le ligament large gauche. A ce moment, j'éprouvais une assez grande difficulté. Le vagin était étroit, il en résultait que l'utérus abaissé et mon doigt remplissaient le vagin, ne me laissant que fort peu de place pour manœuvrer la grosse pince. Je réussis cependant à la placer, très

près de l'utérus, et le ligament large gauche fut coupé au ras de l'organe.

L'utérus fut ensuite attiré au dehors, et la seconde pince fut mise sur le ligament large droit, qui fut sectionné comme le gauche.

Les pinces furent ensuite doucement retirées. Le vagin fut tamponné avec de la gaze à l'iodoforme et la malade fut portée dans son lit.

Comme j'avais fait trois ligatures au catgut, il ne restait pas de pinces hémostatiques.

Le soir, la malade est agitée, elle se plaint de coliques, et elle paraît très faible, très abattue, par le choc traumatique.

Le pouls est à 80, mais très faible.—Potion de Todd et chloral.

19 mars. La malade a vomi toute la nuit, par le fait du chloroforme.

Le matin, la température est à 37°4, le pouls à 92. Le teint a pris une couleur ictérique très prononcée. La malade se plaint de vives douleurs lombaires.

Le soir à six heures, trente heures après l'opération, j'enlève les deux pinces qui étreignent les ligaments larges. Pas d'hémorrhagie consécutive. Un peu de suintement sanguinolent sans odeur.

La malade continue à vomir.

T. 38°; p. 110.

20 mars. La malade est plus abattue et plus jaune.

Le soir, la malade se plaint d'une douleur fixe, siégeant dans l'hypochondre gauche, et s'exagérant à la pression.

M. T. 38°; p. 96. Glace sur le ventre. — S. T. 38°8; p. 120. Même traitement.

La malade a eu une selle.

21 mars. La nuit a été mauvaise, vomissements et agitation. Le ventre est douloureux, mais peu gonflé. Le pouls est très petit, on ne peut facilement le compter qu'aux carotides. La langue est sèche et rouge, la soif vive. La face est abattue et grippée.

Il est évident que la péritonite se généralise.

M. P. 110; T. 38°2; S. P. 120; T. 38°8.

On met le matin douze sangsues, et le soir dix autres. Glace.

Sulf. de quinine, 1 gr. Cognac.

Les tampons du vagin sont enlevés le matin, et on fait quatre injections au sublimé dans la journée.

23. La nuit a été très agitée. Le ventre est très ballonné, la peau est partout jaune. Il n'y a pas de vomissements, mais des hoquets.

La respiration est haletante. Le pouls est imperceptible à la radiale.

La malade n'a pas de délire.

La température s'est abaissée. T. 37°4.

Mort à une heure.

Autopsie au bout de trente-huit heures.

Le ventre est volumineux. La peau est très jaune.

L'épiploon couvre l'intestin et est adhérent dans le petit bassin, il n'est pas rouge.

L'intestin est distendu par des gaz, il n'est pas très rouge, ce n'est qu'une légère injection.

Les hypochondres et les fosses iliaques ne contiennent ni pus ni liquide.

En soulevant l'intestin, on constate que quelques anses sont adhérentes au fond du petit bassin. Quand elles sont soulevées, on voit que le petit bassin contient environ deux cuillerées à bouche d'un liquide de teinte noirâtre et d'odeur infecte.

En même temps, on voit que : les parois du petit bassin, la face antérieure du rectum et la vessie sont tapissées par une mince couche de pus concret.

Quand tout le liquide est épongé avec précaution, on peut constater que l'orifice du vagin paraît oblitéré, car l'eau que l'on verse est retenue, et elle s'écoule aussitôt que l'on a introduit une pince ouverte, entre les parois du vagin.

Il n'y a pas de caillots et pas de trace d'hémorrhagie.

Les veines du bassin ne présentent aucune trace de phlébite.

Les ligaments larges sont détachés avec précaution.

On constate que les surfaces de section sont rouges, et que les vaisseaux sont solidement oblitérés.

Les deux trompes sont le siège d'une dilatation kystique très manifeste. Les pavillons sont défoncés, et les extrémités des trompes sont fortement dilatées. Elles forment deux poches ayant environ un centimètre de diamètre, sur trois de longueur.

Ces kystes ouverts contiennent un pus crémeux, jaune-verdâtre,

Les plis de la muqueuse sont épais et tachetés de rouge et de vert.

Immédiatement après le kyste, les trompes reprennent leur volume normal et sont très facilement perméables, jusqu'à la surface de section, par laquelle on fait facilement couler le pus contenu dans les kystes.

La physiologie pathologique de ce cas malheureux nous paraît facile à analyser. Notre malade est morte d'une péritonite suppurée, mais qui n'était nullement généralisée. En effet, nous avons nettement constaté que le pus, très concret, et très adhérent, était situé seulement au niveau de la vessie, et de la partie inférieure du rectum. Dans le fond se voyait une minime quantité de liquide.

Or juste à ce niveau, se trouvaient les orifices des deux trompes qui y versaient le pus contenu dans leur partie dilatée.

Il est certain que c'est là le point de départ du mal. C'est le pus sorti des trompes qui a enflammé le péritoine.

Mais nous pouvons nous poser la question suivante : les trompes étaient-elles suppurées avant la péritonite, ou est-ce la péritonite qui les a fait suppurer?

La première hypothèse nous paraît la véritable, et voici pourquoi : cette femme se plaignait de douleurs dans le ventre, depuis longtemps, quand elle marchait ou faisait un travail un peu fort. La pression sur le bas-ventre déterminait une certaine sensibilité vague. Il est vrai que par le toucher on ne sentait rien, ou si peu de chose, que tout était passé inaperçu. De plus, il y a 9 ans, la malade avait eu une couche difficile qui s'était terminée par une version, et peut-être suivie d'une métrite assez grave; d'où l'origine de l'inflammation des trompes.

Ce qui nous le fait encore penser, c'est l'écoulement très minime que la malade avait par le vagin; écoulement odorant, et qui se mêlait à celui produit par le cancer du col.

Il nous paraît peu admissible que la malade ait eu une simple dilatation des trompes, une hydro-salpingite, qui aurait suppuré par suite de la présence du cancer du col.

Nous ne pensons pas davantage que la salpingite ait suppuré par le fait de l'opération, parce que nous n'avons négligé aucune des précautions antiseptiques, que nous employons dans nos ovariotomies et qui ne nous ont jamais donné de péritonite septique; et parce que la péritonite qui a emporté notre malade était limitée aux environs des trompes.

Voici comment les choses se sont passées. Les pinces ont été retirées au bout de 30 heures. L'effet de leur constriction s'est fait sentir pendant 10 heures environ, et le liquide des trompes a été retenu parce que la lumière de ces organes restait oblitérée par l'effet de la pression. Au bout de ce temps, le liquide s'est frayé un chemin et est tombé dans le péritoine, qui s'est immédiatement enflammé. C'est ainsi que s'est développée cette péritonite septique, due non au traumatisme, mais à une malheureuse complication restée méconnue avant l'opération.

HOPITAL DE CASTELNAUDARY. — M. A. Marfan.

Pseudarthrose du fémur ; guérison par le séton, le bandage inamovible et le mouvement combinés.

Si la cause qui, dans certaines fractures, entrave la formation du cal reste le plus souvent obscure, la thérapeutique chirurgicale des pseudarthroses est loin d'être fixée dans ses moyens. Son intervention se borne quelquefois à rétablir un bandage supprimé, à irriter les surfaces des deux fragments de l'os, à passer entre elles un séton. Mais, dans d'autres circonstances, elle est forcée de mettre en œuvre tout l'appareil des grandes opérations, et, dans ce cas, elle encourt les dangers qui leur sont inhérents. Aussi depuis le frottement des deux bouts de la fracture, conseillé par Celse, jusqu'au nouveau procédé de M. Berger, les réunissant par la suture métallique après avoir taillé dans l'un un angle rentrant, dans l'autre un angle saillant, il existe des procédés divers entre lesquels le praticien reste hésitant. C'est le plus souvent l'insuccès des uns qui oblige à recourir aux autres. Aussi la cure d'une pseudarthrose demande une longueur de temps désespérante. Toutefois ce temps n'est pas regretté, si la guérison est obtenue sans soumettre le malade aux éventualités des grandes opérations.

Voici un procédé qui m'a réussi dans un cas s'annonçant comme devant être très rebelle. Je crois devoir publier l'observation qui s'y rapporte.

M. le docteur Mélix (de Labécède-Lauraguais) m'adresse le sieur B., charpentier, qui s'est fracturé la cuisse droite en tombant du haut d'un échafaudage. L'accident s'est produit le 3 février 1881. Mon confrère a tout d'abord appliqué un appareil de Scultet, dont la levée ne s'est faite que le quarante-cinquième jour. A cette date, les fragments sont aussi mobiles que le premier jour. Il met un second appareil, celui-ci dextriné, et le laisse deux mois en place ; entre temps il en surveille les mouvements, et applique de nouvelles bandes dextrinées quand les premières se relâchent. Après ces deux mois, malgré l'immobilité soutenue du malade, malgré la contention suffisante du bandage, il ne constate encore aucun signe de consolidation.

Le 30 mai B. arrive à l'hôpital. C'est un homme de quarante-cinq ans, de taille un peu au-dessous de la moyenne, de complexion assez forte. Il a une scoliose dorsale gauche assez prononcée pour rendre cette difformité apparente. Cette déviation lui est survenue dans le jeune âge. Il n'a aucun antécédent morbide ; sa santé est robuste ; ses urines sont normales ; les phosphates n'y sont pas en excès.

La fracture siège au tiers moyen du fémur. Il ne peut se rappeler si elle s'est produite directement ou indirectement. Il a roulé sur le sol avec l'échafaudage sur lequel il se trouvait, et n'a pu reconnaître la cause fracturante. On a remarqué sur le membre lésé des contusions, des ecchymoses, mais ni plaies, ni gonflement très sensible. Il a peu souffert après l'application du premier appareil. Il a gardé le repos le plus absolu. Il croit que la compression exercée sur la cuisse n'était pas trop forte. D'après son impression, le second bandage la contenait beaucoup mieux.

Quoi qu'il en soit, cent-cinq jours après l'accident, les deux fragments du fémur sont très mobiles. Leur écartement, autant qu'on peut en juger, est au moins de 1 centimètre. Quand on les fait saillir en haut, quand on les ramène en bas ou sur les côtés, on sent très bien qu'ils sont emprisonnés dans une gaine fibreuse comme dans un manchon. Le rapprochement des deux bouts s'opère facilement, et leur frottement ne laisse percevoir aucune rugosité de surface, pas plus que l'interposition de cordons fibreux. C'est sur le bord externe de leur circonférence que s'est développée la gaine du nouveau tissu qui les unit. Leur plan de section est un peu oblique en dedans. C'est donc dans la troisième des variétés de pseudarthroses établies par Norris, et admises par Malgaigne que doit être rangée celle de notre blessé.

Sa complète organisation et la date déjà ancienne de la fracture me décidèrent à ne pas tenter une nouvelle application des appareils ordinaires de fracture. Mon avis fut d'ailleurs partagé par plusieurs de mes confrères. J'adoptai le traitement par le séton. Avec une grande aiguille courbe je fis passer entre les deux fragments un séton composé de 12 crins de Florence, qui avaient séjourné vingt-quatre heures dans une solution d'acide phénique. J'en nouai les extrémités sur la partie antérieure de la cuisse, et le membre fut placé dans une gouttière. Matin et soir, je pratiquai pendant quelques instants un mouvement de va et vient du séton. Au bout de quarante jours, je n'avais obtenu aucun résultat, les fragments restaient toujours mobiles, la gaine fibreuse conservait toute sa souplesse.

J'avais remarqué que le séton ne provoquait aucune inflammation des tissus qu'il traversait ; l'écoulement des ouvertures était à peu près nul. Profitant de cette indifférence à l'irritation, je plaçai le membre dans un appareil silicaté, en laissant le séton à demeure, et pour donner plus de solidité au bandage je le fixai sur le bassin revêtu d'un caleçon de nage (Verneuil).

Au bout de trois jours, je laissai le malade se lever et marcher avec des béquilles. Le trentième jour, après avoir, au préalable, appliqué de nouvelles bandes silicatées, j'engageai le malade à appuyer légèrement le pied sur le sol, le quarantième à faire porter le poids du corps sur le membre fracturé.

Le cinquante-quatrième jour, je coupai l'appareil. J'eus la satisfaction de constater que la consolidation était complète. Le séton ne glissait plus dans sa loge ; mais par des mouvements de va et vient, opérés avec précaution, je parvins à le détacher. Les ouvertures de passage se cicatrisèrent rapidement, et le membre récupéra progressivement la plénitude de ses fonctions. Toutefois, il restait un raccourcissement de 2 centimètres et une légère atrophie.

Séton, appareil inamovible et mouvement combinés, avaient fait sortir de sa torpeur la fonction ostéogénésique.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1887-1888.

14. M. Lacarrière. Contribution à l'étude de la géographie médicale (souvenirs médicaux du poste de Hayes (Haut-Sénégal) 1885-1886). — 15. M. Bossuet. Recherches sur quelques points intéressant la topographie médicale de Rochefort-sur-Mer. — 16. M. Lacayre. De la syndactylie et de son traitement (ligature élastique). — 17. M. Rey. Contribution à l'étude de quelques troubles intestinaux dans les affections utérines. — 18. M. Cardes. Contribution à la chirurgie des plaies pénétrantes du crâne par armes de petit calibre. — 19. M. Capuron. Étude sur la blessure des vaisseaux mammaires internes. — 20. M. Boudry. Étude d'hygiène et de médecine légale sur le tatouage professionnel et les accidents oculaires d'origine professionnelle chez les ouvriers meuliers. — 21. M. Mendès-Bonito. De la pharyngomycose. — 22. M. Durand. Le fort de Bafoulabé (Haut-Sénégal, 1884-1886). — 23. M. Roby. Étude sur le traitement de la pneumonie par le tartre stibié. — 24. M. de Laulanié. Contribution à l'étude de l'étiologie de la fièvre typhoïde et en particulier de sa transmission par les eaux. — 22. M. Branellec. Contribution à l'étude de la filaire de Médine. — 26. M. Sicard. Étude sur le mimétisme. — 27. M. Pinard. Quelques considérations sur l'hygiène des navires employés comme transports pour la Nouvelle-Calédonie. — 28 M. Houdart. Contribution à l'étude de la terpine en thérapeutique. — 29. M. Larauza. Sur un cas de hernie inguinale oblique interne chez un nouveau-né. — 20. M. Baisnée. Contribution à l'hygiène nautique du choléra à bord des navires de la marine française. — 31. M. Comte-Lagauterie. Étude sur une épidémie de dengue en Nouvelle-Calédonie (1884-1885).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 7 janvier 1888, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. les aides-médecins, docteurs en médecine, Baignée et Pinard.

— La Société obstétricale et gynécologique de Paris tiendra désormais ses séances au Palais des Sociétés savantes, 14, rue des Poitevins. Les séances ont lieu à trois heures et demie, le deuxième jeudi de chaque mois. La prochaine séance de l'année 1888 aura lieu le jeudi 12 janvier.

— *Hôpitaux de Bordeaux.* — M. le docteur R. Saint-Philippe est maintenu, sur sa demande, médecin chef de service à l'hôpital des Enfants.

— M. Le Roux, docteur ès sciences naturelles, est nommé chef des travaux du laboratoire maritime de Luc-sur-Mer.

— Le bureau de la Société française de tempérance, pour l'année 1888, est ainsi constitué :

Président : M. le docteur Dujardin-Beaumetz, membre de l'Académie de médecine. — Vice-présidents : MM. le sénateur Claude ; le docteur Walther, inspecteur général de la marine, en retraite ; le docteur Vidal, membre de l'Académie de médecine ; de Nervaux, ancien directeur de l'Assistance publique. — Secrétaire général : M. le docteur A. Motet. — Secrétaires généraux adjoints : MM. les docteurs Bouchereau et Decaisne. — Secrétaires des séances : MM. les docteurs Audigé et Charpentier. — Trésorier : M. Jules Robyns. — Bibliothécaire archiviste : M. le docteur Philbert.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ, G. Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 22186.

52

PANSEMENT ANTISEPTIQUE MÉTHODE LISTER

M. DESNOIX, pharmacien, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, prépare toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode de Lister.

1° La gaze antiseptique 0f,50 le mètre; 2° le catgut nos 1, 2, 3, 4, 1f,25 le flacon; 3° le taffetas dit *protective*, 1f,25 le mètre; 4° le macintosh, 5f.

Tous ces produits, préparés d'après les formules et les indications du docteur LISTER, offrent toutes les garanties aux chirurgiens.

Sparadrap chirurgical des hôpitaux de Paris, Toile vésicante (action prompte et sûre), Sparadrap révulsif au thapsia, Bandes dextrinées pour bandages inamovibles, Coton hydrophyle, Coton hydrophyle phéniqué, Coton àl'acide salicylique, Lint à l'acide borique, etc., etc.

35

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cette farine, qui réussit très bien aux jeunes enfants, n'est autre qu'un mélange desséché dans le vide de lait de vache, de sucre et de croûte de pain, mélange ayant à peu près la composition du lait de femme.

Dr C. WURTZ, doyen honoraire et professeur. Faculté de Médecine de Paris.

Se trouve dans toutes les pharmacies.

21

POUGUES SAINT-LÉGER

Les seules eaux alcalines reconstituantes

Maladies de l'estomac et des intestins, gravelle, diabète, appauvrissement du sang, métrites, leucorrhée, dysménorrhée, chlorose, anémie.

Des caisses sont mises, à titre gracieux, à la disposition de MM. les docteurs. Adresser les demandes, 15, Chaussée d'Antin, Paris.

15

BLENNORRHAGIE — CYSTITE
ÉCOULEMENTS AIGUS OU CHRONIQUES DE L'URETHRE OU DE LA VESSIE.

PILULES DE KAVA FOURNIER

Ces pilules guérissent en quelques jours, surtout l'état aigu, sans *fatigue pour l'estomac*, ni *renvois*, ni *diarrhée*, ni *odeur des urines*.

Médaille d'or, Paris 1885.

Exiger sur chaque pilule la signature du Dr FOURNIER, 22, place de la Madeleine, Paris.

23

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des Dyspepsies amylacées

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET.

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a reçu l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

GROS : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

92

Méd. aux Exp.: Vienne, Philadelphie, Paris, Sidney

FOUGÈRE MALE ET CALOMEL

TÆNIFUGE, préparé par LIMOUSIN.

Le flacon de 16 capsules, dosées selon la formule du Dr Créquy, suffisent pour expulser le **ver solitaire.** (Envoi par poste.) — Prix : 6 fr. Phie LIMOUSIN ※, 2 *bis*, rue Blanche, Paris.

69

AFFECTIONS UTÉRINES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

LIQUEUR DE LAPRADE

à l'albuminate de fer.

Spécifique de l'irrégularité de la menstruation.

32

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

VIN DE BAYARD A LA PEPTONE PHOSPHATÉE

contient moitié de son poids de viande et 0gr,20 *de chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée.

77

PASTILLES GÉRAUDEL

(AU GOUDRON DE NORWÈGE PUR)

Agissant par Inhalation et par Absorption

Contre RHUME,
BRONCHITE, CATARRHE, ASTHME
ENROUEMENT, LARYNGITE, etc.

Bien préférables aux Capsules et Bonbons, qui surchargent l'estomac sans agir sur les Voies respiratoires.

Les **Pastilles Géraudel** *ne contiennent aucun narcotique. Elles se dissolvent entièrement sous l'influence de la chaleur buccale. Les vieillards et les enfants peuvent impunément en user et abuser sans aucun inconvénient. C'est une supériorité qu'elles ont sur les capsules, bonbons, etc., etc., dont l'enveloppe gélatineuse indigeste, en plus des substances narcotiques, morphine, sels d'opium, codéine, etc., qui peuvent leur être adjoints, déterminent des symptômes d'empoisonnements, selon la quantité absorbée.*

Après avoir étudié et analysé les diverses préparations de goudron et leur mode d'administration, il a été reconnu que la plupart présentent de grandes difficultés pratiques, et surtout qu'elles ne répondent point, par leur mode d'ingestion, au but désiré, c'est-à-dire *l'emploi du goudron par inhalation sous forme de vapeurs.*

Après avoir isolé successivement les principaux éléments constitutifs du goudron et expérimenté l'action physiologique et thérapeutique de chacun de ces éléments, M. Géraudel ne tarda pas à reconnaître que parmi les multiples produits pyrogénés qui prennent naissance dans le mode même de préparation du goudron, plusieurs d'entre eux sont d'une âcreté excessive, irritent et enflamment les muqueuses avec lesquelles ils se trouvent en contact, et par cela même détruisent l'action de ce précieux médicament. Par des procédés spéciaux de sélection, il parvint à débarrasser le goudron de ces principes nuisibles. Ce premier résultat acquis, M. Géraudel, s'inspirant des travaux de Gubler, Sales-Giron, Chevandier, etc., rechercha les moyens les plus simples de faire pénétrer dans les voies respiratoires le goudron qu'il avait ainsi obtenu. Il rechercha ensuite son degré de volatilité, puis la préparation qui favoriserait le mieux cette vaporisation.

Ces études lui démontrèrent que la bouche constitue l'appareil inhalateur le plus simple et le plus parfait.

Les nombreuses manipulations auxquelles il avait dû se livrer lui permirent de formuler la préparation dont l'efficacité est aujourd'hui reconnue par la majorité des médecins et chimistes qui l'ont expérimentée.

En résumé, M. Géraudel est arrivé à donner au goudron son maximum de possibilité thérapeutique et à trouver l'inhalateur le plus commode et le plus parfait.

Pendant la succion des Pastilles Géraudel, l'air que l'on respire se charge de vapeurs de goudron qu'il transporte directement sur le siège du mal; c'est à ce mode d'action tout spécial, en même temps qu'à leur composition, que ces Pastilles doivent leur efficacité réelle dans toutes les affections contre lesquelles le Goudron est conseillé. — *Très utiles aux fumeurs, aux personnes qui fatiguent de la voix et à celles qui sont exposées, dans leurs travaux, à respirer des poussières ou des vapeurs irritantes.*

Les **Pastilles Géraudel** sont les seules Pastilles de Goudron récompensées par le Jury international de l'Exposition universelle de 1878. Expérimentées par décision ministérielle, sur l'avis du Conseil de santé. Autorisées en Russie par le Gouvernement impérial, sur l'approbation du Conseil médical de l'Empire.

L'ÉTUI : **1f50** DANS TOUTES PHARMACIES

Envoi franco contre mandat-poste adressé à l'inventeur **A. GÉRAUDEL**, pharmacien à *Sainte-Menehould* (Marne).

Envoi gratuit sur demande Boîte d'échantillons à MM. les Médecins qui désireraient les expérimenter.

27

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard.)

36

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la secrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

96

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

22

SIROP DE CHLORAL DE FOLLET

« *Le sirop de Follet est la meilleure forme d'administration du chloral, sa conservation est parfaite, et, ainsi conseillé, il n'irrite point l'estomac.*

« Professeur BOUCHARDAT. »

Le Sirop de Follet se prescrit à la dose de 2 à 3 cuillerées à bouche. (La cuillerée à bouche contient exactement 1 gr. de chloral hydraté, la cuillerée à café 25 centigr.)

Le Sirop de Follet sera pris étendu d'eau ou d'une infusion de tilleul, d'oranger, ou mieux dans du lait.

Il est préférable de donner les deux premières cuillerées ensemble, le sommeil s'obtient ainsi plus vite et plus sûrement.

Le chloral qui entre dans la composition du **Sirop de Follet** est fabriqué par la maison L. FRERE, 19, rue Jacob, en son usine de Vanves (Seine); tandis que le chloral du commerce provient très ordinairement de fabriques étrangères.

45

PHTHISIE, AFFECTIONS DES BRONCHES.

CAPSULES MOLLES DE BOURGEAUD

à la **CRÉOSOTE VRAIE** du goudron de hêtre et à l'**Huile de foie de morue.** — *Récompense unique à l'Exposit. universelle de Paris*, 1878. Les seules expérimentées et employées dans les Hôpitaux de Paris. — BOURGEAUD, pharm. de 1re cl., fourn. des hôp., 20, r. de Rambuteau, Paris

CAPSULES contenant 0,02, 0,05 et 0,10 de créosote. la boite, 4 fr. — VIN et HUILE créosotés conten. 0,20 de créosote par cuillerée, la bouteille, 5 fr.

44

L'ÉLIXIR TROUETTE-PERRET

à la PAPAÏNE

Est le plus puissant Digestif connu. Contre *Maladies d'estomac, Gastrites, Gastralgies, Constipation, Vomissements, Diarrhée.* DOSE : Un petit verre à liqueur après chaque repas.

Se trouve dans toutes les pharmacies.

Gros : E. MAZIER, 264, boul. Voltaire, Paris

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance annuelle du 11 janvier 1888. — Présidence de M. Lannelongue.

M. LE PRÉSIDENT remercie la Société de la bienveillance qu'elle lui a témoignée pendant la durée de ses fonctions.

M. LE SECRÉTAIRE ANNUEL donne lecture du rapport sur les travaux de la Société pendant l'année 1887.

M. CHAUVEL, secrétaire général, prononce l'éloge suivant :

NOTICE

Sur la vie et les travaux du professeur A.-L. GOSSELIN, membre et ancien président de l'Académie des sciences, de l'Académie de médecine, de la Société de chirurgie, etc.

Être de l'Institut, diriger un jour les débats de l'Académie des sciences : beau rêve, que peu d'hommes ont le droit de faire, même au déclin d'une vie consacrée tout entière au travail, que moins encore ont l'heureuse fortune de voir se réaliser. Si pour tous l'accès est difficile, bien plus difficile est-il, cependant, pour les médecins et les chirurgiens militants. Il semble que l'exercice de notre profession rende, même les plus éminents, presque indignes de siéger près des autorités de la science pure. Serait-ce que le contact journalier de l'humaine nature amoindrit les caractères, abaisse les sentiments et déprime les âmes? Serait-ce que le fait de soigner, de soulager et parfois de guérir les infirmités corporelles est au-dessous des intelligences d'élite?

Mathématiciens, chimistes, entrent à l'Institut dans la force de l'âge et la maturité du talent; pour les médecins, pour les chirurgiens surtout, la soixantaine ouvre seule le droit de s'y porter candidat, c'est dire ce qu'il leur faut accumuler de veilles, de travaux, de titres scientifiques, pour aspirer à ce suprême honneur. Cet honneur, le professeur Gosselin avait su s'en montrer digne, et la mort le frappa président de la section scientifique de l'Institut de France.

Messieurs, quand on aborde pour l'analyser, la condenser en quelques pages, l'œuvre d'un maître d'hier, deux impressions opposées peuvent bientôt se développer. Tantôt on s'étonne qu'un homme de telle renommée ait fait si mince besogne, émis si peu d'idées nouvelles, de conceptions hardies, d'aperçus ingénieux; tantôt devant l'abondance des matériaux accumulés, on reste surpris, presque effrayé de la grandeur du monument qu'une carrière bien remplie put élever à la science. Ainsi m'ont étonné les travaux du professeur Gosselin, et je me demande encore comment avec les concours, le professorat, l'hôpital, la clientèle, les obligations de la vie, il trouva du temps pour penser ces milliers de pages, des heures pour les écrire.

Ces pages, je me suis pris à les relire, depuis le *Compendium de chirurgie pratique* où je fis mes premières armes d'étudiant, jusqu'aux trois volumes de la *Clinique de la Charité*, testament du praticien, consciencieux plus encore que savant. Et pendant plus d'un mois, j'ai vécu de l'œuvre du maître, charmé de retrouver, une fois encore, l'école du bon sens et de la sagacité. Son œuvre est vraiment colossale, car pendant plus de quarante années, de 1840 à 1885, Gosselin a travaillé sans relâche.

La souffrance seule fit tomber la plume de ses mains. J'étais, je serais resté, sans doute, fort embarrassé pour vous en exposer méthodiquement l'ordonnance, si l'un des plus jeunes et des plus aimés disciples du maître, son neveu M. Reynier, aujourd'hui notre collègue, ne m'eût fait l'honneur de me confier, en même temps que ses principaux mémoires, quelques pages manuscrites où le regretté professeur s'est fait lui-même mon conseil et mon guide.

Inspirées par le courant scientifique de l'époque, ses recherches changent avec lui. A ses débuts domine, en même temps que le culte de l'anatomie et de la physiologie pathologiques, la passion des procédés exacts, rapides, mathématiques, dans l'exécution des opérations. Bientôt la découverte des anesthésiques vient modifier de fond en comble les conditions de l'intervention chirurgicale, puis par l'hygiène hospitalière on cherche à prévenir les accidents infectieux des plaies, fléau des grands services et des grands hôpitaux. Enfin, dans la dernière période de son existence active, Gosselin voit naître, grandir, s'affirmer comme une loi, la doctrine de l'antisepsie en chirurgie. A ces phases successives du courant scientifique, l'agrégé, le chef des travaux anatomiques, le chirurgien des hôpitaux, le professeur de clinique, prend une part considérable. Mais non moins précieux sont ses autres travaux, fruit de l'observation attentive au lit de ses malades, résumé d'une longue pratique, conclusion d'une multitude de faits laborieusement recueillis. Telle est la division adoptée dans ces pages, jugement porté par l'auteur sur l'œuvre de sa vie, à l'heure où les tortures d'une maladie déjà longue et l'épuisement de ses forces lui disent clairement que ses derniers jours sont venus. Cette division est simple, elle est naturelle; nous la prenons de lui.

Anatomie et Physiologie pathologiques. — En 1841, interne des hôpitaux et aide d'anatomie, Gosselin combat l'opinion alors généralement admise de la *non-vitalité* des cartilages diarthrodiaux et épiphysaires. Prosecteur, il étudie dans sa thèse de doctorat les articulations à fibro-cartilages, le rôle important de ces derniers comme soutiens des jointures, comme agents de certains mouvements; il montre, par ses injections, les nombreux canaux excréteurs de la partie de la glande lacrymale cachée dans la paupière. C'est à la Société de biologie que, devenu chef des travaux anatomiques, il communique ses observations sur la longue durée du mouvement des cils vibratiles des voies respiratoires, sur la situation précise de l'orifice, le plus souvent unique, du sinus maxillaire.

Passé maître dans la préparation des pièces les plus délicates, Gosselin s'aperçoit un jour que chez certains sujets, malgré le temps, malgré la pression, ni le mercure, ni l'essence de térébenthine plus subtile, ne pénètrent dans les tubes sécréteurs du testicule. Il existe dans la queue de l'épididyme, à la suite des inflammations, des oblitérations complètes ou incomplètes des canaux excréteurs de la semence. Le fait anatomique mis hors de doute, que devient dans ces cas la glande séminale, que devient la sécrétion spermatique ? La clinique interrogée répond que si la glande conserve son volume et sa consistance apparentes, si l'éjaculation et la puissance génitale persistent, le sperme est dépourvu de tout élément fécondant. Cette cause de stérilité peut être permanente, elle n'est que temporaire si l'induration se résout, si l'oblitération disparaît.

Esprit investigateur, Gosselin, pendant ses recherches, constate la fréquence des kystes du testicule et de ses annexes ; il voit que certains, apanage de la vieillesse, ne déterminent aucun trouble ; que les autres, plus volumineux, à liquide opalin, contiennent des spermatozoïdes. Résultat probable de la rupture de canaux excréteurs, ces derniers, susceptibles par leur accroissement d'altérer les fonctions de la glande, doivent être traités par les injections iodées. Souveraines contre l'hydrocèle vaginale simple, ces injections ne donnent plus un succès égal, quand la séreuse testiculaire s'est doublée de fausses membranes épaisses. Un traitement énergique est ici nécessaire, et ce traitement c'est l'enlèvement des néo-membranes, la *décortication* qui respecte la glande. Cette opération, rationnelle sans doute, mais difficile, dangereuse, parfois insuffisante, ne fut pas acceptée sans conteste. Gosselin dut reconnaître les dangers de sa méthode et, pour les amoindrir, il conseilla de provoquer par des injections la suppuration préalable de la poche. En tout cas il la croyait préférable à la castration, et dans sa lettre à notre très distingué collègue, à notre président désigné, M. Polaillon, en 1885, il prend énergiquement sa défense. Dans une note manuscrite plus récente, il admet toutefois que le *raclage* avec la curette de Volkmann, *décortication partielle*[1], *fragmentée*, mettrait plus sûrement à l'abri de la lésion des voies excrétoires et de la septicémie.

Prêt à écrire un traité des maladies du testicule, riche de matériaux personnels, Gosselin préfère donner au public français, avec l'assistance de son interne, aujourd'hui le professeur Peter, une traduction de l'ouvrage de Curling très apprécié en Angleterre. Au texte du chirurgien de Londres, il ajoute des notes précieuses sur l'anémie testiculaire, l'hydrocèle, l'hématocèle vaginale, etc., sur le varicocèle pour lequel il rejette toute intervention, estimant bien à tort, nous le savons aujourd'hui, que l'opération peut entraîner l'atrophie de la glande. Toutes les additions portent le cachet du tempérament pratique du traducteur. Plus tard, dans ses leçons cliniques, le professeur revient encore sur ce sujet de sa prédilection : l'influence exercée par les maladies du testicule et de ses annexes sur l'appareil génital tout entier.

C'est pendant ses fonctions de chef des travaux de l'École pratique, que Gosselin étudie les kystes synoviaux de la main et du poignet, montre la disposition habituelle de la séreuse des tendons fléchisseurs, et prouve l'existence de *cryptes* ou *follicules* synovipares articulaires, dont l'oblitération et le développement morbide sont l'origine des tumeurs connues sous le nom incorrect de *ganglions*. Des recherches sur l'opération de la cataracte par abaissement, sur le trajet intra-oculaire des liquides absorbés à la surface de l'œil, le conduisent à essayer l'eau sucrée dans les brûlures de l'œil par la chaux, à prescrire les douches oculaires répétées, les instillations d'eau alcoolisée, dans le traitement des conjonctivites catarrhale et purulente.

Anesthésie chirurgicale. — Le monde était encore dans l'enthousiasme soulevé par la découverte de l'anesthésie chirurgicale, que déjà quelques morts par l'éther et par le chloroforme venaient jeter le doute dans la confiance du public, dans la conscience des médecins. Leur fallait-il donc abandonner le précieuse conquête et, dépositaires de la vie humaine, renoncer à supprimer la souffrance par crainte d'accidents mortels? Comme tous les agents énergiques, l'éther, le chloroforme, sont d'un maniement difficile et périlleux. Mais comment amènent-ils la mort? Gosselin, trompé par ses expériences, admet la paralysie subite du cœur par le contact direct de l'anesthésique avec la fibre cardiaque, avec la séreuse de l'endocarde.

Plus tard, il reconnaît son erreur, mais à l'Académie de médecine comme à la Société de chirurgie, dans sa clinique et dans ses communications à l'Institut comme dans son article de l'*Encyclopédie internationale de chirurgie*, il ne cesse de défendre avec énergie, avec une conviction profonde, l'innocuité du chloroforme convenablement administré. Si parfois, entraîné par la lutte, il émet une proposition hasardée, s'il avance que l'anesthésique, même légèrement impur, n'est pas dangereux si l'on sait s'en servir, il n'hésite pas à revenir sur ses pas, mais sans jamais céder sur le fond. Pour lui, la méthode des *intermittences* appliquée mathématiquement, suivant les règles qu'il édicte, met *sûrement* à l'abri des accidents mortels.

Que cette façon d'agir : lenteur, prudence, modération dans les doses, intermittences fréquentes, libre ou large entrée à l'air sitôt qu'une irrégularité semble se produire, ait pour résultat de rendre l'anesthésie moins périlleuse, il est permis de le croire, bien qu'en somme la chose soit discutable. Mais y voir un préservatif assuré contre les morts possibles, subites, inattendues; nous ne le pouvons pas. Élève de Sédillot, nous n'acceptons pas sa formule : *le chloroforme pur et bien administré ne tue jamais.* Elle exprime une erreur dangereuse, elle fait peser sur le médecin malheureux un soupçon souverainement injuste. Quand Gosselin rejetait l'appareil titré de Paul Bert, disant que la même quantité de chloroforme ne convient pas à tous, quand il donnait comme un avantage de la compresse la possibilité de proportionner les doses à la susceptibilité des sujets, il avouait, sans le reconnaître, que toute méthode peut se trouver en défaut. Entre l'*expérience* qui nous montre des morts par les doses les plus faibles, dans les mains les plus sûres, malgré des précautions infinies, et la *théorie* qui n'accuse que l'excès de chloroforme inspiré, nous prenons nettement parti pour la première. Est-ce (on a osé l'écrire) parce que cette doctrine met le chirurgien à l'abri des attaques! Nous avons tous l'âme trop haute pour recourir à de tels moyens. Dans l'accomplissement de notre belle et noble tâche, maîtres, mais aussi responsables de la vie des malheureux qui nous ont donné leur confiance, le devoir est seul notre guide. Si l'événement trahit parfois notre attente, si un accident, un désastre impossible à prévenir, vient traverser nos desseins, il nous frappe au cœur même, et si longue que soit la carrière, son souvenir cruel ne nous quitte jamais. Continuons donc à faire profiter nos malades des bienfaits de l'anesthésie. Sans leur en exagérer les dangers, apprenons-leur qu'il n'est pas en ce monde si petit bien qui ne se paie et que la douleur, la crainte de la souffrance, ont tué jadis plus de gens que le chloroforme n'en fit jamais mourir.

Hygiène hospitalière. — J'ai, dans ma vie chirurgicale, disait en 1878 le professeur Gosselin, à la tribune de l'Académie, traversé, en ce qui concerne la genèse des infections traumatiques, trois périodes distinctes. Dans la première, de 1845 à 1860, j'étais *fataliste*; il me suffisait d'avoir poursuivi les lésions jusqu'aux parties les plus reculées; je ne songeais pas à les prévenir. Les belles études du professeur Le Fort, en montrant, à nos chirurgiens surpris, les résultats favorables, obtenus en Angleterre, d'opérations chez nous presque fatalement mortelles, ouvraient d'autres perspectives. L'habileté manuelle ne pouvait être mise en cause ; alors pourquoi nos revers? pourquoi les succès de l'étranger? Demandez-le à l'hygiène, disait M. Le Fort, et d'une étude opératoire naît une longue discussion sur la salubrité des hôpitaux. Gosselin embrasse avec ardeur ces idées nouvelles, et dans son rapport il réclame pour les hôpitaux anciens, pour les hôpitaux à construire, des améliorations : diminution des salles, suppression des rideaux de lit, ventilation naturelle, réfectoires, salles de rechange, etc., que beaucoup attendent encore aujourd'hui. Après une profession de foi si nette, on est péniblement surpris de voir le maître, deux ans plus tard, dans la brillante discussion

qui amène à la tribune presque tous les membres de la Société de chirurgie, combattre les petits hôpitaux, les hôpitaux à la campagne, et prendre parti pour le nouvel Hôtel-Dieu. Cependant dans ses salles de la Pitié, il combattait par l'isolement, par l'hygiène physique et morale, l'érysipèle dont le pouvoir contagieux ne lui paraissait plus discutable, l'infection purulente, forme la plus grave des accidents des plaies.

Pansements. Antisepsie. — En pansements comme en hygiène, Gosselin fut longtemps indifférent. Sa thèse sur les pansements rares prouve son absence de convictions solides; s'il les combat comme règle générale, il avoue que leurs avantages sont nombreux. Jusqu'en 1871, ses idées sur l'origine des fièvres traumatiques manquent de la netteté qui lui est habituelle, mais à l'Académie, dans la discussion sur l'infection purulente, il se montre un ardent défenseur de la doctrine septicémique, de cette doctrine née des travaux de Darcet, de Sédillot, doctrine essentiellement française et que faute d'un nom précis les Allemands se sont appropriée pour nous la renvoyer comme leur. Le bien de cette théorie, c'est qu'elle conduit à la prophylaxie, à la recherche des moyens d'empêcher la formation, de prévenir la résorption de ces poisons septiques, dont la nature reste encore inconnue.

Grâce aux travaux de Pasteur, cette prophylaxie fut bientôt réalisée; Lister, Alphonse Guérin, créèrent les premiers pansements préservateurs. Depuis que l'antisepsie chirurgicale n'est plus contestée, hors par quelques hommes doués d'une foi robuste dans la valeur des anciennes pratiques, on peut discuter sur le mode d'action des substances antiseptiques, sur leur valeur relative. Agissent-elles comme *germicides*; agissent-elles en modifiant les tissus, les liquides, en les rendant incapables de se laisser pénétrer, attaquer, détruire par les microbes septiques, impuissants à favoriser leur multiplication ou l'éclosion de leurs germes? Gosselin n'a pas cessé de se rattacher à cette dernière explication. Aussi dans ses leçons sur les pansements des plaies (1876), dans ses cliniques encore (1879), en dehors du Lister qu'il trouve trop compliqué, il professe à l'égard des divers antiseptiques une indifférence absolue et les réunit volontiers, comme pour additionner leurs vertus. La gangrène de la moelle osseuse, la décomposition et la résorption des produits de l'inflammation exagérée sont pour lui la cause des accidents des plaies. C'est alors qu'il entreprend avec son élève M. Bergeron, sur le sang, le pus placés dans des bocaux, puis sur le sang contenu dans ses vaisseaux, des expériences destinées à fixer les effets et le mode d'action des substances employées dans les pansement antiseptiques. Il constate, à côté de l'action germicide, une action *coagulante* intra et extra-vasculaire, qui détermine, par les modifications des tissus, cet état de *frigidité*, d'imputrescence, qui retarde s'il ne les supprime l'inflammation et la suppuration. Peu importent les agents, on les voit changer d'un jour à l'autre, et la technique de la veille n'est plus celle du lendemain. Aux pansements fréquents ont succédé les pansements rares, permanents; les substances absorbantes conduisent à la suppression du drainage, l'important est de réaliser la propreté idéale. Cependant les lésions des grands os, les fractures par coups de feu, ne profiteront réellement des progrès de l'antisepsie que le jour où, n'attachant plus une importance exclusive à la théorie germicide, les chirurgiens seront pénétrés de l'idée qu'il faut mettre l'antiseptique en contact plus ou moins prolongé avec le trajet des plaies canaliculaires. Telle était la conviction de Gosselin; mais tout en luttant contre les applications rigoureuses de la théorie, il sut, bien qu'un peu tardivement, profiter des progrès réalisés, et plus convaincu à mesure que s'accumulaient les faits et les preuves, il regrettait de quitter la chirurgie, au moment où la sécurité des opérations lui ouvrait des voies nouvelles et singulièrement agrandies.

Travaux cliniques. — Élève de Louis, le professeur de la Charité donnait à l'observation clinique, à l'expérience basée, non sur de vagues souvenirs, mais sur des chiffres, l'autorité qu'elles méritent. Parmi les affections qui ont spécialement appelé son attention, les lésions des os occupent un des premiers rangs. Avec J. Regnauld, il démontre, en 1849, la non-existence de la membrane médullaire des os longs. Plus tard, il décrit avec soin les fractures spiroïdes de l'extrémité inférieure du tibia, le double V des deux fragments, la fissure se prolongeant jusqu'à l'article, et si, dans son premier mémoire, trompé par deux faits malheureux, il en fait un tableau trop assombri, il ne tarde pas à reconnaître que cette gravité est absolument exceptionnelle et spéciale aux cassures compliquées de plaies et de broiement de la moelle osseuse. Cependant le pronostic, même dans les cas simples, comporte certaines réserves, car ici, comme dans d'autres fractures de la jambe et des os longs en général, il est des déplacements irréductibles, des déformations auxquelles on ne remédie pas. De telles remarques dans la bouche du regretté professeur ont une importance d'autant plus grande qu'il apportait dans l'application de ses appareils des soins plus minutieux. Il suffisait pour s'en convaincre de suivre quelques jours son service, et la lecture de ses leçons cliniques le démontre mieux encore. Nous regrettons de ne pouvoir analyser ces conférences si claires, si simples, qui gravent dans l'esprit du lecteur, sans le surcharger de détails microscopiques, les phases principales du processus réparateur dans les solutions de continuité des os. Dans la description de chaque fracture, même netteté dans l'étude, même simplicité dans les moyens d'action conseillés. Gosselin y signale les ostéites hypertrophiantes si communes après les lésions traumatiques du coude, les épanchements articulaires du genou et de la hanche dans les fractures du fémur les plus simples, les avantages de l'appareil modifié d'Hennequin pour l'extension continue, les précautions que nécessite la convalescence. L'atrophie du triceps, fait constant, durable, ne peut seule expliquer les troubles fonctionnels qui suivent les fractures transversales de la rotule. Dans une lettre adressée à notre collègue M. Berger, le maître fait jouer le rôle principal à l'écartement considérable des fragments, obstacle à la transmission fructueuse des contractions de l'extenseur de la jambe. Il rappelle que ces troubles fonctionnels, bien loin de s'aggraver, diminuent avec le temps, et qu'en suivant les malades plus longtemps qu'on ne le fait, tel qui n'avait qu'un membre inutile à la fin du quatrième mois, légèrement impotent au bout de la première année, a retrouvé, après trois ans et plus, sa force et son agilité par la consolidation des tissus fibreux péri-articulaires. Inutile d'ajouter que Gosselin rejette la suture osseuse.

Quelques leçons sur les fractures de la jambe et des malléoles, complètent ce chapitre que termine dignement une étude remarquable des accidents, des infirmités temporaires ou persistantes si communes après les ruptures des os. Les inflammations osseuses par leurs variétés, par leur marche irrégulière, par leur longue durée et leur résistance à notre action thérapeutique, ont de tout temps intéressé les chirurgiens. Gosselin s'occupe plus spécialement des *ostéites épiphysaires*, maladies de croissance d'une gravité parfois considérable. A tort peut-être il repousse pour ces affections le nom d'*ostéomyélite* accepté par Trélat, par Lannelongue, sous prétexte que l'inflammation n'atteint que rarement la cavité médullaire et qu'il n'y a de moelle ni dans les canaux de Havers, ni sous le périoste. Mais il décrit avec soin leurs formes diverses, leurs phénomènes, leurs conséquences, et signale les névralgies osseuses, susceptibles d'en imposer pour un abcès, et justiciables, comme les collections purulentes, de la trépanation de l'os.

Parmi les affections spéciales à l'adolescence, le professeur de la Charité étudie encore : l'exostose sous-unguéale du gros orteil, les polypes fibreux naso-pharyngiens, l'ongle incarné, enfin le pied plat valgus douloureux qu'il nomme la *tarsalgie*, le considérant comme une ostéo-arthrite sèche de nature spéciale. Malgré sa dialectique rigoureuse, malgré les résultats de deux autopsies, Gosselin n'a pu faire admettre l'origine inflammatoire de cette conséquence du surmenage physique de sujets habituellement malingres ou incomplètement formés. La question est encore à l'étude.

Élevé à l'école des Boyer, des Dupuytren, des Velpeau, l'éminent clinicien n'admettait pas que la chirurgie pût être morcelée et scindée en spécialités. Auteur d'un *Traité des maladies des yeux*, publié avec la collaboration de Denonvilliers, il ne cessa jamais de

s'occuper de cette branche de la science. Nous avons indiqué ses recherches sur l'absorption des liquides de la surface de l'œil, l'opération de la cataracte, etc., nous y devons ajouter des mémoires sur la mydriase paralytique, la nature et le traitement de l'héméralopie épidémique, l'origine, par la contagion, des conjonctivites catarrhales. S'il ne put suivre le mouvement qui entraînait les ophthalmologistes vers les études plus précises de la réfraction et de l'accommodation, il eut le mérite d'appeler l'attention sur les propriétés contagieuses des sécrétions morbides de la conjonctive, et d'insister sur les mesures de prophylaxie nécessaires pour éviter la dissémination des germes.

Le hasard donnait pour sujet de thèse à Gosselin, en 1844, dans le concours qui le fit agrégé de chirurgie, *les Hernies étranglées*, Bien que Malgaigne fût de ses juges, il se prononça nettement contre la doctrine de la péritonite herniaire, aussi bien que contre la théorie de l'engouement. Déjà partisan convaincu du précepte de : *ne jamais quitter un malade atteint de hernie étranglée que l'intestin ne soit réduit*, il préconise, mais moins nettement qu'en 1859-1860, l'emploi du taxis continu, prolongé, forcé, aidé de l'anesthésie. La méthode n'était pas sans dangers. Instruit par l'expérience, le chirurgien de la Pitié n'hésite pas à avouer son erreur, à modifier sa pratique, et dans ses leçons sur les hernies, recueillies par un des maîtres de la chirurgie M. Léon Labbé, dans sa clinique de la Charité, il conseille un taxis plus doux et surtout beaucoup moins prolongé. Les quarante et cinquante minutes de jadis, tombent à douze, à quinze ; un quart d'heure devient le maximum de durée des tentatives de réduction manuelle. Si le taxis échoue, la question est jugée, l'opération s'impose.

Quelle sera cette opération ? Gosselin pour ne pas effrayer les malades, rejette l'anesthésie ; il ne recourt à l'ouverture du sac que si le débridement de l'anneau n'a pas permis la réduction de l'intestin. Telle est sa conduite ordinaire, modifiée, il n'est pas besoin de le dire, suivant l'ancienneté et l'intensité de l'étranglement, suivant les conditions probables de l'anse intestinale étranglée. Tout en inclinant peu à peu vers la pratique hâtive, rapide, de la kélotomie; retenu sans doute par la crainte de la péritonite septique, par les dangers de l'ouverture du péritoine, l'éminent chirurgien pèche par excès de prudence. Plus confiant en l'antisepsie, je pense qu'il eût plus tard abandonné cette pratique, aveugle en somme, pour en venir à l'ouverture du sac, à sa résection, à la cure radicale telle que nous la pratiquons aujourd'hui.

Dans le traitement des hémorrhoïdes qu'il a l'un des premiers bien étudiées comme structure, bien décrites comme formes et comme symptômes, la pratique de Gosselin se modifie également avec les années. Moins temporisateur il substitue aux attouchements horriblement douloureux des tumeurs avec l'acide nitrique mono-hydraté, les cautérisations limitées avec le fer rouge, la ligature partielle, au besoin la dilatation forcée du sphincter anal, bien qu'il ne croie guère à sa contracture sauf complication d'une fissure intolérante. Pour les fistules à l'anus, l'incision au bistouri est la meilleure opération; pour les rétrécissements syphilitiques ou mieux *chancreux* du rectum, reconnus par lui dès 1854, la dilatation progressive aidée d'incisions multiples, peu profondes, constitue la thérapeutique la moins dangereuse, sans plus exposer aux récidives que les sections étendues et complètes de l'extrémité de l'intestin.

Ces récidives sont inévitables aussi dans les rétrécissements de l'urèthre, qu'on les ait dilatés lentement, ce qui vaut mieux, qu'on les ait, ce qui peut devenir nécessaire, déchirés avec le divulseur de Voillemier, incisés avec la lame de Maisonneuve. Pour Gosselin les deux méthodes se valent, mais leur danger est considérable, elles exposent à la fièvre urineuse. Due à la pénétration dans le sang, comme le démontrent ses expériences faites avec le concours de M. Albert Robin, du carbonate d'ammoniaque et des poisons septiques de l'urine altérée, cette fièvre, à la fois empoisonnement et septicose, vient du contact direct du liquide avec la plaie faite au canal par l'instrument. Neutraliser le sel ammoniacal, rendre l'urine aseptique avant l'opération, conduire cette dernière et le traitement ultérieur de façon à empêcher l'absorption, sont le premier devoir du chirurgien. Le professeur insiste sur les précautions à prendre, il les signale avec un soin qui montre l'immense intérêt qu'on y doit attacher. Les maladies spéciales à la femme ne semblent pas avoir attiré particulièrement l'attention de Gosselin. Quelques pages pour prouver le peu de valeur symptomatique des ulcérations du col utérin (1844), l'importance exagérée donnée aux déviations de la matrice, à la contracture musculaire dans le prétendu *vaginisme*, forment avec ses leçons cliniques ses seules contributions. Partisan des ciseaux pour l'ablation des polypes utérins, il préfère l'écraseur dans l'inversion utérine irréductible, et repousse, d'une façon trop absolue, les opérations dirigées contre le prolapsus de la matrice. L'expérience a prouvé depuis que le succès n'était pas seulement temporaire. M. Le Fort nous en a fourni des exemples.

En dehors d'un mémoire sur les tumeurs cirsoïdes artérielles (1867), Gosselin ne s'est occupé des tumeurs que dans sa clinique de la Charité. Pour les kystes, sa grande crainte est de provoquer la suppuration de la poche et la septicémie, aussi préconise-t-il les ponctions simples renouvelées, le repos ; dans quelques cas l'injection iodée, la cautérisation. L'extirpation n'est applicable qu'à certaines productions nettement isolées. Très éprouvé par l'érysipèle, 21 cas et 12 décès sur 36 ablations du sein avec le bistouri, il en était venu dans sa pratique hospitalière à n'employer que les caustiques. L'antisepsie n'avait pas encore fait ses preuves. Nul doute que, sûr de son pansement, l'éminent chirurgien n'eût repris l'instrument tranchant qui seul permet de poursuivre jusqu'au fond de l'aisselle les ganglions lymphatiques envahis par le mal.

Les recherches sur les déchirures du poumon sans fracture des côtes correspondantes (1847), sont insérées dans le premier volume de nos Mémoires; elles complètent la série des œuvres originales. A côté d'elles se placent les thèses de concours et les publications didactiques du professeur Gosselin. Les thèses sont au nombre de quatre : *De l'étranglement dans les hernies* (agrégation, 1844); *Le système nerveux ganglionnaire* (chaire d'anatomie, 1846); *Traitement chirurgical des polypes des fosses nasales et du pharynx* (chaire d'opérations, 1850); *Des pansements rares* (chaire de clinique chirurgicale, 1851). Compilations hâtives, elles offrent avec des qualités sérieuses les défauts inhérents à leur exécution rapide.

Œuvre colossale entreprise par Bérard et Denonvilliers sur le plan du *Traité des maladies chirurgicales* de Boyer, le *Compendium de chirurgie pratique* n'en était qu'à ses premières livraisons quand une mort inattendue vint frapper le jeune et actif professeur de clinique de la Faculté de Paris. Resté seul, Denonvilliers s'adjoignit Gosselin dont il connaissait le talent et appréciait la puissance de travail. De cette collaboration sortirent les second et troisième volumes du *Compendium* et un *Traité des maladies des yeux*, chapitre détaché de l'œuvre principale. En voyant ces milliers de pages en texte serré et sur deux colonnes, on comprend le labeur considérable, l'effort incessant nécessaires pour la marche régulière d'une telle publication. Ce labeur dépassa-t-il bientôt les forces et la patience d'un des collaborateurs? On me l'a dit, et je puis affirmer que ce n'était pas le plus jeune. En offrant au public le dernier fascicule du tome troisième, les auteurs avouèrent leur impuissance de terminer seuls ce *Traité de chirurgie*, et désignèrent les collaborateurs choisis par eux pour leur venir en aide, Richet, Verneuil, Guyon, Le Fort, Tillaux, l'élite des chirurgiens de l'époque. Trop tard, l'œuvre était condamnée ; le quatrième volume du *Compendium* ne vit jamais le jour.

Si Gosselin n'en conserva pas une secrète amertume, au moins en garda-t-il la conviction, il nous le dit dans la préface de l'*Encyclopédie internationale de chirurgie*, qu'écrire un *Traité complet de chirurgie* est un travail actuellement inabordable pour un seul homme. Aussi, pressé par ses élèves, préféra-t-il, sous le nom de *Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Charité*, publier les leçons qu'il avait professées depuis de longues années. Le livre eut un succès mérité, en six ans il atteignit sa troisième édition.

Pour certains, la leçon clinique n'est qu'un chapitre de pathologie, la description d'une maladie appuyée de quelques exemples pris dans le service. Telle ne la comprend pas Gosselin. Pour lui

elle doit être l'histoire d'un patient examiné devant vous quelques instants auparavant, histoire dont le professeur fait ressortir les points saillants, les particularités remarquables. Celle-ci est la vieille méthode, la bonne, l'utile, parce qu'elle met l'élève en face des difficultés de la pratique, de ses nécessités, parce qu'elle fixe son attention sur le diagnostic, le pronostic, le traitement qui sont les points les plus importants. Saisir les indications et y satisfaire. Telle est, telle sera toujours l'essence de la chirurgie, et celui-là seul est vraiment médecin qui cherche avant tout à soulager et à guérir.

Sans rejeter la statistique, Gosselin appuie ses convictions sur sa pratique personnelle, il juge par leurs résultats les méthodes thérapeutiques. *Tout par les faits*, telle est sa règle ; l'induction, les théories ne sont pas des chemins pour nous mener au but. Et ces faits, il ne suffit pas de les voir en passant, il faut les noter, il faut les écrire ; la science ne se fait pas avec des souvenirs. Vous le savez comme lui, vous qui apportez dans nos discussions des faits, non des impressions.

En dehors de ces ouvrages considérables, le professeur de la Charité publia, dans le nouveau *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, nombre d'articles importants. Bien qu'il n'en fût pas le directeur scientifique, il contribua par son autorité à lui conserver son caractère primitif ; il en fut, à certains moments, la cheville ouvrière, et y fit prévaloir des idées justes et rationnelles. Aussi quand les éditeurs du Dictionnaire voulurent offrir au public français une *Encyclopédie de chirurgie*, œuvre internationale, ils la placèrent sous le patronage de Gosselin qui en écrivit la préface et y inséra un véritable manuel de l'anesthésie chirurgicale.

Membre et président de l'Institut, de l'Académie de médecine, de la Société de chirurgie, Gosselin prend une large part aux travaux de ces assemblées. De 1845 à 1864, nos Mémoires, nos Bulletins, sont remplis de ses rapports toujours consciencieux, de ses communications intéressantes. Pourquoi ne pouvons-nous les analyser dans cette rapide esquisse, ni même les énumérer ? Guide de nos discussions en 1856, sa parole mesurée, toujours courtoise, ne cesse de s'y faire entendre, que lorsque des occupations, chaque jour plus absorbantes, l'obligent à prendre l'honorariat.

L'Académie de médecine l'avait élu en 1860 dans la section de pathologie chirurgicale ; elle eut peu de membres plus actifs et plus laborieux. De ses rapports toujours bienveillants pour les personnes, sévères pour les doctrines, nous ne citerons que ceux sur la résection de la hanche de M. Le Fort, point de départ de la discussion sur l'hygiène hospitalière (1862) ; sur le traitement de l'anthrax par les incisions sous-cutanées de A. Guérin, où il cherche à faire prévaloir la temporisation ; enfin, sur les observations de Proust et J. Lucas-Championnière, relatives à la trépanation. Moins confiant que notre collègue dans la valeur diagnostique des localisations cérébrales, Gosselin leur refuse toute importance dans les déterminations du chirurgien. Au reste, il n'admet l'intervention opératoire que s'il y a fracture ouverte, si le crâne est fermé, quels que soient les symptômes ; mieux vaut pour le malade se borner au traitement médical. Dans cette réprobation du trépan, on sent comme un dernier écho des doctrines de Desault. La crainte d'une fracture avec plaie domine l'esprit du chirurgien ; l'appréhension de la méningite l'empêche d'obéir aux indications les plus nettes. A cette abstention érigée en principe, je préfère, pour ma part, l'initiative hardie conseillée par mon premier maître, le professeur Sédillot.

Dans les discussions sur la thoracentèse (1865), sur le traitement de la péritonite puerpérale (1868), Gosselin combat les théories trop absolues de Jules Guérin ; il repousse les injections intra-veineuses du professeur Oré (de Bordeaux). La septicémie, l'ostéomyélite, le chloroforme, le ramènent à la tribune. Défenseur de la liberté des vivisections contre les sensibleries des sociétés anglaises, il obtient gain de cause, et fait rejeter les conclusions réservées de la commission. Dans les dernières années, il prend encore la parole pour approuver la méthode antiseptique et les tentatives d'extirpation des tumeurs de la vessie par la voie hypogastrique. A l'Institut, il communiqua ses derniers travaux sur les substances antiseptiques, leur valeur et leur mode d'action sur les tissus et les sécrétions des plaies. Tout en refusant aux propriétés germicides l'importance qu'on y attache d'habitude, il n'en conclut pas moins à la nécessité d'une antisepsie sévère, absolue ; il était le premier, du reste, à en reconnaître les bienfaits.

Messieurs, la seule énumération de ces travaux nous dit assez quelle fut la vie du professeur Gosselin. Né à Paris, le 16 juin 1815, dans le quartier du Temple, dans la rue Sainte-Avoye aujourd'hui disparue, Athanase-Léon Gosselin appartenait à une famille d'honorables commerçants. Son oncle le docteur Jacquemin, médecin des prisons de la Seine, praticien très estimé, lui donna le goût de la carrière médicale en même temps que les premières notions de l'anatomie. Externe en 1834, interne l'année suivante, après deux ans d'études, le concours le fait encore aide d'anatomie en 1840, prosecteur en 1842, agrégé en 1844, chirurgien des hôpitaux en 1845, chef des travaux anatomiques en 1846. Désormais sa place est marquée dans la Faculté. Trois fois il rentre dans l'arène pour y gagner une chaire, et, s'il échoue malgré de remarquables épreuves, c'est que les heureux du concours se nomment : Denonvilliers pour l'anatomie ; Malgaigne pour la médecine opératoire ; Nélaton pour la clinique.

Le choix du ministre de l'instruction publique l'appelle, en 1858, à la chaire de pathologie chirurgicale, qu'il échange contre la clinique à la mort de Velpeau, en 1867. Comme professeur, la clarté de ses leçons, la netteté de ses vues, l'ordre et la simplicité de son enseignement, lui assuraient un public d'élèves nombreux et assidus ; comme clinicien, Cochin, Beaujon, la Pitié, avaient fait sa réputation, l'hôpital était son véritable milieu. D'une exactitude exemplaire, il entrait à huit heures chaque matin dans ses salles, suivi de ses aides, examinant les pansements, appliquant lui-même les appareils et les surveillant de près, pratiquant les explorations nécessaires, fixant l'attention des élèves sur les particularités intéressantes. Doux avec les malades, bienveillant, délicat, il avait pour tous les égards que mérite le pauvre, l'intérêt dont sont dignes les êtres souffrants. Voulant tout voir par lui-même, il n'acceptait jamais, ni dans son service, ni dans les consultations, les diagnostics de ses internes ou de ses confrères, qu'il ne les eût vérifiés par un examen personnel. Le besoin de contrôle il le portait aussi dans l'appréciation des doctrines, des remèdes et des opérations, il était l'homme des faits et non des théories. Et si les faits venaient plus tard démontrer son erreur, s'inclinant devant l'expérience, il n'hésita jamais à modifier son opinion première et les préceptes qu'il en avait déduits. Convaincu que la science s'agrandit chaque jour, il en suivait les incessants progrès et, s'engageant lui-même dans les voies nouvellement ouvertes, il encourageait les jeunes chirurgiens dans leurs tentatives hardies sans applaudir à toutes les témérités.

A l'amphithéâtre, Gosselin s'exprimait simplement, nettement ; il parlait, suivant le mot heureux du professeur Richet, le langage de la science. Mais il n'eut jamais le talent d'émouvoir, d'entraîner son auditoire par une exposition animée et brillante ; il eut le grand mérite d'instruire, de graver, par la clarté, par la méthode, son enseignement dans les esprits. Aussi forma-t-il de nombreux élèves, et tout autant que ses écrits, des disciples tels que Ganjot, Tillaux, Léon Labbé, Périer, Berger, etc., attestent la valeur du maître. A la Société de chirurgie, à l'Académie de médecine où il exerçait une influence légitime, il apportait dans les discussions la même netteté de vues, la même simplicité de parole ; jamais il ne se départit de son calme, de sa courtoisie, même dans les débats les plus passionnés.

Officier de la Légion d'honneur depuis l'exposition internationale de 1867, Gosselin reçut la croix de commandeur après la guerre et la Commune. Elle fut la juste récompense de son dévouement pendant le siège, de ses services dans les hôpitaux militaires et les ambulances civiles. Fatigué, surmené, il ne refusa jamais ni ses conseils, ni son assistance. Terrassé par les émotions sans trêve de l'*année terrible*, cédant enfin aux instances de ses amis et des siens, il se reposait depuis quelques jours à peine dans sa maison de campagne d'Arcueil, quand il apprend que dans les dernières

convulsions de la Commune, les obus, le pétrole, menacent ses blessés. Sans souci de sa santé, au milieu de dangers que partage avec lui Mme Gosselin, il rentre dans la capitale, arrive jusqu'à la Charité et s'y installe à demeure : noble exemple qui, à l'honneur du corps médical, ne resta pas isolé.

Quand la mort de Nélaton laissa vacante une place à l'Académie des sciences, Gosselin se mit sur les rangs. La lutte fut vive, et l'éminent chirurgien ne l'emporta qu'au scrutin de ballotage sur l'un de ses compétiteurs, physiologiste plus que médecin, M. Marey. Il y acquit bientôt l'estime et la considération de tous. En janvier 1886, bien qu'il n'eût pas brigué les suffrages de ses collègues, il fut nommé vice-président, digne couronnement d'une carrière noblement remplie.

La fortune, désormais inclémente, lui devait cette compensation. Vers le moment où Broca succombait subitement à l'angine de poitrine, Gosselin, lui aussi, était pris par l'affreuse maladie. Chaque fatigue amenait des accès de toux, des oppressions, des suffocations violentes. Le professeur dut songer à quitter sa clinique; à tout prix il lui fallait du repos. Détermination pénible, véritable crève-cœur pour cet homme d'action. Hélas ! l'hésitation n'était plus possible, les crises se rapprochaient, chaque jour les faisait plus menaçantes; ni les eaux thermales de l'Auvergne, ni le climat plus doux du midi, n'amenèrent le soulagement espéré. Des douleurs gastriques affreuses, des hématémèses effrayantes, de l'ascite, témoignaient des progrès incessants d'un mal que la morphine, tout en apaisant momentanément ses souffrances, ne faisait encore qu'aggraver.

Heureux cependant des hautes fonctions que l'Académie des sciences venait de lui confier, le pauvre malade ne redoutait que de se trouver impuissant à les remplir, et les prières de sa famille, la fermeté de son collègue et ami M. Vulpian, parvinrent seules à empêcher, plus d'une fois, l'envoi de sa démission. L'année 1887 arriva cependant. Malgré sa santé déplorable, Gosselin eut la satisfaction d'occuper le fauteuil présidentiel, ce *poste d'honneur* auquel il attachait tant de prix. Il y pensait sans cesse, à ses séances du lundi. Pour être sur pied il gardait chaque dimanche un repos absolu, puis, le lendemain, avant de quitter sa demeure et parfois encore dans l'escalier de l'Institut, la morphine venait éteindre ses douleurs et lui donner la force de présider la séance. Toutefois, pressentant sa fin prochaine, il répétait souvent à son collègue, le professeur Richet, à son autre ami, le professeur Vulpian qui devait le suivre de si près dans la tombe : « Je ferai comme Bouley, je n'irai pas jusqu'au bout. »

Il disait vrai. Des accidents urémiques l'emportèrent le 1er mai 1887, à l'âge de 72 ans. Il voulait qu'aucun discours ne fût prononcé sur sa tombe. Mais autour des siens l'Institut, la Faculté, l'Académie de médecine, la Société de chirurgie, ses amis, ses élèves, lui firent un si nombreux cortège que l'église put à peine les contenir. Il repose dans le cimetière de Vitry, non loin de la campagne où chaque dimanche, pendant l'été, il prenait au milieu de sa famille les quelques heures de délassement que lui imposait une affection dévouée. Sa fin fut calme et simple comme avait été sa vie. Il n'avait jamais eu d'enthousiasme que pour la science, de culte que pour la chirurgie; elle était sa première, elle resta son unique passion.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1887-1888.

58. M. Clouard. Du traitement de la pleurésie franche aiguë par la diète lactée. — 59. M. Thouvenet. De l'hypertrophie du cœur. — 60. M. Lauth. De la cirrhose tuberculeuse. — 61. M. Hocquet. Des rapports de la chorée gravidique avec l'hystérie. — 62. M. Macé. Des accidents pseudo-méningitiques chez les hystériques. — 63. M. Barbier. De l'albuminurie diphthéritique. — 64. M. Jeanton. De l'albuminurie dans la maladie de Bright. — 65. M. Léonardi. Pathogénie nerveuse des varices chez les femmes enceintes. — 66. M. Delerse. De la mydriase dans quelques affections encéphaliques et cérébro-spinales. — 67. M. Hontang. De la suette miliaire. — 68. M. Polguère. Des infections secondaires. — 69. M. Guillet. Des tumeurs malignes du rein. — 70. M. Gauillard. Contribution à l'étude du phimosis et au traitement de quelques lésions sous-préputiales. — 71. M. Dumont. Étude sur les bactéries des eaux minérales de Bohême. — 72. M. de Vernéjoul. Contribution à l'étude du traitement chirurgical de la pleurésie purulente chez les enfants.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêtés ministériels, en date du 9 janvier 1888, sont déclarées vacantes :

1° La chaire de géologie et minéralogie de la Faculté des sciences de Bordeaux; — 2° la chaire de chimie de la Faculté des sciences de Montpellier.

— Par arrêté ministériel, en date du 9 janvier 1888, un concours s'ouvrira, le 16 juillet 1888, à l'École supérieure de pharmacie de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'École de médecine de Caen.

— Par arrêté ministériel, en date du 9 janvier 1888, un concours s'ouvrira le 16 juillet 1888, à l'École de médecine de Poitiers, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le docteur de Gennes est nommé chef du laboratoire de clinique chirurgicale, à l'hôpital Necker (emploi nouveau).

— *École de médecine d'Amiens.* — Sont nommés préparateurs de : 1° chimie, M. Bocquet; 2° physique, M. Hanot; 3° pharmacie, M. Roussel; 4° histoire naturelle, M. Detorgny.

— *Faculté des sciences de Lyon.* — M. Couvreur est nommé chef des travaux pratiques de physiologie (emploi nouveau).

M. Bovier-Lapierre est nommé préparateur de physiologie, en remplacement de M. Bottard, non acceptant.

M. Roche est nommé préparateur de chimie générale, en remplacement de M. Cotton.

— Le prix Bressa, d'une valeur de douze mille francs, vient d'être décerné à M. Pasteur par l'Académie des sciences de Turin, dans sa séance du 8 janvier 1888.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les consignations, pour les examens dont désignation suit, seront reçues, pendant l'année scolaire 1887-1888, jusqu'aux dates ci-après indiquées : pour le deuxième examen de doctorat (première partie), jusqu'au mardi 20 mars inclusivement; pour le deuxième examen de doctorat (deuxième partie) et pour le troisième examen de doctorat (première partie), jusqu'au mardi 17 avril inclusivement; pour le troisième examen de doctorat (deuxième partie), jusqu'au mardi 22 mai inclusivement; pour le quatrième examen de doctorat, jusqu'au mardi 5 juin inclusivement; pour le cinquième examen de doctorat (première et deuxième parties), jusqu'au mardi 26 juin inclusivement, ainsi que pour les examens de sage-femme; enfin pour les thèses de doctorat, jusqu'au mardi 10 juillet inclusivement.

Pour l'officiat de santé, les dates sont : pour le premier examen, jusqu'au mardi 19 juin inclusivement; pour le deuxième examen, jusqu'au mardi 26 juin inclusivement; et pour le troisième examen, jusqu'au mardi 10 juillet inclusivement.

MM. les étudiants sont prévenus que ces dispositions seront rigoureusement appliquées.

Les élèves ajournés, après le 9 juin, à un examen, quelle qu'en soit la nature, ne pourront plus se présenter avant les vacances. Passé le 12 juillet, MM. les professeurs n'accepteront plus de présidence de thèses et ne signeront plus de manuscrits.

— La Société française de tempérance met au concours, pour l'année 1889, les sujets suivants :

1° *Prix Lunier* : — Statistique des débits de boissons, comparées dans les différents pays. — Déterminer les rapports entre le nombre

des débits de boissons et le développement de la criminalité et de la folie. — Des moyens de restreindre le nombre de ces établissements et de combattre leur influence dangereuse. — Le prix est de la valeur de 1 000 francs.

2° *Prix de la Société* : — « Le Livre des Mères, Manuel à l'usage des femmes désireuses de préserver leur famille de l'alcoolisme et de l'ivrognerie. » — La Société française de tempérance demande un petit traité populaire, pouvant trouver sa place dans les bibliothèques à très bon marché, c'est-à-dire à 0,20 ou 0,25 centimes le volume de 100 à 120 pages in-32. Ce petit livre doit être clair, précis, sans dissertations philosophiques et économiques. Il ne doit pas discuter les principes et les méthodes, formuler des lois et résoudre des problèmes, mais répandre seulement et appliquer les préceptes, sans employer les termes techniques de la science. Un ouvrage de cette nature, s'adressant surtout à la classe ouvrière, doit parler un langage en rapport avec la culture d'esprit de ses lecteurs. Il faut qu'il ait le ton simple, persuasif et familier de la causerie. — Ce prix sera de 1 000 francs.

Les mémoires devront parvenir avant le 31 décembre 1888, à M. le docteur A. Motet, secrétaire général, 160, rue de Charonne, à Paris.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ, G. Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 22193.

N° 6. — SAMEDI 14 JANVIER 1888. 61e ANNÉE. SAMEDI 14 JANVIER 1888. — N° 6

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE GÉNÉRALE

L'hystérie toxique.

Par M. le docteur Paul BERBEZ, chef de clinique adjoint à la Salpêtrière.

A lire les nombreux travaux écrits sur le saturnisme, l'alcoolisme aigu et chronique, on aurait cru qu'il ne restait rien à ajouter aux descriptions minutieuses qu'on a faites de ces intoxications. Parmi leurs différentes manifestations, les phénomènes d'ordre nerveux avaient particulièrement attiré l'attention et provoqué les recherches les plus délicates et les plus nombreuses. C'est cependant dans cet ordre de faits qu'on a trouvé le plus à glaner dans le cours de l'année 1887.

Dès le commencement de cette année, en effet, la question des rapports étroits des intoxications saturnine et alcoolique avec la plus fréquente des affections nerveuses : l'hystérie, a été à l'ordre du jour. Un de nos jeunes maîtres les plus sympathiques : M. Letulle, a ajouté aux deux intoxications saturnine et alcoolique, l'intoxication mercurielle, et a démontré sans peine l'influence exercée par ce poison sur la production de l'hystérie.

Comment une telle relation a-t-elle pu rester si longtemps ignorée ? Quelles ont donc pu être les causes de l'erreur ?

Ce sont les troubles de la sensibilité et du mouvement à forme hémiplégique, à qui l'on doit une confusion si regrettable. C'est là du moins ce que nous allons chercher à démontrer.

Pour mettre plus de clarté dans notre exposition, nous nous occuperons successivement du plomb, de l'alcool et du mercure. Quand nous aurons étudié les travaux anciens et modernes publiés sur ces toxiques, nous n'aurons plus qu'à établir par comparaison l'identité absolue des troubles nerveux ainsi observés avec les symptômes primordiaux de l'hystérie.

I

A. *Plomb.* — Les livres classiques ne parlent pas de l'influence que pouvait avoir sur la production de l'hystérie l'action longtemps prolongée du plomb ; il faut venir jusqu'en 1887, pour voir formulée d'une façon nette et définie la théorie de l'*hystérie toxique*. Ce nom, trouvé par M. Debove, est digne de rester *à titre de renseignement étiologique seulement*.

Il nous a cependant semblé intéressant de fouiller la littérature médicale, de nous livrer à un examen critique des observations d'hémiplégie, sensitive et motrice, attribuées au poison saturnin, et, après avoir réuni les pièces du procès, de prononcer au bout de ce long réquisitoire : qu'il n'existe pas plus d'hémianesthésie saturnine, qu'il n'existe d'hémiplégie sensitive et sensorielle, alcoolique ou mercurielle.

Notre tâche est rendue facile par ce fait que la question est de date relativement récente, et que le nombre des travaux publiés sur ce sujet est encore peu considérable.

La connaissance des anesthésies saturnines remonte très haut. Andral, dans le tome II de la *Clinique médicale*, parle des anesthésies disséminées dans le saturnisme ; il n'est pas question d'hémianesthésie. Tanquerel des Planches fait une description très complète des anesthésies saturnines, en 1839. Cet auteur parle d'une anesthésie superficielle et d'une anesthésie profonde, mais il a soin de dire que ni l'une ni l'autre n'occupe jamais une grande étendue.

Beau (*Archives générales de médecine*, 1848) décrit une anesthésie limitée à des segments de membre ; il fait remarquer que l'insensibilité n'est pas complète et qu'il s'agit surtout chez les saturnins d'une analgésie.

M. Manouvriez (de Valenciennes), en 1870, dans les *Archives de physiologie*, puis dans sa thèse, en 1873, étudie de très près les troubles de la sensibilité, il dit que c'est un accident précoce qui précède souvent de fort longtemps la paralysie motrice, et que l'anesthésie, qu'on constate en pareille circonstance, existe exclusivement, ou prédomine au point de contact du métal. Ces faits, déjà entrevus par MM. Ladreit et Franck-Smith, ont été confirmés par M. Proust et par M. Drouet, qui a trouvé un affaiblissement de la sensibilité au niveau des muscles paralysés par des frictions saturnines.

M. Manouvriez, à propos de l'hémianesthésie, se prononce ainsi : « Il se produit quelquefois une apparence d'hémianesthésie, mais cette hémianesthésie n'est pas comparable à celle des hystériques, car d'une part on observe toujours dans l'autre moitié du corps un peu de paralysie sensitive, parfois assez considérable, et, d'autre part, elle prédomine constamment au point d'absorption cutanée, qui est souvent à la périphérie, tandis qu'elle est plus prononcée vers le centre. » Cette fausse hémianesthésie accompagne toujours la pseudo-hémiplégie, mais peut exister en dehors d'elle.

Pour M. Manouvriez, la forme paraplégique de l'anesthésie est rare.

Il n'y a pas de rapport entre l'anesthésie de la peau et la paralysie de tel ou tel muscle ou groupe de muscles.

Comme Beau, M. Manouvriez pense que l'analgésie est beaucoup plus fréquente que l'anesthésie proprement dite.

Il parle beaucoup aussi des perversions de la sensibilité qui font prendre un pincement pour une piqûre, ou réciproquement; il peut aussi y avoir un retard qui va jusqu'à cinq minutes quelquefois.

La perte du sens musculaire se produit très rarement, excepté dans les doigts.

M. Manouvriez dit que les saturnins présentent une foule de symptômes oculaires; il parle d'une amblyopie qui s'établit surtout dans l'œil correspondant au côté où prédomine la paralysie sensitive. Quant aux troubles de l'ouïe, qui consistent en bourdonnements ou en une surdité plus ou moins complète, ils se produiraient toujours dans le côté opposé au côté anesthésié.

Le goût et l'odorat sont diminués du côté paresthésié.

M. Raymond, le premier, dans un mémoire inédit qui lui valut la médaille d'or des Hôpitaux en 1874, rapporte deux observations prises à la Pitié. Dans les deux cas l'anesthésie s'était produite sous la forme hémiplégique, — la sensibilité spéciale (sens) était prise au même titre que la sensibilité générale. M. Raymond fait remarquer que ses malades ont une hémianesthésie qui *ressemble beaucoup à celle des hystériques* et à l'hémianesthésie due à la lésion de la partie postérieure de la capsule interne; il insiste sur ce point que l'hémiplégie s'est produite sans phénomènes apoplectiques et s'est accompagnée de la perte de la sensibilité du même côté que la perte du mouvement.

Nous relevons ce détail presque constant dans toutes les observations de ce genre : intégrité de la face au point de vue moteur.

Une autre observation, due également à M. Raymond, fut publiée dans la thèse d'agrégation de M. Renaud (1875) sur l'intoxication saturnine chronique. Ces trois observations se retrouvent dans la thèse de M. Decours en 1875 et permettent à l'auteur de formuler les conclusions suivantes :

L'hémianesthésie saturnine doit prendre place dans le cadre nosologique de l'intoxication saturnine.

Cette hémianesthésie diffère des hémianesthésies cérébrale et hystérique, mais se rapproche de *cette dernière par ses caractères généraux.*

Son pronostic n'est pas grave.

M. Brochin publie, dans la *Gazette des hôpitaux* de 1875, la relation d'un cas d'hémianesthésie chez un cérusier; l'autopsie ne révèle aucune lésion matérielle du cerveau ni de la moelle; il n'y avait qu'une anémie profonde de la substance nerveuse. Cette observation donna encore plus d'autorité à la cause de l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle de cause saturnine soutenue par M. Raymond.

L'année suivante (1876) M. Raymond observe un nouveau cas dont il publie la relation dans la *Gazette médicale de Paris.*

Depuis, le sujet a paru intéressant à un certain nombre d'auteurs, qui ont écrit sur la question des monographies ou des articles dans les revues périodiques.

En 1878, M. Ananief, élève de Lasègue, prend l'hémianesthésie saturnine pour sujet de sa thèse inaugurale. Nous relevons dans cette thèse les particularités suivantes déjà entrevues par M. Manouvriez. L'anesthésie atteint tous les modes de la sensibilité. La conjonctive et le pharynx sont insensibles. Les sens sont presque toujours pris, il y a *du rétrécissement du champ visuel,* de l'amblyopie, de l'achro matopsie d'un seul côté.

L'hémianesthésie est presque toujours accompagnée des troubles du mouvement. Au diagnostic l'auteur est embarrassé pour distinguer ces hémianesthésies des hémianesthésies hystériques et capsulaires.

Pour éviter la confusion avec l'hystérie il invoque *le sexe!!!*

Un de ses malades a vingt-huit ans (Obs. I), il a parcouru les pays étrangers et a été atteint d'une hémiplégie avec hémianesthésie deux ans après avoir travaillé dans le plomb; il ne s'est pas produit d'hémiplégie faciale. Tout est rentré dans l'ordre au bout de peu de temps.

Un autre (Obs. II), âgé de soixante ans, est hémiplégique du mouvement et de la sensibilité générale et spéciale. Le mouvement et la sensibilité reviennent.

Un troisième, cérusier, a une hémianesthésie droite; le pharynx est pris, les sens aussi; pas d'hémiplégie faciale. Amélioration rapide.

Un journalier de quarante-sept ans, coléreux, violent, bizarre, a des crises dans lesquelles on est obligé de l'enfermer, on qualifie le fait d'*épilepsie saturnine.* Hémianesthésie sensorielle à droite, diminution du champ visuel (20° de tous les côtés), achromatopsie, etc.

M. Vigouroux (*Gazette des hôpitaux,* 1878, p. 466) rapporte une observation d'hémiplégie sensitivo-sensorielle et motrice guérie par l'application, à distance, d'un aimant.

M. Hanot (*Archives générales de Médecine,* 1878) publie, avec M. A. Mathieu, trois cas d'hémianesthésie saturnine. Ces observations ressemblent à celles qui les ont précédées. M. Hanot se demande si on n'est pas en face de cas d'urémie, cependant il reconnaît là une grande ressemblance avec les hémianesthésies hystériques.

MM. Landolt et Oulmont, l'année précédente, avaient pris dans le service de M. le professeur Charcot une observation d'hémianesthésie saturnine guérie par l'aimant, qu'ils publièrent dans le *Progrès médical* de 1877.

M. Debove, en 1879, attire l'attention sur un groupe de palysies *étrangères à la névrose hystérie* et qui ont guéri sous l'influence de l'aimant. Si nous lisons attentivement les observations présentées par M. Debove à la Société médicale des hôpitaux les 24 octobre et 14 novembre 1879, nous voyons des malades offrant les caractères de l'hémiplégie hystérique avec hémianesthésie la plus typique.

Aucun d'eux n'a de déviation de la face. Ces malades guérissent temporairement. Les seules hémiplégies que nous voyons guérir, dit M. Debove dans une phrase bien caractéristique, sont celles qui s'accompagnent d'hémianesthésie sensitivo-sensorielle...

Il ajoute encore : A côté des hémiplégies de cause organique, il en est d'autres qui sont dues à d'autres causes, telles que les intoxications plombiques et hydrargyriques qui ne reconnaissent pas de lésions appréciables.

Dans la discussion sur cette importante question, M. Dumontpallier va jusqu'à dire qu'on ne peut différencier les *hémianesthésies toxiques* (sic) des hémianesthésies organiques que par un caractère : elles cèdent sous l'influence de l'aimant sans se tranférer.

M. C. Paul, à la Société des hôpitaux (*Bull.* p. 297), lit alors une observation de guérison par la métallothérapie d'une contracture et d'une anesthésie du membre supérieur droit chez un saturnin.

Cette observation, déjà publiée par Boussi, interne de

M. Paul, dans la *France médicale* de 1879, n° 31, a cela d'intéressant que le malade avait :

1° *Une légère déviation* de la face avec gêne des mouvements de la langue allant presque jusqu'à l'embarras de la parole. Nous nous demandons, s'il ne s'agissait pas là de l'hémispasme glosso-labié, décrit pour la première fois par M. le professeur Charcot;

2° Une contracture manifestement hystérique;

3° De l'amblyopie;

4° *Un tremblement léger et menu mais général??*

M. Hamant, dans sa thèse, cite des observations semblables faites chez M. Vulpian et chez M. Proust. Enfin M. Aigre publie une jolie observation d'hémianesthésie, cette fois chez un mercuriel.

Pendant sept ans, de 1879 à 1886, la question ne fait pas de progrès.

Le 28 juin 1886, M. le professeur Charcot consacre sa leçon magistrale à la discussion de cette question importante : *Existe-t-il une hémianesthésie saturnine résultat de l'intoxication chronique par le plomb ?* Dans la même leçon le maître se pose la même question pour l'hémianesthésie alcoolique et pour les deux cas il arrive aux mêmes conclusions. Nous relevons dans cette leçon les phrases suivantes : Souvent on a observé chez les saturnins des hémianesthésies analogues à celles des hystériques, mais on a toujours conclu contre l'hystérie à cause de la rareté prétendue de cette affection chez l'homme. Le malade qui fit le sujet de la leçon du 28 juin, était un saturnin hémianesthésique qui venait à la consultation de la Salpêtrière pour des *convulsions épileptiformes* qualifiées d'épilepsie saturnine. M. Charcot prouva que ce malade était un hystérique, parce que ces attaques d'épilepsie saturnine étaient bel et bien des attaques d'hystérie à forme d'épilepsie partielle, parce que l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle du malade ne pouvait aller avec l'idée d'une lésion corticale, parce qu'il présentait à un haut degré la diathèse de contracture obtenue à l'aide de la bande d'Esmarch, etc.

Disons donc, conclut M. Charcot : hémianesthésie chez un saturnin. Le saturnisme est l'agent provocateur de l'hystérie comme il est l'agent provocateur de la goutte.

Goutte et hystérie appartiennent à la même famille; entre les deux, il y a des relations de chaque instant : rapprochement bien inattendu.

M. Charcot n'hésite pas à rejeter comme insuffisamment justifiée la doctrine de l'hémianesthésie saturnine : il ne voit là que des cas d'hystérie vulgaire, la diathèse ayant été mise en éveil par le *saturnisme.*

Depuis, M. Debove et son interne M. Achard, dans des publications intéressantes, ont fait, d'après M. Charcot, déchoir les hémianesthésies analogues à celles que nous venons de citer, du rang de trouble fonctionnel de nature plombique, pour les faire rentrer dans le cadre si vaste de l'hystérie. Pour M. Debove cette hémianesthésie spéciale et l'hystérie qui la cause sont à l'hystérie vraie ce qu'est l'épilepsie symptomatique au vrai mal comitial. Nous pensons avec M. le docteur Charcot qu'il s'agit là d'une véritable hystérie qui ne diffère en rien de l'hystérie, que j'appellerai volontiers *essentielle*, et nous dirons avec lui, observant cette réserve dont il ne se départ pas : Un certain nombre de cas d'hémianesthésies dites saturnines relèvent de l'hystérie; la chose *est certaine* pour plusieurs cas, et il est probable qu'il en est de même pour tous les autres.

M. Potain observe un saturnin hémianesthésique avec paralysie des extenseurs d'un côté. Jusque-là rien d'extraordinaire. Mais voilà que l'aimant, appliqué suivant les préceptes de M. Debove, amène le transfert de l'hémianesthésie et, chose plus curieuse, de la paralysie des extenseurs qui, dès l'abord, avait eu ce caractère particulier de ne pas s'accompagner de réaction de dégénérescence.

M. Potain taille en brèche pour son compte l'hémianesthésie saturnine et conclut à l'hystérie.

Dans les numéros 46 et 47 du *Bulletin médical* 1887, M. Letulle publie six observations d'hystérie dans le saturnisme et il signale non seulement les hémiplégies sensitives et motrices, mais encore des troubles psychiques, du mutisme, des tremblements, etc., chez des saturnins.

Dans le courant de l'année qui vient de s'écouler, M. le professeur Pitres a consacré son enseignement clinique de l'hôpital Saint-André à l'étude des *anesthésies hystériques.* Nous relevons les faits suivants concernant les saturnins : Les frictions sèches, d'après Gubler, enlèvent, aussi bien que les esthésiogènes, les anesthésies saturnines, et cela *avec ou sans transfert.* M. Pitres rappelle une observation d'hémianesthésie saturnine, guérie par la sudation due au jaborandi (Albert Robin cité par Renault, thèse agrég. 1875).

Après avoir bien établi les caractères de l'hémianesthésie et des anesthésies hystériques, M. Pitres dit en manière de conclusion : « *Certains auteurs paraissent disposés à admettre que ces anesthésies sont de nature hystérique, qu'elles se rencontrent chez les sujets prédisposés, par leur hérédité ou bien par leurs antécédents pathologiques, parmi lesquels figurent l'alcool et le plomb, qui auraient alors pour action de réveiller la diathèse nerveuse.* Nous dirons, nous, que certaines intoxications ont pour effet de modifier profondément l'excitabilité des centres nerveux. Ces intoxications peuvent, entre autres phénomènes, déterminer des inerties fonctionnelles des centres sensitifs qui se traduisent par des anesthésies basilaires *semblables à celles des hystériques* : elles peuvent aussi peut-être réveiller, chez les sujets prédisposés, l'hystérie latente et déterminer par voie indirecte de véritables hystéries, *mais cela est exceptionnel.* »

II

B. *Alcool.* — Nous allons, ici encore, nous efforcer de faire le procès de l'hystérie, seule en cause dans une foule de manifestations réputées purement alcooliques. Dans sa leçon du 28 juin 1886, M. Charcot nous disait : M. Magnan, il y a une douzaine d'années, a parlé d'une hémianesthésie alcoolique, je crois qu'on peut dire que, pour l'alcoolisme comme pour le saturnisme, il faut faire un *déblaiement.*

M. Lancereaux, dans l'article ALCOOLISME du *Dictionnaire encyclopédique* (1864), parle des paralysies alcooliques sans qu'on puisse trouver trace d'hystérie dans les descriptions qu'il nous fait. Leudet, en 1867, décrit les paralysies douloureuses, et démembre, au profit de l'alcoolisme, le cadre de la *névralgie générale de Valleix.*

Nous avons soigneusement recherché au milieu des hyperesthésies alcooliques, cette hyperesthésie hystérique que nous a appris à connaître M. Charcot, et nous ne l'avons pas trouvée.

M. Dagonnet, en 1873 (*Annales médico-psychologiques*, 5e série, t. IX, page 212), publie un article des plus intéressants sur l'*Alcoolisme au point de vue de l'aliénation mentale.*

Dans ce travail, nous relevons une observation qui nous frappe : un homme, sous l'influence d'un accès d'alcoolisme aigu, va se livrer à la police pour se soustraire aux ennemis

dont il est menacé. Cet homme, présente le jour de l'entrée, les symptômes d'une hémianesthésie de tout le côté droit, avec *parésie*, et tremblement choréiforme du même côté.

On remarque des troubles curieux de la sensibilité générale, et une diminution de la sensibilité spéciale, toujours du même côté. L'ouïe, la vue, le goût, l'odorat, présentent, à droite seulement, un affaiblissement considérable.

On ne trouve rien à l'examen ophthalmoscopique.

Chose curieuse : ces accidents paralytiques semblent être entretenus par l'inquiétude même, dans laquelle se trouvait le malade, au sujet de sa famille dont il était éloigné, *on les voit en effet cesser subitement*, presque aussitôt après qu'il eut reçu une lettre satisfaisante.

Preuve nouvelle du trouble simplement dynamique, que l'alcoolisme dans certains cas peut déterminer sur le système nerveux.

Cette relation, un peu longue, se passe de commentaires : nous voyons donc entrer en scène l'hémiplégie motrice et sensitivo-sensorielle, d'origine alcoolique.

Cette hémiplégie de *nature dynamique* très fugace disparaît après que le malade a reçu une bonne nouvelle.

L'année suivante (1874), M. Magnan présente, pour le prix Civrieux, son beau travail sur l'*alcoolisme* et le *délire alcoolique*.

A la page 215 de son livre, M. Magnan décrit une forme *hémianesthésique de l'alcoolisme chronique*. Il apporte des observations d'alcoolisme chronique avec hémiplégie et hémianesthésie de la sensibilité générale et des sens spéciaux.

Anesthésie de la peau, des muqueuses, des parties profondes, abolition de la sensibilité dans tous ses modes. La sensibilité se réveille à 1 ou 2 centimètres de la ligne médiane ; à ce niveau, dit M. Magnan, existe une zone neutre, l'entrecroisement des extrémités nerveuses explique ce fait.

Le sens dit musculaire est diminué ou a disparu. Joignons à cela une anesthésie du pharynx, de la conjonctive, du gland, etc. Du côté des yeux il y a de l'amblyopie, une dyschromatopsie unilatérale. L'ouïe est affaiblie.

Cette hémianesthésie est tellement semblable à celle des hystériques, que M. Magnan se croit obligé de dire que, chez les hystériques, l'hémiplégie sensitivo-motrice est plus fréquente à gauche.

Quand le mouvement s'améliore, l'anesthésie persiste.

Chez ces hémianesthésiques alcooliques, les vertiges, les attaques *apoplectiformes* et *épileptiformes* se montrent avec plus de fréquence. M. Magnan admet que ces troubles si singuliers de la sensibilité ne se montrent pas seulement chez les alcooliques, il reconnaît volontiers qu'ils doivent tenir à un simple trouble fonctionnel comme chez les hystériques.

En cherchant dans les travaux publiés sur ce sujet, nous aurions trouvé à critiquer une foule d'observations semblables à celles de MM. Dagonnet et Magnan, qui nous ont semblé des modèles du genre.

En 1879, nous trouvons une jolie observation d'hémianesthésie alcoolique, qui est consignée à la page 49 du *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux* (1879). M. Debove, l'auteur de cette observation, a vu, chez un alcoolique, une hémianesthésie disparaître sous l'influence de courants continus très faibles.

Dans sa leçon du 26 juin 1886, dont nous avons déjà parlé à propos des hémianesthésies saturnines, M. le professeur Charcot, pour la première fois, se demande si, comme pour le saturnisme, on n'avait pas à faire à l'hystérie. Il présente à son cours un ancien cuirassier, ancien infirmier, ancien garçon d'amphithéâtre, surtout ancien alcoolique. Pendant quatre ou cinq ans, cet homme a absorbé un litre d'alcool par jour. Outre ses états de service personnels, le nommé C. a eu un père violent et joueur, un oncle qui paraît avoir été ataxique.

Sa mère est hystérique.

Donc d'un côté alcool, de l'autre hérédité névropathique, c'était plus qu'il n'en fallait pour faire un hystérique. M. Charcot n'eut pas de peine à démontrer ce fait, en prouvant que la prétendue épilepsie alcoolique du malade était constituée par des attaques d'hystérie classique, qu'il avait des zones hystérogènes, de l'amblyopie, du rétrécissement du champ visuel, la diathèse de contracture, etc.

Le malade avait cela de particulier que ses hallucinations (hystériques, puisqu'elles survenaient pendant les crises, au moment des attitudes passionnelles) gardaient le caractère terrifiant des hallucinations alcooliques.

Au moment où nous écrivons cette Revue, M. F. Dreyfous publie dans l'*Union médicale* plusieurs observations d'hystérie alcoolique, autrefois décorées du titre d'*hémianesthésie dans l'épilepsie* (Mémoire présenté au concours pour les prix de l'Internat, 1877). Malgré l'étiquette primitive ces observations confirment la manière de voir de M. Charcot.

III

Mercure. — Après le plomb vient le mercure. C'est au mémoire de notre excellent maître M. Letulle que nous avons recours pour établir notre historique.

Dans une première phase l'hémiplégie sensitivo-motrice, de nature hystérique, mais imputée au mercure seul, est encore dans les nuages, elle est mal décrite symptomatiquement ; la théorie des lésions périphériques fait négliger les manifestations pathologiques d'origine centrale.

M. Letulle cite pourtant, dans la thèse de M. Schoul (Paris, 1881), l'histoire d'un malade sécréteur depuis dix ans, trembleur depuis dix ans, atteint d'une contracture des muscles fléchisseurs du bras et de l'avant-bras qui persistait encore au bout d'un mois de traitement antimercuriel, avec tendance à la pronation forcée.

M. Kussmaul observe un certain nombre de malades hydrargyriques qui ont une exaltation singulière de la sensibilité psychique et une émotivité spéciale ; des hallucinations, des attaques d'apoplexie, des accès épileptiformes ??... Le mercure a bon dos, tout cela lui est imputé.

Mais voilà qu'en 1877 les faits se précisent. M. Jean publie, dans la *France médicale*, deux observations d'intoxication mercurielle, avec paralysie diffuse et hémianesthésie.

Les deux observations de M. Jean se retrouvent dans la thèse de M. Hallopeau (Agrég. 1878).

M. Aigre rapporte, dans sa thèse sur la métallothérapie externe (1879), la guérison d'un des malades de M. Jean, par un aimant. L'observation d'un nommé S..., déjà consignée dans la thèse de M. Hallopeau, revue et complétée dans le service de M. Rendu, reparaît dans la thèse de M. Destay sur la *Paralysie mercurielle* (1879)

C'est donc le troisième cas d'hémianesthésie mercurielle.

M. P. Maréchal, dans sa thèse (*Des troubles nerveux dans l'intoxication mercurielle lente*, Paris, 1885), publie une quatrième observation de ce genre.

M. Letulle étudie minutieusement les symptômes qu'ont présentés les quatre hémianesthésiques qu'il qualifie plai-

samment d'*officiels*. Nous relevons avec lui à la charge de l'hystérie : l'apoplexie, l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle, les troubles diffus des sens spéciaux, des hémi-contractures, la contraction spasmodique des muscles de la jambe hémiplégiée, quand le pied heurte une aspérité, une céphalalgie quotidienne guérie, et les troubles sensoriels améliorés par des plaques métalliques ; le transfert pour la vision colorée, après guérison de l'hémianesthésie.

Tout cela, dit M. Letulle, proclame la pure et simple névrose.

M. Letulle dit que l'on ne peut guère objecter la rareté des observations publiées, lui-même a donné, en 1886, dans les *Archives de Physiologie*, un exemple de paralysie mercurielle limitée au membre supérieur.

Si l'on voulait chercher dans les recueils de pathologie mentale, on retrouverait bien souvent des troubles qui constituent l'hystérie psychique : attaques de larmes, frayeurs, hallucinations. Tout cela, dans la thèse de M. Hallopeau, est rapporté au mercurialisme.

Terminons, dit M. Letulle, en disant que l'hémiplégie motrice et sensitive et l'apoplexie sont, jusqu'à maintenant, les grands liens de filiation qui existent entre l'hystérie et l'hydrargyrisme chronique. Il est bien probable que, pour peu qu'on observe, on sera à même, pour le mercure comme pour le plomb et l'alcool, de joindre à ces manifestations hystériques précitées, les *tremblements*, les ataxies, les paralysies localisées, des mutismes et des troubles psychiques dont on devra chercher la vraie raison d'être dans l'hérédité névropathique.

IV

Nous croyons qu'il est maintenant démontré, d'une façon indubitable, qu'il y a une hystérie toxique. Le plomb, l'alcool, le mercure et peut-être beaucoup d'autres poisons provoquent, chez des prédisposés ou même chez des gens indemnes jusque-là de tout nervosisme antérieur, des accidents, consistant surtout en hémiplégies sensitivo-motrices, en attaques qualifiées d'apoplectiformes ou d'épileptiformes, etc., autrefois attribuées aux toxiques et aujourd'hui classées dans les manifestations hystériques. M. Charcot peut être considéré comme le vrai créateur de l'hystérie toxique. Après avoir, dans ses leçons (*Progrès médical*, 1886), prouvé l'existence de l'hystérie masculine, il lui a été facile d'en déduire l'hystérie toxique comme un simple corollaire.

Voyons donc comment se comporte cette hystérie.

Sa fréquence paraît assez grande, maintenant que l'attention est attirée de ce côté. M. Achard, qui n'a pris cependant dans les observations publiées jusqu'à lui que les relations d'hystéries toxiques, ayant présenté le symptôme apoplexie, trouve 8 cas probants.

L'hystérie toxique n'est donc pas une rareté pathologique.

Le sexe masculin, plus exposé que le sexe féminin à l'action nocive du plomb, de l'alcool et du mercure, est plus souvent atteint.

L'âge paraît indifférent. La maladie s'observe non seulement chez des sujets jeunes et dans la force de l'âge, mais aussi, bien que plus rarement, chez des vieillards de soixante et un et de soixante-cinq ans.

La profession, on le comprend, a une importance capitale.

Quel est maintenant le terrain sur lequel opèrent le mieux les poisons cités plus haut? C'est parfois chez des individus manifestement hystériques, que surviennent les accidents ; mais, d'autres fois, au contraire, c'est, cachée sous les dehors trompeurs de l'intoxication saturnine ou alcoolique, que la névrose évolue, c'est alors, comme l'a démontré M. Achard, une apoplexie ou bien encore une attaque reconnue hystérique ou méconnue, qui semble la première manifestation de la névrose.

Quelle est maintenant l'action directe des toxiques sur la production du mal hystérique ? Dans presque toutes les observations, la névrose s'est produite chez de vieux intoxiqués. Si la comparaison n'était pas trop osée, nous dirions que l'hystérie toxique est un accident tertiaire des intoxications. Cependant, en pareille matière, on ne peut porter de lois rigoureuses. Nous voyons l'hystérie toxique se développer de bonne heure et chez de jeunes sujets. C'est au bout de deux ans seulement d'intoxication plombique, que les accidents nerveux se sont produits dans un cas. Il est donc indispensable de tenir compte du genre de vie, des chocs moraux, de l'usure physiologique des sujets. Enfin, il faut, pour l'hystérie toxique comme pour l'hystérie traumatique, penser à la vraie cause des accidents de ce genre, c'est-à-dire à l'hérédité nerveuse et arthritique qu'en fin de compte on ne peut manquer de trouver si on la cherche.

Il est de par le monde des gens en quête d'une occasion de devenir hystériques. Chez ces candidats à l'hystérie tous les prétextes sont bons. Pour l'un c'est une chute, pour l'autre l'alcool. Pour celui-ci une contrariété morale, pour celui-là l'intoxication mercurielle. On a voulu faire de cette hystérie-là une hystérie spéciale ; après l'avoir reconnue pour telle on a éprouvé le besoin de faire des restrictions et de dire : c'est une *hystérie symptomatique*. Nous ne voyons pas la raison d'être de cette dénomination. Qu'on accole au nom de la maladie la raison étiologique et qu'on dise hystérie toxique comme on dit néphrite saturnine ou pneumonie *a frigore* : c'est bien ; mais hystérie symptomatique laisse supposer une différence quelconque dans le tableau des symptômes et c'est ce qui n'est pas.

La proposition ainsi formulée n'est pas tout à fait vraie. Il y a quelques légères différences dans l'énoncé symptomatique des hystéries vulgaires et des hystéries toxiques. M. le professeur Charcot, dans une de ses leçons de policlinique du mardi, a bien développé ce point de détail qui a une grande importance en philosophie naturelle : *Les intoxications n'ont qu'une importance réduite sur la production des phénomènes hystériques, mais elles ont une influence énorme sur la forme des accidents.*

M. Potain, dans une leçon que nous avons déjà citée, montre un garçon saturnin avéré qui a une paralysie des extenseurs d'un côté, c'était bien saturnin... Mais cette paralysie ne s'accompagne pas des réactions électriques habituelles ; enfin, cette étrange paralysie saturnine se transfère sous l'influence d'un aimant.

Que conclure de ce fait qu'on aurait pu (avant la connaissance de l'hystérie) qualifier d'inouï, de renversant ?

Que l'hystérie, maladie fonctionnelle, tout en se produisant avec son cortège habituel de symptômes connus, a simulé, du fait du terrain sur lequel elle évoluait, la plus positive et la plus fixe des paralysies organiques, la paralysie névritique des extenseurs.

Autre exemple : M. Charcot nous montre un syphilitique avéré ; cet homme est devenu hystérique et il a été frappé comme pouvait et comme devait l'être un syphilitique, il a eu de la céphalée... non plus syphilitique, nocturne, modi-

fiable par le traitement, sans hyperesthésie cutanée, mais *hystérique* sous tous ses aspects.

Ce malade a également une hémiplégie à caractère hystérique. Morale de tout cela : l'hystérie, sans mériter jamais le nom d'*infectieuse*, peut, quand elle évolue chez un infectieux, simuler les symptômes organiques habituellement produits par la maladie infectieuse.

Mais, de même qu'on doit rejeter absolument l'ataxie syphilitique, la chorée rhumatismale, on ne doit pas admettre une hystérie symptomatique d'une infection ou d'une intoxication avec cette arrière-pensée qu'elle tient de l'infection ou de l'intoxication sa raison d'être principale et sa caractéristique symptomatique.

Il y a un déterminisme en tout, rien ne se fait sans cause, un homme est un goutteux latent, il reçoit un coup sur le genou, il lui vient une arthrite goutteuse de cet article.

Nous disons bien aux goutteux : évitez les coups ! Nous devons dire aux prédisposés nerveux : évitez la syphilis, les traumatismes, l'alcool, le plomb et le mercure, capables d'aider chez vous au développement de l'hystérie.

V

Que nous reste-t-il à dire maintenant que nous avons conclu à l'identité symptomatique de l'hystérie toxique et de l'hystérie provoquée par une autre cause occasionnelle ? Bien peu de chose, ne voulant pas et n'ayant pas à faire ici la description des accidents hystériques.

Pour ce qui est du diagnostic, nous ne donnerons que des indications générales. Quand, chez un homme que nous savons saturnin, alcoolique ou mercuriel, nous rencontrons des symptômes embarrassants, nous devons penser à l'hystérie, chercher les stigmates de cette névrose, et enfin voir dans l'insolite des phénomènes ce qui est comme la griffe, la *marque de fabrique*, si j'osais employer cette expression, de l'intoxication qui a aidé au développement des accidents nerveux.

Le pronostic est incertain. On est là, la plupart du temps, en présence de l'*hystérie grave*, longue, insidieuse. M. Renaut, dans sa thèse d'agrégation, a insisté sur les troubles organiques profonds que produit le plomb sur les centres nerveux, il est possible que cette altération, aussi profonde du reste dans le mercurialisme et l'alcoolisme chronique, constitue un terrain sur lequel l'hystérie se plaît à s'éterniser. Les guérisons sont fréquentes, fréquentes aussi sont les rechutes. Un malade de M. Letulle a été successivement soigné et guéri par sept ou huit médecins des hôpitaux.

Le traitement doit être dirigé contre deux causes de troubles :

D'abord contre l'intoxication et la cachexie plus ou moins rapide qu'elle entraîne, enfin, contre l'hystérie elle-même qu'on attaque par les moyens habituels.

En supprimant ainsi les hémiplégies sensitivo-sensorielles d'origine toxique en tant qu'espèce séparée et en les faisant rentrer dans le grand cadre de l'hystérie vulgaire, les auteurs dont nous avons cité les noms ont rendu un grand service, en étudiant mieux les faits, d'abord, enfin en simplifiant la nomenclature médicale.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 9 janvier 1888, ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Gouvernement militaire de Paris. — *Au grade de pharmacien aide-major de première classe.* — M. Midy.

4e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — MM. les médecins aides-majors de première classe Rocher et Raimbert.

5e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Bertrand, ancien chef de clinique, et Walther, prosecteur des hôpitaux de Paris.

6e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Variot, ancien chef de clinique, et Durand-Fardel, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris.

Au grade de pharmacien-major de deuxième classe. — M. Haller, agrégé de la Faculté de médecine de Nancy.

7e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. le médecin aide-major de deuxième classe Marie, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris.

10e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. le médecin aide-major de deuxième classe Chaput, prosecteur à la Faculté de médecine de Paris.

12e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de première classe.* — MM. les médecins-majors de deuxième classe de Fornel et Simbat.

14e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Rabot, médecin des hôpitaux de Lyon, et Imbert, chef de clinique à la Faculté de médecine de Lyon.

15e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. le médecin aide-major de deuxième classe Louge, prosecteur à l'École de médecine de Marseille.

16e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Redier et Baumel, chefs de clinique à la Faculté de médecine de Montpellier ; Mossé, agrégé à ladite Faculté.

18e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. le médecin aide-major de deuxième classe Régis, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris.

Brigade d'occupation de Tunisie. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. le médecin aide-major de deuxième classe Chevalier, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Bordeaux.

— Par application des dispositions de l'article 37 de la loi du 13 mars 1875, M. le médecin-inspecteur Védrènes, directeur du service de santé du gouvernement militaire de Lyon et du 14e corps d'armée, est placé, à dater du 13 janvier 1888, dans la 2e section (réserve) du cadre des médecins-inspecteurs de l'armée.

— Par arrêté ministériel, en date du 11 janvier 1888, la chaire de pathologie comparée et expérimentale de la Faculté de médecine de Paris est déclarée vacante.

— L'Association française pour l'avancement des sciences continue la série des conférences instituées primitivement par l'Association scientifique avec laquelle elle est fusionnée. Ces conférences auront lieu cette année dans le grand amphithéâtre de l'Hôtel des Sociétés savantes, au coin de la rue Serpente et de la rue des Poitevins, le samedi à huit heures et demie du soir, du 21 janvier au 17 mars.

Pour la délivrance des cartes d'entrée, s'adresser au Secrétariat de l'Association française, Hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente, tous les jours de neuf heures à cinq heures.

Des places seront assurées dans l'enceinte réservée aux membres de l'Association qui en feront la demande et aux personnes qui souscriront un abonnement de 5 francs pour la série des conférences de l'année.

Programme des conférences. — Professeur Verneuil : Nature et origine du tétanos. — M. M. Albert : Une nouvelle collection du Musée du Louvre ; les statuettes de Myrina. — M. de Lacaze-Duthiers : Le monde de la mer et ses laboratoires. — M. Napoli : La téléphonie ; la téléphonie à grande distance. — M. G. Berger : L'Exposition universelle de 1889. — M. le docteur Raphaël Blan-

chard : Les ennemis de l'espèce humaine ; une page d'hygiène alimentaire. — M. G. Rolland : L'Oued Rir' et la colonisation française au Sahara. — M. Eiffel : Les grandes constructions métalliques. — M. Daymard : Les Progrès récents de la navigation à vapeur.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Blanc (d'Anduze), Savornin père (de Paris) et Vanzetti (de Padoue).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Paléoethnologie. De l'Antiquité de l'homme dans les Alpes Maritimes, par Émile Rivière. — L'ouvrage, couronné par l'Académie des sciences (prix Vaillant, concours de 1884), forme un beau volume gr. in-4°, de XVIII-340 pages avec 24 planches en chromolithographie, par J. Pilloy, et 96 gravures sur bois intercalées dans le texte. — Prix : 60 francs. — Il a été tiré 25 exemplaires sur papier de Hollande, dont le prix est de 96 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Diagnostic et traitement des maladies du cœur, par M. Constantin Paul, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Lariboisière, professeur agrégé à la Faculté de médecine. Ouvrage couronné par l'Académie des sciences (prix Montyon, 5 mai 1884) et par la Faculté de médecine de Paris (prix Chateauvillard, 15 janvier 1885). Deuxième édition, revue et corrigée. 1 vol. in-8° de 975 pages, avec 130 figures et une planche en chromolithographie. — Prix : 16 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

L'évolution du mariage et de la famille (*Bibliothèque anthropologique*, tome VI), par M. le professeur Letourneau. 1 vol. in-8°. — Prix : 7 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye et E. Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 22205

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Plusieurs communications intéressantes ont rempli cette séance. Nous signalerons la communication de M. Danion, sur les dangers des hautes intensités galvano-caustiques chimiques, notamment dans leurs applications au traitement des affections utérines. Témoin de graves accidents qu'il a vu se produire, en dépit des plus minutieuses précautions, par l'application de cette méthode à hautes intensités, M. Danion a fait sur des lapins une étude expérimentale électro-physiologique de ces hautes intensités, qui lui ont démontré que les hautes intensités galvano-caustiques chimiques déterminent des congestions souvent violentes, fréquemment suivies d'inflammation des organes intéressés, semblables aux résultats cliniques constatés dans le traitement des affections utérines. Par contre il a constaté, dans ses expériences, que les moyennes et basses intensités sont complètement inoffensives et peuvent produire en pratique d'aussi bons effets sans aucun danger.

Une étude faite en collaboration par MM. Hanriot et Ch. Richet sur les variations des échanges respiratoires avec la ventilation pulmonaire, sous l'influence du sommeil, les a conduits à constater que, lorsqu'on cherche à retenir ou à accélérer sa respiration, la quantité d'acide carbonique excrété varie beaucoup pendant les premières minutes, tend rapidement à revenir au chiffre normal, en le dépassant même pour compenser la variation produite au début ; ce qui prouverait que sa production est indépendante de la fréquence des mouvements respiratoires.

Tous les physiologistes avaient confirmé le fait, déjà mis en évidence par Lavoisier, de l'influence considérable du travail musculaire sur la production de l'acide carbonique, mais aucun n'avait signalé l'extrême sensibilité de ces variations qu'ils viennent de constater. L'état de sommeil ou de veille ne leur a paru avoir qu'une influence minime sur ce phénomène. La faible diminution qu'ils ont observée leur paraît tenir, ainsi que la moindre rapidité des combustions, à la résolution musculaire plus grande pendant le sommeil et, en particulier, pendant le sommeil hypnotique.

M. Poncet (du Val-de-Grâce) a eu l'occasion d'étudier, sur des yeux énucléés, les déterminations oculaires de la lèpre tuberculeuse. Cette étude lui a permis de constater des particularités très curieuses de l'évolution du bacille spécial de la lèpre, notamment ce fait que le bacille envahit la région de l'œil de la superficie dans la profondeur, bien qu'il ne vive pas dans l'épithélium cutané ou glandulaire.

L'attention de l'Académie a été surtout fixée par une communication de M. Ossian Bonnet, l'un de ses nouveaux correspondants, sur le mal de mer, qu'il a eu l'occasion d'observer, d'étudier et de traiter, pendant les fréquents voyages maritimes qu'il a faits dans ces dernières années. Le point essentiel de cette communication est l'excellent effet qu'il a obtenu de l'usage l'antipyrine ou mieux de l'analgésine dans le traitement de cette bizarre affection. On lira avec intérêt, dans le compte rendu, la petite discussion qui a suivi cette lecture et les explications complémentaires qu'elle a fourni à M. Bonnet l'occasion de donner sur quelques points litigieux de l'histoire du mal de mer.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Potain.

Rhumatisme aigu, hypertrophie ventriculaire, rétrécissement mitral et insuffisance tricuspidienne.

Nous avons, à la salle Saint-Charles, un malade des plus intéressants par les phénomènes inaccoutumés, étranges, qu'il présente. Il s'agit d'un homme depuis longtemps dans le service et qui, un de ces derniers soirs, après avoir soulevé et porté pendant quelques instants un broc de vin assez lourd, fut pris tout à coup d'une douleur intense dans un des côtés du ventre. Cette douleur persista non seulement pendant la nuit, mais encore le lendemain matin.

Agé de quarante-cinq ans, cet individu avait déjà été dans nos salles, pour une affection cardiaque remontant à une époque reculée. En effet, en 1856, il avait eu un rhumatisme aigu généralisé et, depuis cette époque et surtout à partir de 1870, il a conservé une très grande tendance à s'enrhumer tous les hivers et crache de temps à autre du sang. Mais ce n'est qu'en 1880 qu'il a commencé à éprouver des palpitations et un peu de dyspnée ; celle-ci a augmenté peu à peu d'intensité et s'est compliquée en 1884 d'un œdème des extrémités inférieures et de douleurs abdominales. Puis, au mois de juillet de la même année 1884, après avoir perdu subitement connaissance, sans paralysie cependant, il entra à

l'hôpital Necker avec une anhélation constante, les membres inférieurs œdématiés, un peu d'ascite, un certain degré d'hypertrophie cardiaque, des battements du cœur irréguliers, un souffle systolique s'entendant au milieu du bord droit du cœur, un pouls filiforme, des battements veineux dans les jugulaires, des battements hépatiques, quelques râles dans les deux côtés de la poitrine, etc.

Bref, il s'agissait d'une lésion du cœur, d'une hypertrophie avec insuffisance tricuspidienne, caractérisée par un souffle systolique et des pulsations considérables dans les jugulaires. A ces phénomènes s'ajoutait aussi un ronflement diastolique, ayant son maximum d'intensité à la pointe.

L'histoire de la maladie peut donc se résumer ainsi : début en 1856, rhumatisme articulaire, rétrécissement mitral, dilatation progressive des cavités droites du cœur, insuffisance tricuspidienne consécutive.

Depuis l'époque où j'ai vu cet homme pour la première fois, j'ai pu observer, dans son état, des modifications considérables. C'est ainsi que, au moment de son arrivée, le cœur était extrêmement volumineux et qu'au bout d'une quinzaine de jours, sous l'influence du repos, du lait et de la digitaline, il a peu à peu diminué de volume. Puis, de temps à autre, sous l'influence d'une alimentation trop copieuse, par exemple, ou d'un peu de fatigue, l'organe cardiaque s'hypertrophiait de nouveau pour diminuer encore grâce au régime lacté, à la digitale et au repos.

Plusieurs fois nous avons observé ces alternatives de diminution et d'augmentation de volume du cœur ; tout en remarquant qu'avec le temps la diminution était moins accentuée que les premières fois. Cependant, au mois de février de l'an dernier, nous avons encore assisté à une diminution très notable de son hypertrophie. Quoi qu'il en soit, toujours est-il qu'il y a, chez ce malade, association de l'insuffisance tricuspidienne et du rétrécissement mitral.

Les souffles ne sont pas toujours suffisamment nets pour en distinguer l'origine, et de plus, quelquefois, comme dans le cas présent, les deux phénomènes, insuffisance et rétrécissement, se trouvent associés; aussi, dans ces conditions, l'examen des vaisseaux veineux du cou apportent-ils un élément important pour le diagnostic, je veux parler de l'importance capitale du pouls veineux. Un de mes anciens collègues avait même cru pouvoir édifier toute une théorie sur les battements que l'on peut observer dans les veines.

L'insuffisance tricuspidienne peut se produire de deux façons différentes : 1° par la dilatation de l'orifice tricuspidien lui-même, ce qui est l'exception, car s'il n'existe pas en même temps de l'endocardite, les valvules s'accroissent en rapport avec cette dilatation ; 2° par la dilatation de la cavité ventriculaire qui s'allonge de telle sorte que la pointe du cœur se trouve déplacée et bat en dehors du mamelon, à une distance pouvant atteindre 4 à 5 centimètres. C'est là le mécanisme le plus ordinaire de cette insuffisance que l'on peut aussi faire apparaître presque à volonté sous l'influence d'inspirations un peu forcées, tandis que les expirations également forcées la font disparaître. L'insuffisance tricuspidienne peut être ainsi le résultat de la rétraction valvulaire, suite d'endocardite ; c'est même le cas de notre malade, d'où la difficulté de la faire disparaître.

Mais, même chez les malades atteints d'insuffisance tricuspidienne, les veines jugulaires ne sont pas toujours distendues par l'ondée sanguine sous l'influence de la systole ventriculaire, par exemple, lorsque la valvule de la veine fonctionne suffisamment bien pour protéger les vaisseaux contre le flot sanguin, et alors le pouls veineux ne se produit pas. En effet, pour qu'il y ait pulsation de la jugulaire, il faut, en plus de l'insuffisance tricuspidienne, insuffisance des valvules de ces vaisseaux ; mais comme toute la jugulaire n'est pas au-dessus de cette valvule, et qu'une partie ou bulle se trouve au-dessous, celle-ci peut se distendre sous l'influence de l'ondée sanguine et laisse apercevoir par suite des battements veineux au moment de l'arrivée du flot sanguin.

D'autre part, malgré la grande amplitude des battements veineux, la veine est si dépressible que le doigt appuyé sur elle peut ne rien percevoir du pouls veineux.

Pendant longtemps on a pensé que cette amplitude des jugulaires était toujours un signe absolu d'insuffisance tricuspidienne. C'était là une erreur. En effet, il y a un certain nombre d'années, attaché à l'hôpital Saint-Antoine, je fus frappé, en m'approchant du lit d'une jeune fille, de voir une petite croix d'or, suspendue à son cou, agitée par des mouvements réguliers et incessants. Tout d'abord, je pensai à un soulèvement produit par les battements artériels; cependant un examen attentif me démontra qu'ils ne coïncidaient pas du tout avec les pulsations de l'artère. Je dus alors les attribuer au soulèvement de la jugulaire. Cependant, je ne trouvais chez cette jeune malade aucun trouble cardiaque. A ce moment, on savait que les battements des jugulaires pouvaient être liés aux mouvements respiratoires ; ces battements étaient connus sous le nom d'oscillations respiratoires des jugulaires, mais c'était tout ce qu'on en savait. Je me mis à étudier ces mouvements et publiai quelque temps après, dans les bulletins de la Société médicale des hôpitaux, un travail sur ce sujet, dont la conclusion était que, à l'état normal, les veines pouvaient être le siège de mouvements d'une amplitude parfois considérable, notamment chez certains sujets chlorotiques en dehors de toute lésion cardiaque.

Vous le voyez, l'amplitude des mouvements, dont les jugulaires sont le siège, peut n'avoir aucune signification au point de vue de l'insuffisance tricuspidienne. Or, s'il en est ainsi, si, chez l'homme sain, nous pouvons trouver des battements analogues à ceux que l'on rencontre chez l'homme malade, il nous faut de toute nécessité trouver autre chose qui nous permette de faire le départ de ce qui appartient à l'un ou à l'autre. Ce quelque chose, c'est le rapport entre le tracé du pouls artériel et celui du pouls des jugulaires.

Le pouls veineux commence avec la systole ventriculaire, sous l'influence de l'ondée sanguine lancée par le ventricule droit et arrivant à la jugulaire, sa durée est celle de toute la systole ventriculaire. Et ce mouvement est en rapport avec celui de l'artère radiale. Or, quand il n'existe aucune lésion du cœur, le mouvement commence dès la présystole, puis la systole ventriculaire se produit et, après le pouls artériel, le soulèvement de la veine s'affaisse.

On peut encore observer, du côté des jugulaires, un certain mouvement, c'est celui qui leur est communiqué par les artères ; c'est à un ébranlement par voisinage. Ainsi, par exemple, dans les cas de dilatation de la crosse de l'aorte, les jugulaires peuvent être le siège de mouvements très brusques, mouvements synchrones avec le pouls, mais qui n'ont pas la durée du pouls veineux dû à l'insuffisance tricuspidienne.

C'est donc, en résumé, le synchronisme du pouls veineux avec la pulsation artérielle, ayant toute la durée de la systole ventriculaire, qui est réellement caractéristique de l'insuffisance.

De plus, on observe du côté de la veine cave inférieure, et par suite du côté de ses affluents sushépatiques, un phénomène analogue à celui de la veine jugulaire, dans le cas d'insuffisance tricuspidienne ; c'est ce que l'on appelle le pouls veineux du foie. Ce phénomène n'est pas très anciennement connu. Un jour, à l'hôpital Necker, on amenait un malade avec une ascite telle, que l'oppression m'avait fait recommander à mon interne de faire dans la soirée même la paracentèse abdominale, si les phénomènes respiratoires présentaient une intensité plus grande. Cette opération fut en effet pratiquée le jour même et donna issue à une quantité considérable de liquide. Le ventre se trouvant aussitôt après considérablement affaissé, mon interne ne fut pas peu surpris de sentir des battements violents dans la partie supérieure du ventre et crut par suite à l'existence d'une ectopie du cœur. Or, il n'en était rien et ces battements se passaient dans l'organe hépatique : ils étaient la conséquence d'une insuffisance tricuspidienne.

Ce pouls hépatique, nous le retrouvons aussi chez notre malade dont le foie est volumineux, et ses battements sont synchrones avec la systole ventriculaire. Ils sont même, en général, beaucoup plus constants que dans les jugulaires, en ce sens que les veines hépatiques n'ont pas, comme celles-ci, de valvules pouvant arrêter l'ondée sanguine.

Cependant les battements hépatiques manquent quelquefois, c'est dans le cas de sclérose du foie. D'autre part, les battements du foie se perçoivent pour ainsi dire avant ceux des jugulaires.

En résumé, ce sont la durée et le synchronisme des battements veineux avec la systole ventriculaire qui leur donnent leur véritable valeur au point de vue de l'insuffisance tricuspidienne ; ou mieux, c'est l'affaissement de la veine au moment de la systole ventriculaire et la durée de la tension de la jugulaire, pendant toute la durée de la systole ventriculaire, qui donnent au pouls veineux le caractère de l'insuffisance tricuspidienne.

Quant à notre malade, comme je l'ai dit en commençant, il est atteint d'insuffisance tricuspidienne et, de plus, on perçoit un bruit assez intense, bruit de frottement de cuir neuf, extra-cardiaque, qui se passe dans le péritoine et est le résultat d'un certain degré de périhépatite aiguë.

HOPITAL NECKER. — M. Le Fort.

Végétations préputiales et traitement des tannes ou kystes sébacés du cuir chevelu.

Nous allons tout à l'heure pratiquer sur un de nos malades une petite opération pour le débarrasser des restes de deux tannes du cuir chevelu. Déjà, il y a quelques jours, j'ai fait subir à ce même individu une autre petite opération qui avait pour but de lui enlever des végétations préputiales. C'est de cette intervention que je veux, tout d'abord, vous entretenir.

Cet homme, qui n'a jamais eu d'affection vénérienne, a vu survenir, il y a quelques mois, des végétations sur la face muqueuse de son prépuce, dans la rainure glando-préputiale. Une moitié de cette rainure ne présentait que des granulations assez petites qui formaient un chapelet continu ; mais, vers la face dorsale, elles constituaient une masse allongée, assez volumineuse pour ne pas permettre au prépuce de recouvrir le gland, et gênaient considérablement le coït. C'est pour s'en faire débarrasser que le malade est entré à l'hôpital.

Je laisse de côté ce qui regarde l'anatomie pathologique, les symptômes et le diagnostic de cette affection si facile à reconnaître, pour ne vous parler que du traitement.

Lorsque les végétations sont petites, disséminées, on emploie assez souvent la cautérisation. Mais, pour peu qu'elles soient volumineuses, et chez les femmes surtout elles atteignent parfois un volume énorme et couvrent toute la vulve, on a recours à l'excision, le plus souvent avec des ciseaux courbes. L'opération faite ainsi présente des inconvénients et des difficultés.

Les végétations, pendant qu'on les excise, donnent lieu à un écoulement sanguin assez abondant ; de plus, pour les rendre plus saillantes et les empêcher d'échapper à l'action des ciseaux, on les soulève avec une pince, mais avec elle on soulève aussi, forcément, la peau et on risque fort de l'exciser avec les végétations qui s'élèvent de sa surface.

C'est pourquoi j'emploie, depuis trente ans, un procédé extrêmement facile, très rapide, qui ne donne lieu qu'à un faible écoulement de sang : c'est le grattage.

Voici comment j'ai été amené à l'employer. Alors que j'étais aide d'anatomie à la Faculté, un de mes collègues me demanda mon avis pour un de ses élèves qui portait, dans la rainure glando-préputiale, quelques végétations. On les avait détruites plusieurs fois par divers caustiques, en particulier par l'acide chromique, alors nouveau en thérapeutique, mais il y avait toujours récidive. Or, en voulant étudier le mode d'implantation de ces végétations, j'en attirai une avec l'ongle, et elle se déracina en quelque sorte, en laissant à sa place une petite cupule. Je continuai sur les autres et je les arrachai ainsi avec l'ongle ; il n'y eut pas de récidives.

Plus tard, lorsque je fus chirurgien à l'hôpital du Midi, j'eus fréquemment à intervenir pour des végétations et j'employai le moyen dont vous m'avez vu me servir chez mon malade. Il est bien simple et une comparaison, quelque peu vulgaire, il est vrai, le fera facilement comprendre : j'agis, comme le ferait une cuisinière qui râcle une carotte avec son couteau. L'opération est, en effet, un véritable râclage ; je tends fortement la peau ou la muqueuse sur laquelle sont implantées les végétations ; je prends l'une des lames d'une paire de ciseaux courbes démontants et je râcle la peau.

Vous avez pu voir, il y a quelques jours, avec quelle rapidité et quelle facilité l'on opère. En moins d'une minute tout a été enlevé par arrachement sans autre lésion de la muqueuse que la plaie saignante et bien superficielle résultant de l'éradication de ces végétations. Il en eût été de même si j'avais eu à nettoyer une vulve tout entière.

Peu importe la saillie de ces végétations, puisque je les atteins par leur base ; l'arrachement donne forcément lieu à un petit écoulement de sang. Je l'arrête d'ailleurs en touchant la petite plaie avec un petit tampon d'ouate imbibé de perchlorure de fer. Cette adjonction répond à deux indications : arrêter le sang, prévenir la récidive en cautérisant la base d'implantation.

Aujourd'hui mon malade est parfaitement guéri et nous n'avons plus à nous occuper que de ses tannes.

En l'examinant, lors de son entrée dans le service, nous avons été étonné de lui trouver sur la tête deux tumeurs peu élevées, mais assez singulières. Leur base était formée par un bourrelet circulaire de peau et, au centre, faisait fortement saillie une sorte de corne noirâtre, très dure.

Pour moi, le diagnostic était facile pour des raisons que

vous allez comprendre : la tumeur était constituée par un bourrelet circulaire de peau qui avait dû recouvrir un kyste sébacé, une tanne. Cette peau avait été détruite sur le sommet de la tumeur, ce qui en restait s'était rétracté, laissant à découvert la matière sébacée qui s'était desséchée, avait pris à sa surface une teinte noirâtre. Elle avait, en effet, la consistance et la couleur d'une corne traversant la peau.

J'ai cru tout d'abord que ces tannes avaient été opérées par mon procédé, mais que le second temps de l'opération n'avait pas été fait ; qu'on avait détruit la peau sur un point avec l'acide nitrique monohydraté, mais qu'on n'avait pas, lors du détachement de l'eschare, enlevé, avec la peau escharifiée, le kyste sébacé lui-même. Il n'en était rien. Ce malade avait été opéré dans un de nos hôpitaux, par un chirurgien qui avait fait une injection de chlorure de zinc dans le kyste, procédé défectueux, comme vous pouvez le voir, car une partie de la peau s'est mortifiée avec la paroi superficielle du kyste. La partie profonde de la paroi du kyste existe toujours et contribue à sécréter de la matière sébacée qui fait hernie à la surface de cette sorte de cratère, la dessèche et prend l'apparence d'une corne.

Le procédé que j'emploie depuis plus de vingt ans est beaucoup plus simple, et il est applicable aux tannes même très volumineuses, même ramollies comme on en trouve quelquefois. Voici en quoi il consiste : il faut avoir à votre disposition de l'acide nitrique monohydraté, jaune, fumant ; vous en trouverez chez tous les pharmaciens, chez tous les marchands de produits chimiques. Il n'en faut que quelques grammes. Je prends un morceau de bois, une allumette dont j'ai brisé la partie phosphorée. J'en trempe l'extrémité dans l'acide et je trace, avec elle, une ligne aussi étroite que possible sur la partie saillante de la tumeur ; je répète séance tenante plusieurs fois l'opération jusqu'à ce que la peau escharifiée ait pris une teinte grisâtre et l'aspect gélatineux.

Lorsque je crois la peau atteinte dans toute son épaisseur, je prends une autre allumette, je la taille en pointe, je trempe cette pointe dans l'acide, je la présente au centre de l'eschare et, en la tournant entre mes doigts, je perfore l'eschare et fais pénétrer cette pointe jusque dans le kyste. Je suis dès lors certain que l'eschare est complète, car si la partie profonde de la peau n'avait pas été suffisamment atteinte, l'allumette ne pénétrerait pas. Tel est le premier temps de l'opération ; il demande cinq minutes et la douleur est minime, sinon nulle. Cela fait, le malade, qui n'a besoin d'aucun pansement, retourne à ses affaires.

Au bout de quelques jours, le travail éliminatoire de l'eschare commence et se poursuit ; après un temps qui varie entre deux ou trois semaines, le sillon d'élimination est complet. L'eschare est devenue noire, dure, et elle est séparée de la peau environnante. C'est le moment d'exécuter le deuxième et dernier temps. Avec le bout d'une sonde cannelée, on constate que la séparation est complète, on glisse le bec de cette sonde sur la peau saine qui recouvre le kyste, afin de bien l'en détacher, puis, avec deux doigts placés des deux côtés de la fente, on écarte la peau, en même temps on saisit avec une pince l'eschare devenue libre, on tire sur elle avec précaution et, dans la grande majorité des cas, le kyste sébacé tout entier, contenant et contenu, sort avec l'eschare à laquelle il adhère. On n'a presque jamais d'écoulement de sang, quelque minime qu'il soit. Jamais, à moins qu'on soit intervenu trop tôt, on n'a besoin de se servir de ciseaux pour détacher la partie profonde du kyste du tissu cellulaire qui l'entoure.

Une compresse, imbibée d'eau alcoolisée camphrée, est placée sur la petite plaie qui résulte de la sortie du kyste. La peau exubérante se rétracte rapidement, se cicatrise et, généralement, en quatre ou cinq jours la guérison est obtenue.

Comment peut-on expliquer le mode d'action de ce procédé? L'explication me paraît simple et facile. L'escharification d'une partie de la peau qui recouvre le kyste diminue encore la vitalité déjà si faible de ce kyste ; le travail inflammatoire qui élimine l'eschare cutanée s'étend au kyste lui-même et lui fait perdre ses connexions avec le tissu cellulaire ambiant, il sort avec l'eschare à laquelle il adhère.

Les avantages du procédé sont considérables ; il est facile dans son exécution, il n'empêche pas les malades de vaquer à leurs occupations, enfin — et c'est là surtout son avantage — il n'expose pas à l'érysipèle, si fréquent après l'extirpation des kystes par l'instrument tranchant. Toutefois, pour que l'érysipèle ne soit pas à craindre, il faut deux précautions :

La première, c'est de n'extraire le kyste que lorsqu'il est bien détaché, car il ne faut pas être exposé à déchirer les petits vaisseaux qui rampent dans le tissu cellulaire. Il ne faut donc pas se hâter de pratiquer le second temps.

La deuxième, c'est de recouvrir la plaie d'un pansement humide bien maintenu jusqu'à ce que cette plaie soit fermée.

Vous comprenez maintenant que chez notre malade, on avait omis de faire le second temps, et pourquoi j'ai cru que, après avoir cautérisé la peau, on n'avait pas, quinze ou vingt jours plus tard, enlevé le kyste. Il n'en était rien ; mais le procédé défectueux employé avait produit le même résultat fâcheux.

Qu'avons-nous donc à faire ? Une petite opération bien simple : je vais vider ce qui reste des kystes, de toute la matière sébacée qu'ils renferment encore, puis avec une cuiller tranchante, je vais râcler la paroi, pour enlever ce qui reste de la poche kystique, car, tant qu'il en restera un lambeau, on peut craindre la récidive.

— C'est ce qu'a fait M. Le Fort et les plaies ont été recouvertes d'un pansement humide. Quatre jours après, la peau s'était recollée aux parties sous-jacentes et la guérison était complète.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 janvier 1888. — Présidence de M. Hérard.

CORRESPONDANCE

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. d'Arsonval qui s'inscrit comme candidat à la place vacante dans la section de physique et de chimie.

2° Un extrait du testament de M. le docteur Alvarenga (du Brésil), qui lègue à l'Académie de médecine de Paris une valeur de la Junte du Crédit public portugais, représentant une vingtaine de mille francs, destinée à la fondation d'un prix annuel qui devra porter son nom et qui sera distribué, e jour anniversaire de sa mort, à l'auteur du meilleur mémoire ou œuvre inédite sur n'importe quelle branche de la médecine.

3° Une lettre de M. le docteur Bougon sur un nouveau moyen de reconnaître la mort réelle.

PRÉSENTATIONS

Variolisation. — M. HERVIEUX, à l'occasion et à l'appui du rapport qu'il a fait dans la dernière séance sur la variolisation des

indigènes d'Algérie, dépose sur le bureau une étude sur ce sujet de M. le docteur Pengrueber (de Palestro), qui démontre une fois de plus les dangers auxquels expose l'inoculation variolique.

Choléra en Espagne. — M. PROUST présente, au nom de M. le docteur Ozer (de Madrid), un travail sur les épidémies de choléra en Espagne.

LECTURES

Dangers et inutilité des grandes intensités galvano-caustiques chimiques. — M. DANION lit un travail sur les dangers et l'inutilité des grandes intensités galvano-caustiques chimiques, notamment dans leurs applications aux affections utérines.

Voici les conclusions de ce travail :

1° Des expériences nombreuses et variées, faites sur les animaux, démontrent que les hautes intensités galvano-caustiques chimiques déterminent des congestions souvent violentes, fréquemment suivies d'inflammation des organes intéressés.

2° Les résultats chimiques obtenus dans le traitement des affections utérines confirment d'une manière nette ces effets d'électro-chimie. Les hautes intensités peuvent dans ce cas déterminer des phénomènes inflammatoires graves.

3° Il n'existe rien, absolument rien pouvant plaider en faveur d'une substitution des hautes intensités aux basses. D'où il suit que la méthode des hautes intensités est non seulement dangereuse mais encore inutile.

4° Les hautes intensités voltaïques non caustiques paraissent inoffensives ; cependant de nouvelles expériences sont nécessaires pour confirmer cette conclusion.

Pathogénie et traitement du mal de mer. — M. OSSIAN BONNET, correspondant, lit un travail sous ce titre. Ayant eu l'occasion d'étudier la naupathie connue sous le nom de mal de mer, dans une série de voyages entrepris depuis une douzaine d'années, je m'étais, dit-il, préoccupé des moyens à employer pour guérir ce mal étrange.

L'hiver dernier, à mon retour en France, ayant suivi les expériences entreprises sur l'analgésine et ayant pris connaissance des communications de M. Germain Sée, j'ai été frappé de l'action que cet agent exerçait sur la diminution du pouvoir excito-moteur de la moelle et j'ai pensé qu'il pouvait être employé dans le traitement du mal de mer que je considère comme d'origine essentiellement nerveuse.

Je n'hésitai pas à entreprendre un voyage à bord d'un bateau de la compagnie des Chargeurs réunis. Pendant les deux traversées du Havre à Buenos-Ayres et de Buenos-Ayres au Havre, j'ai pu recueillir 57 observations qui me paraissent mettre hors de doute l'efficacité absolue de l'analgésine pour la guérison du mal de mer.

Avant de parler du traitement, je crois nécessaire de dire quelques mots de la pathogénie.

Les théories les plus diverses ont été proposées, mais aucune de ces théories ne repose sur des données certaines. Le mal de mer n'a pas de causes absolues et constantes. L'on considère, en général, les nausées et les vomissements comme symptômes caractéristiques de la maladie. Cette opinion est erronée et, jointe à l'incertitude qui règne dans les différentes théories proposées pour expliquer la cause du mal de mer, elle conduit fatalement au doute en ce qui concerne le traitement.

L'embarras gastrique nous paraît, dans la plupart des cas, jouer un rôle très important dans l'explication de la violence des vomissements au début, de la disparition de ces vomissements après quelques jours et enfin de leur retour au milieu de la traversée. Au moment de l'embarquement, en effet, un grand nombre de passagers ont plus ou moins d'embarras gastrique à cause du changement de vie qui précède le départ, les préoccupations morales, etc.

Le mal de mer n'est qu'un vertige. En effet, prenons-le dans ses formes les plus intenses et nous le voyons disparaître ou tout au moins diminuer d'intensité sous l'influence d'impressions les plus diverses, sans qu'aucune cause d'ordre mécanique puisse être alléguée. Quelles sont les causes qui le provoquent?

Le mal de mer est produit principalement par les mouvements du navire. Dans le tangage il se passe les deux faits suivants : 1° au centre du navire les mouvements sont bien moins accentués qu'aux deux extrémités ; 2° au moment de la descente, le navire, par la rotation autour du sommet de la vague, semble s'enfoncer brusquement, d'où effet de vertige analogue à celui qu'on éprouve dans une escarpolette.

Dans le roulis les mouvements de descente ont peu d'amplitude et sont très peu marqués, de sorte que le sentiment de vide est presque nul.

Dans bien des cas, à cette cause principale viennent s'en ajouter d'autres. Ainsi, le matin, on ne ressent aucun malaise tant que l'on conserve les yeux fermés, mais dès qu'on les a ouverts, on voit tous les objets prendre un mouvement lent et le vertige survient.

L'embarras gastrique étant une des causes qui viennent le plus souvent, au départ, en favoriser le développement, il faudra d'abord chercher à combattre cet état. Un purgatif léger suffira le plus souvent.

Si, après l'embarquement, les vomissements se déclarent violents, on doit user encore des purgatifs recommandés ou bien quelquefois administrer un léger vomitif. Si cela n'est pas possible, faites prendre, après chaque vomissement, un demi-verre d'eau tiède, de thé très léger ou d'une boisson aromatique quelconque, mais tiède.

Lorsque l'état de l'estomac sera amélioré et que l'on n'aura plus à craindre la complication qui existe du côté de cet organe, on pourra attaquer franchement le mal de mer par lui-même.

Un seul médicament me paraît, jusqu'à ce jour, donner des résultats incontestables pour arrêter le mal de mer, débarrassé de complications. Ce médicament qui, dans tous les cas où je l'ai employé m'a réussi, est l'analgésine.

Chez 29 sujets la dose de 1 gr. 50 a été suffisante, chez 13 autres je l'ai donnée à la dose de 2 grammes, enfin chez 7 autres j'ai été jusqu'à 3 grammes.

Des résultats obtenus dans ces diverses observations je conclus donc :

1° Que, chez les sujets impressionnables qui, par un temps relativement calme, sont simplement en butte aux vertiges, la dose de 1 gr. 50 sera suffisante ;

2° Que, chez les personnes robustes atteintes de vomissements violents, résultant seulement du mauvais état de la mer, la dose de 2 grammes d'analgésine doit être employée dès le début ;

3° Que, dans le cas où la dose initiale n'aura pas fait disparaître entièrement les accidents, on devra, une demi-heure après, donner une nouvelle dose de 1 gramme que l'on répètera même si les vomissements n'ont pas disparu dans la journée. On pourrait, au besoin, donner ainsi jusqu'à 6 grammes, mais je suis convaincu que, dans aucun cas, cette dose ne sera nécessaire ;

4° Chez les malades qui ne peuvent conserver le médicament pris par la voie stomacale, on doit faire immédiatement et successivement deux injections sous-cutanées de 50 centigrammes.

M. CHATIN. Un jour, en descendant du Havre à Cherbourg avec notre regretté collègue Barth et M. Roger, nous fûmes tous trois malades. Un de mes compatriotes, à qui je racontais le fait, m'apprit qu'il avait à sa disposition une préparation efficace contre le mal de mer, préparation qui lui avait toujours réussi dans ses nombreux voyages. C'est cette préparation que je pourrai faire parvenir à l'Académie, si celle-ci croit utile de nommer une commission pour en examiner les effets.

M. LE ROY DE MÉRICOURT. N'ayant pas employé l'analgésine contre le mal de mer, je ne puis en rien dire ; mais je tiens à m'élever contre les causes attribuées au mal de mer par M. Ossian Bonnet, à savoir l'embarras gastrique. Le mal de mer tient à des causes bien diverses, à des susceptibilités individuelles essentiellement variables. Je pourrais à ce propos vous citer mon auto-observation : j'ai fait huit ans de mer et toujours les allures du navire ont suffi pour provoquer chez moi des vomissements. Je faisais un jour une petite promenade en barque, j'allais à merveille, je fumais ma pipe, quand, au loin, passe une corvette. Aussitôt je me mis à vomir.

Une autre fois, dans une partie de plaisir, à Terre-Neuve, j'étais sur une goëlette ; l'idée nous vint de pêcher la morue ; je descends dans une chaloupe et, à l'instant, je suis pris du mal de mer. Je pourrais vous citer d'autres faits analogues, mais je m'en tiendrai là. Je crois avoir démontré que le mal de mer tient à des causes variables, individuelles ; en outre, je ne pense pas que l'analgésine puisse le prévenir.

M. JAVAL. J'éprouve le mal de mer sur le ponton d'un bateau-mouche. Le chloral est pour moi un remède souverain ; avec 1 gramme de chloral je puis affronter n'importe quelle traversée, cependant je ne veux pas généraliser.

M. ROCHARD. Il existe une tendance à attribuer le mal de mer à un embarras gastrique préalable. C'est absolument erroné. D'autre part, M. Ossian Bonnet est dans le vrai quand il compare le mal de mer à toutes les sensations vertigineuses imaginables, cependant le même individu bien portant supporte bien mieux le mal de mer que lorsqu'il éprouve quelque malaise stomacal, et je pourrais rappeler à ce propos plusieurs exemples d'officiers n'ayant le mal de mer que dans certains pays chauds où la dyspepsie est fréquente. Il y aurait donc là quelque chose de vrai ; mais, encore une fois, la cause n'est pas dans l'embarras gastrique.

Quant au traitement, il est un remède excellent c'est l'alcool, le champagne. D'autres fois, j'ai obtenu chez des passagers de bons résultats avec des frictions belladonées sur le ventre. Je sais également que certains individus sont calmés par le bromure de potassium, d'autres par le chloral.

M. OSSIAN BONNET. Je me suis mal exprimé. Je n'ai pas voulu dire que l'embarras gastrique était une cause déterminante du mal de mer. Je suis convaincu que ce dernier reconnaît bien d'autres causes, mais je persiste à croire que, chez un grand nombre de passagers, au début du voyage, l'embarras stomacal est pour beaucoup dans la facilité du vomissement.

M. JAVAL. L'accoutumance fait que les vomissements diminuent vers la fin du voyage. Cette accoutumance est instinctive ou méthodique. Pour moi j'appartiens à cette dernière catégorie. Il est deux moyens d'éviter le mal de mer : le premier, c'est de garder la notion de la verticale, c'est-à-dire de regarder constamment à l'horizon sans se préoccuper d'autre chose. Un deuxième point, c'est la pression de la masse des viscères abdominaux sur l'estomac. Pour en éviter les fâcheux effets, il suffit de régler son rythme respiratoire sur l'allure du bateau, de faire une forte expiration quand le bateau descend.

Ces deux points sont suffisants selon moi pour éviter le mal de mer et, si jamais le chloral venait à me manquer, je me conformerais à ces deux données.

M. LE FORT. Il faut tenir compte, je crois, de la confiance des passagers dans le médicament autant que de l'action réelle de ce dernier. En effet, l'imagination a une grande influence dans l'espèce. La preuve, c'est que si, au cours d'une traversée, survient un danger sérieux, personne n'a plus le mal de mer.

M. LE ROY DE MÉRICOURT. Ce n'est pas mon avis. Le mal de mer abolit toute espèce de sentiments.

Variations des échanges respiratoires avec la ventilation pulmonaire, et sous l'influence du sommeil. — M. HANRIOT, au nom de **M. CH. RICHET** et au sien, lit un travail sur ce sujet.

Les nombreux observateurs qui se sont occupés de l'étude des échanges respiratoires chez l'homme et chez les animaux se sont bornés à étudier la somme de ces échanges pendant un temps déterminé. MM. Hanriot et Ch. Richet ont repris cette étude en suivant le phénomène pas à pas, c'est-à-dire en déterminant la courbe continue de l'absorption de l'oxygène et de l'élimination de l'acide carbonique pendant les expériences de longue durée.

Ces auteurs ont ainsi constaté que la production d'acide carbonique est indépendante de la fréquence des mouvements respiratoire et que l'excrétion de cet acide, la production qui suit nécessairement, n'est influencée qu'au début. D'autre part l'état de veille ou de sommeil n'a qu'une influence minime sur la quantité d'acide carbonique exhalé.

MM. Hanriot et Richet pensent que la très légère diminution de l'acide carbonique constatée pendant le sommeil tient à la résolution musculaire plus grande que dans l'état de veille.

Comme complément de ces recherches, ils ont étudié l'influence du sommeil hypnotique sur les échanges respiratoires et constaté que les combustions sont moins rapides dans ce dernier état.

Lésions oculaires de la lèpre tuberculeuse. — M. PONCET (du Val-de-Grâce) présente un mémoire et des dessins histologiques sur les lésions oculaires de la *lèpre tuberculeuse.*

Admettant les trois formes léonines, antonines et lazarines de la lèpre, qu'il a étudiées à Mexico, l'auteur pense que le siège des bacilles doit être admis en dedans et au dehors des cellules. Le picro-carmin est un excellent moyen pour reconnaître les cellules multinucléaires lépreuses de Virchow, qui contiennent de grandes quantités de microbes.

M. Poncet a reçu du docteur Zambaco (de Constantinople) des aquarelles représentant les lésions externes, et deux yeux de lépreux qu'il a pu analyser.

Sur les paupières, les bacilles traversent l'épiderme où ils ne restent pas et vont détruire le muscle sur la muqueuse, ils forment de véritables granulations dans le tissu conjonctif, et respectent les glandes. Les lésions vont en croissant d'intensité du bord palpébral à la base de la paupière.

La cornée est envahie à sa périphérie, au limbe sclérotical, et les bacilles pénètrent dans les lames, en suivant le clivage. Les cellules lépreuses forment de véritables abcès parasitaires, les membranes anhistes de Bowmann et Descemet restent longtemps intactes.

La pénétration, dans le globe, se fait à l'angle iridocomien ; toute la surface de l'iris est envahie, puis les bacilles se dirigent vers les procès ciliaires, gagnent le canal de Petit, mais ne traversent pas la capsule du cristallin.

En arrière, plus on s'éloigne des procès, moins la choroïde est malade. Les nerfs ciliaires ne sont enveloppés de cellules à bacilles qu'au niveau du plexus.

En résumé, dans les lésions oculaires de la lèpre tuberculeuse, les accidents marchent de la superficie à la profondeur : de la périphérie de la cornée au centre de la membrane ; de l'angle irien aux procès, par l'iris ; et de la zone ciliaire à la choroïde, en se dirigeant vers le pôle postérieur.

Si la lèpre tuberculeuse, qui semble systématisée dans le tissu connectif, attaque les tissus de la superficie à la profondeur, en respectant l'élément épithélial, il peut être utile, dans le pronostic et le traitement de la maladie, de savoir que le tubercule initial lépreux n'indique pas une lésion de l'économie entière, mais simplement un accident local qui se généralise par la voie qu'a choisie le microbe.

ÉLECTIONS

L'Académie procède à l'élection de deux correspondants étrangers (première division).

Le classement des candidats est le suivant :

En première ligne, M. le professeur Magnus Huss (de Stockholm); en deuxième ligne, M. le professeur Botkin (de Saint-Pétersbourg) ; en troisième ligne, M. le professeur Vanlair (de Liège).

Au premier tour de scrutin, M. Magnus Huss est élu par 29 voix sur 55 votants.

Au deuxième tour, M. Botkin est élu par 28 voix sur 54 votants.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La Société de chirurgie, dans sa dernière séance, a distribué ses prix ainsi qu'il suit :

Prix Duval. — Partagé entre MM. Villar (tumeurs de l ombilic) et Métaxas (autoplasties secondaires.)

Prix Laborie. — La Société ne décerne pas le prix, mais, à titre d'encouragements, elle partage la somme entre : MM. Nimier

(la guerre au Tonkin et à Formose); Fournier (traitement chirurgical des exstrophies de la vessie); et A.-H. Petit (tumeurs gazeuses du cou ou acrocèles).

Prix Demarquay. — Partagé entre : MM. Demary, interne des hôpitaux, et Menard, de Paris (pathogénie et traitement des kystes hydatiques du foie).

Prix Gerdy. — M. Barraud, interne des hôpitaux (hernies adhérentes au sac ; accidents et thérapeutique).

La Société décernera, en 1888, les prix Duval et Laborie. — En 1889, les prix Duval, Laborie, Gerdy, dont le sujet sera ultérieurement désigné; et le prix Demarquay, pour lequel est proposée la question suivante : « Tous les abcès froids sont-ils tuberculeux? »

— Les questions données aux candidats du concours de l'internat en médecin des hôpitaux et hospices civils de Paris, depuis le commencement de l'épreuve orale (anatomie et pathologie) jusqu'à ce jour, sont : 1° Artère axillaire ; anévrysme artérioso-veineux. — 2° Rapports de l'utérus à l'état de vacuité ; diagnostic et traitement des hémorrhagies de la délivrance. — 3° Nerf sciatique poplité externe ; fractures de l'extrémité inférieure du péroné. — 4° Articulation de l'épaule ; phlegmons diffus. — 5° Espace intercostal ; symptômes et diagnostic des cavernes pulmonaires. — 6° Vaisseaux sanguins du rectum ; cancer du rectum. — 7° Glande mammaire ; des abcès du sein.

— Les dernières questions données aux candidats du concours de l'externat des hôpitaux et hospices civils de Paris, pour l'épreuve de pathologie sont : 1° Du traitement de l'épistaxis. — 2° Symptômes et diagnostic de la péritonite aiguë. — 3° Signes et diagnostic de la scarlatine normale. — 4° Cathétérisme de l'urèthre. — 5° Vaccine et vaccination.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La dyspepsie a eu sa grandeur et sa décadence. A l'époque de Sauvage et de Cullen, plus près de nous, du temps de Beau, on voyait la dyspepsie partout, elle était l'assise et le point de départ d'un grand nombre de diathèses. Aujourd'hui, elle ne constitue pour la plupart des médecins qu'un syndrome, qui fait partie d'une foule de maladies diverses. C'était trop et ce n'est pas assez. M. G. Sée, dans ces derniers temps, a cherché à la réhabiliter. Mais se contentera-t-elle du sort qu'il lui a fait ? Il n'y a pour lui qu'une seule affection gastro-intestinale qui ait droit au nom de dyspepsie, c'est la dyspepsie chimique. « La dyspepsie, a-t-il dit quelque part, dans un de ses plus récents ouvrages, est chimique ou elle n'est pas. » Mais ce n'est pas de la dyspepsie seule qu'il s'est agi dans le nouveau travail que M. G. Sée a communiqué hier à l'Académie, c'est de l'ensemble des maladies de l'estomac, des difficultés de leur diagnostic et des moyens de l'éclairer, qu'il s'est occupé d'abord, pour en venir au signalement d'un nouveau réactif, propre, suivant lui, à servir désormais de base certaine à ce diagnostic. La thérapie et la diététique des affections gastro-intestinales et plus particulièrement de la dyspepsie, fondées sur le rôle des acides et des alcalis du suc gastrique pendant la digestion et sur leur prédominance ou leur défaillance respectives dans l'estomac, révélées par le réactif en question, font l'objet de la dernière partie, vraiment pratique, de ce travail.

Avant M. G. Sée, l'Académie avait entendu une communication de M. Verneuil sur un point de pratique chirurgicale, qui, bien que restreint, ne manque ni d'intérêt, ni d'importance. Il s'agit du traitement des furoncles et des anthrax. M. Verneuil a fait d'abord comme presque tous les chirurgiens, ses maîtres et ses collègues. Il a fendu, ouvert, tailladé, débridé, extrait ; puis, l'âge et l'expérience venant et le *prurigo secandi* du jeune âge chirurgical décroissant en proportion, il a fait pour ces affections ce qu'il a fait pour beaucoup d'autres. Le thermocautère a d'abord remplacé le bistouri ; puis les topiques antiseptiques se sont substitués à leur tour au thermocautère et il a fait ainsi graduellement rentrer le traitement de l'anthrax dans le système des moyens de douceur, ce dont il s'est bien trouvé. C'est un nouveau progrès de cette chirurgie conservatrice dont il s'est constitué l'un des plus ardents apôtres.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. JACCOUD.

Rhumatisme articulaire aigu chez une jeune fille atteinte de chlorose grave; endo-péricardite.

La jeune malade, couchée au n° 38 de la salle Laënnec, nous présente un cas d'autant plus intéressant au point de vue clinique qu'il est des plus nets.

Cette malade est une fille de vingt ans, jouissant ordinairement d'une bonne santé, qui n'a jamais eu aucun rhumatisme articulaire ; nous ne trouvons non plus dans sa famille aucun antécédent rhumatismal. Elle a été prise subitement, il y a huit jours, de douleurs vagues dans le cou et dans les épaules, douleurs qui, deux jours plus tard, s'étendaient aux membres et avaient assez d'intensité pour l'empêcher de travailler. Elles se compliquaient en même temps d'un malaise général, d'un certain degré d'anxiété. Cependant à ce moment il n'y avait pas encore de fièvre. Celle-ci n'est apparue que le lendemain. Les douleurs ont pris alors une acuité plus grande, ainsi que les malaises généraux ; la fièvre a augmenté à son tour. Et c'est ainsi qu'elle s'est décidée à se faire conduire à l'hôpital, mercredi dernier, c'est-à-dire au quatrième jour d'une affection fébrile dont les douleurs, premiers symptômes, avaient devancé, de deux ou trois jours, l'apparition de la fièvre.

En somme, il s'agissait d'un rhumatisme articulaire aigu avec prédominance dans le membre inférieur droit où l'on constatait l'existence d'une hydarthrose. De plus les deux articulations tibio tarsiennes étaient prises, l'articulation de la hanche droite était aussi assez douloureuse. Les membres supérieurs droit et gauche étaient pris d'une façon à peu près égale, ils étaient tuméfiés et très douloureux au niveau de leurs articulations.

Le soir de l'arrivée de cette femme à l'hôpital, la température était 38°8. Sa physionomie était celle d'une chlorotique type déjà d'assez longue date : facies d'un pâle verdâtre, avec le centre des joues coloré en rouge par la fièvre, chez une fille grosse et forte en apparence.

Sa santé habituelle, sans être mauvaise, n'était cependant pas parfaite ; depuis plusieurs mois cette fille sentait ses

forces diminuer, elle se plaignait de palpitations fréquentes. Bref, mon diagnostic a été celui de rhumatisme articulaire aigu chez une jeune femme atteinte de chlorose grave. J'ai ajouté aussitôt qu'il était à souhaiter que son rhumatisme ne fût pas de longue durée, car, malgré ses apparences de force et de vigueur, elle ne le supporterait pas : il en était d'elle comme des sujets obèses qui supportent mal toute affection aiguë un peu grave, par défaut de résistance.

Ces réflexions étaient d'autant plus légitimées que, dès le lendemain de son arrivée, elle présentait les signes d'une complication cardiaque sérieuse. En effet, la palpation de la région précordiale constatait une agitation anormale du cœur, des impulsions frémissantes à la pointe ; l'auscultation percevait du souffle partout, à tous les orifices, un souffle systolique au premier temps, à la pointe, dans les foyers pulmonaires, aortique et xyphoïdien, souffle qui, d'ailleurs, persiste encore aujourd'hui.

Ces quatre souffles ne sont point semblables : le plus long, le plus fort et le plus brusque, s'entend à la pointe; le souffle aortique s'entend dans le deuxième espace intercostal droit, il est faible, doux et court; il en est de même du souffle xyphoïdien. Le souffle pulmonaire est perçu dans le deuxième espace intercostal gauche, à deux travers de doigt du bord du sternum, il est très fort et d'une longueur tout à fait insolite. Les deux souffles les plus forts sont à la pointe et au foyer de l'artère pulmonaire et je conclurais tout de suite à une endocardite diffuse généralisée, si cette malade n'était une chlorotique renforcée. Mais nous sommes en présence d'une chlorose grave, car la diminution des globules rouges est des plus notables (3 117 000), ainsi que celle des globules blancs qui sont tombés de 8 000 à 4 000, soit de moitié. La chlorose est donc grave au point de vue de l'altération du sang, dont les globules rouges sont aussi petits et déformés. D'ailleurs les vaisseaux du cou nous en donnent encore la preuve, car, des deux côtés, on entend un souffle intermittent, correspondant à la systole cardiaque.

Mais, ce ne sont pas là les seules lésions du cœur, et l'auscultation nous a montré, dès avant hier, l'existence de frottements dans le péricarde, frottements non limités à un seul point, mais occupant toute la moitié droite du cœur, ayant son maximum dans le troisième espace intercostal gauche, s'étendant de l'appendice xyphoïde au mamelon gauche. Ces frottements sont secs et rudes, semblables à ce que l'on a appelé le bruit de neige, et sont dus à de la péricardite sèche. Si, donc, il y a inflammation du péricarde, c'est que le rhumatisme a porté sur le péricarde et sur l'endocarde. Et comme tous les souffles du cœur n'appartiennent pas à cette dernière, nous avons donc une endocardite gauche, comme dans le rhumatisme articulaire aigu, de sorte que, en réalité, deux des souffles cardiaques (souffle de la pointe et souffle aortique) appartiennent à l'endocarde, tandis que les deux autres sont des souffles de chlorose. Je dois ajouter, qu'une partie de la rudesse du souffle, au niveau de l'artère pulmonaire, tient au frottement de la péricardite.

En résumé, il y a donc, chez cette femme, association du rhumatisme à la chlorose.

Le lendemain matin, dès son arrivée à l'hôpital, il y a eu une petite rémission dans la fièvre (38°4). C'était trop peu pour nous satisfaire, car ces faibles rémissions s'observent surtout, en général, quand le rhumatisme présente ou va présenter un caractère viscéral. La rémission, pour être un peu satisfaisante, doit être au moins de 0°8 à 1°. Du reste, déjà à ce moment-là, nous étions en présence d'une endo-péricardite ; aussi, n'était-il pas nécessaire de rechercher, dans des indices précurseurs, la possibilité de complications celles-ci existant déjà. Nous avions, d'ailleurs, deux autres signes encore, c'est-à-dire : 1° l'état général de la malade, plus anxieuse, plus affectée, plus atteinte dans son organisme même que s'il devait s'agir seulement d'un rhumatisme poly-articulaire simple ; 2° l'absence de sueurs.

Il y a bien encore un autre phénomène indicateur, moins constant, mais aussi valable quand il existe ; je veux parler de l'état des urines assez rares, très foncées, très rouges, et si chargées de sels que, dès qu'elles sont dans un vase, il se produit un dépôt spontané, très prononcé dans le rhumatisme sans complications. Au contraire, quand celui-ci doit avoir un caractère viscéral, l'urine n'est plus ainsi, mais elle est abondante, pâle et sans dépôts uratiques.

Chez notre malade, dès avant hier, l'endo-péricardite était si accusée et l'anxiété de la malade si prononcée que je crus déjà ou à l'existence ou à l'imminence d'une autre manifestation viscérale de son rhumatisme, c'est-à-dire du côté de la plèvre. Mais je ne trouvai à ce moment qu'un peu d'altération du timbre du murmure respiratoire, timbre un peu plus dur à la base du poumon droit. Néanmoins il était urgent d'intervenir de ce côté, sous peine de voir d'ici au lendemain se produire une pleurésie.

Enfin, je dois encore signaler la précocité exceptionnelle de l'endo-péricardite qui a dû se développer du troisième au quatrième jour, au lieu de survenir, comme d'habitude quand elle se produit, du neuvième au onzième jour ; date moyenne. Or cette précocité ne saurait être indifférente, car nous savons que les complications cardiaques sont d'autant plus graves qu'elles sont plus précoces. L'état était donc sérieux et nécessitait d'agir promptement, non pas tant pour soulager la malade de ses douleurs, que pour enrayer les manifestations viscérales de son rhumatisme. Il n'en est pas de même lorsque le rhumatisme est seulement articulaire, qu'il est un peu avancé, car dans ces conditions il n'existe point de danger immédiat et les indications thérapeutiques sont fournies par les phénomènes articulaires. La situation est inverse, au contraire, lorsqu'il existe des manifestations viscérales, ici le danger est immédiat et les indications doivent être puisées dans ces manifestations mêmes qui constituent le danger ; il faut, avant tout, empêcher le développement d'autres phlegmasies viscérales, les symptômes articulaires devenant alors accessoires, surtout dans le cas où les accidents cardiaques seront aussi précoces et la plèvre en imminence morbide.

Dans ces conditions à quels agents thérapeutiques faut-il avoir recours ? Au salicylate de soude ? Non, il n'aurait aucune action, ni curatrice, ni préventive, sur les phénomènes viscéraux ; il peut même, au contraire, être dangereux. La médication capable d'agir en pareils cas est la médication stibiée : $0^{gr},30$ de tartre stibié chez la femme et $0^{gr},40$ chez l'homme, dans une potion sans opium (car il ne s'agit pas de rechercher la tolérance mais bien d'obtenir des effets évacuants), administrée par cuillerées à soupe d'heure en heure en ayant soin de surveiller son action, après la cinquième ou la sixième cuillerée. Le premier jour le résultat est constant : diminution de la fièvre dès le soir même, ainsi que des douleurs, des épanchements articulaires, parfois même leur suppression, enfin atténuation des complications viscérales.

C'est ainsi que, depuis seize ans que j'emploie cette médication, je n'ai jamais eu un seul revers, un seul cas d'épanchement liquide dans le péricarde; bien plus, dans certains cas où il y avait, antérieurement à la médication, épanchement péricardique, celui-ci disparaissait, sous son influence, dans les vingt-quatre ou les quarante-huit heures. Il en est de même pour les plèvres. Ce résultat est toujours le même le premier jour; il varie ensuite selon l'intensité du mal : ainsi la fièvre peut reprendre mais elle est moins intense, les phénomènes viscéraux peuvent réapparaître, mais les bienfaits obtenus le premier jour sont une indication de répéter le tartre stibié, après un jour de repos, avec une dose moindre : $0^{gr},20$ chez la femme et $0^{gr},30$ chez l'homme. Ce n'est qu'exceptionnellement que j'ai dû recourir à une troisième dose, deux généralement suffisent, souvent même une seule.

Notre malade d'aujourd'hui en est une nouvelle preuve : jeudi matin elle a pris $0^{gr},30$, elle a eu de la diarrhée et des vomissements abondants, et le soir la température était tombée à 37°5; les douleurs avaient diminué, aucun épanchement liquide ne s'était produit, les frottements avaient diminué un peu, la plèvre était redevenue normale et la nuit avait été bonne.

Hier matin le mieux a persisté : 37°4, disparition de l'hydarthrose du genou droit. Hier soir il y a eu une légère ascension de la température 38°4, mais le mieux a continué. Ce matin l'amélioration continue, 37°6 ; l'état articulaire est très atténué, la péricardite est restée sèche et la plèvre saine. Aussi j'espère vivement qu'il ne surviendra pas d'autres accidents viscéraux.

HOPITAL NECKER. — M. Kirmisson.

Anévrysme de l'artère fémorale, thrombose ou embolie.

La malade dont je vais vous parler aujourd'hui nous présente un cas des plus intéressants. C'est une femme de cinquante-six ans, couturière, qui, pour la première fois, il y a un an, commença à éprouver une certaine fatigue dans le membre inférieur droit, et cela sans aucune cause appréciable, dit-elle. Bientôt cette fatigue s'accompagnait, le soir, d'un peu d'œdème de la partie inférieure du même membre, c'est-à dire au niveau des malléoles et du cou-de-pied ; enfin, à peu près au même moment, notre malade constatait l'existence d'une tumeur dans laquelle elle percevait des battements, tumeur pulsatile située à la partie inférieure et interne de la cuisse du même côté.

Ainsi donc fatigue, œdème et tuméfaction ont été les premiers symptômes éprouvés par la malade.

Cet état resta longtemps stationnaire, si bien que la malade ne consulta aucun médecin. Elle n'attachait même qu'une médiocre importance à son mal lorsque, le 21 du mois dernier, elle éprouva tout à coup une faiblesse extrême dans le membre déjà malade, ainsi que des douleurs d'une grande violence qui allaient en s'irradiant dans toute la jambe. Ces douleurs, véritablement cuisantes, ressemblaient à ces fourmillements si douloureux qui caractérisent le premier degré de la gelure que certains individus éprouvent l'hiver, par exemple, aux mains, aux oreilles. Un peu plus tard, le même jour, ces phénomènes se compliquaient d'un refroidissement tel du membre qu'elle était forcée d'envelopper son pied, véritablement glacé, de couches épaisses d'ouate pour tâcher d'y ramener un peu de chaleur.

Enfin, presque en même temps, cette femme voyait se former un certain nombre de plaques ecchymotiques sur différents points de l'extrémité inférieure du membre : cou-de-pied, malléoles, orteils et surtout au niveau du talon. Ces taches, d'une teinte violacée très prononcée, étaient analogues à celles que l'on observe au premier degré de la gangrène sénile.

C'est dans ces conditions que, quatre jours plus tard, le 25 du mois dernier, elle s'est fait conduire à l'hôpital et est entrée dans mon service.

A son arrivée j'ai constaté les faits suivants : On aperçoit à la partie inférieure et interne de la cuisse, un peu au-dessous du canal de Hunter, une tumeur affectant le volume d'un petit œuf de poule, tumeur assez régulièrement arrondie, très pulsatile et dont les battements correspondaient exactement aux pulsations artérielles. Si l'on venait à comprimer l'artère fémorale contre la branche du pubis, tous battements cessaient dans la tumeur. D'autre part, à l'auscultation, on entendait, correspondant à ces battements, non pas un souffle à proprement parler, mais un bruit un peu rugueux, râpeux, lequel ne se propageait pas au loin dans les artères. Enfin, si on examinait avec soin l'état de la circulation artérielle au-dessous de la tumeur, on constatait : 1° que les battements artériels au-dessous du creux poplité étaient beaucoup plus petits et plus faibles qu'à l'état normal; 2° plus bas, l'absence complète de toutes pulsations dans les artères pédieuse et tibiale postérieure.

De tous ces phénomènes la conclusion à tirer était des plus faciles : il s'agissait, sans aucun doute possible, d'un anévrysme de l'artère fémorale, développé à sa sortie de l'anneau du grand adducteur.

Mais à quelle cause pouvions-nous attribuer la formation de cette poche anévrysmale? A quelque traumatisme, coups, chute ou contusions? Nullement. A quelque cause interne? à la syphilis, à des athéromes artériels? Cette femme n'avait jamais eu la vérole; elle n'est pas une alcoolique; mais, par contre, nous avons trouvé du côté du cœur un signe de la plus haute importance, c'est-à-dire à la base et au premier temps un souffle très violent et très rude, se propageant vers la base du cou dans les gros vaisseaux et tenant à un état athéromateux très prononcé de l'aorte. Et c'est à cet état, que nous avons retrouvé, du reste, dans d'autres vaisseaux, que nous devons attribuer la formation de la poche anévrysmale, cause d'ailleurs bien connue.

J'ajoute que, chez cette malade, la santé générale était assez satisfaisante; qu'il n'existait aucun mouvement fébrile (température 37°2 à 37°4; pulsations 80), que les urines était normales, sans sucre ni albumine.

Quant à l'interprétation des accidents survenus soudain il y a quinze jours, elle est très importante et aussi très facile à faire. Ils ne pouvaient reconnaître pour cause qu'une coagulation fibrineuse, que la formation de caillots dans la poche anévrysmale, l'oblitérant en partie ainsi que les artères sous-jacentes, soit par thrombose locale, soit par embolie. Car d'inflammation il ne pouvait être question, il n'y avait eu ni rougeur inflammatoire ni gonflement. Il s'agissait donc soit de caillot oblitérant presque complètement le bout inférieur de l'artère fémorale, soit d'une embolie, de quelque caillot détaché de la poche et étant allé oblitérer l'artère poplitée au-dessous du creux de ce nom, puisqu'en ce point on percevait encore quelques battements, quoique beaucoup plus faibles qu'à l'état normal. Je ne saurais me prononcer plus en faveur d'un thrombose *in situ*, je le

répète, que d'une embolie. D'ailleurs les phénomènes : absence de battements artériels, refroidissement du membre et douleurs intenses, sont très connus en pareil cas, comme à la suite de la ligature de quelque grosse artère.

L'étude comparée de la température du membre malade et du membre sain nous a donné les résultats suivants : jambe saine 33°5, jambe malade 34°5, différence en plus 1 degré; cuisse saine à la sortie du troisième adducteur 32°4, cuisse malade au même niveau (poche anévrysmale) 34°4, soit une différence de 2 degrés en plus.

Cette élévation de la température, en contradiction apparente avec le refroidissement du membre dont je parlais tout à l'heure, s'explique très bien : l'oblitération de la fémorale amène tout d'abord un refroidissement, par suite de l'arrêt de la circulation, refroidissement qui persiste jusqu'au moment où cette dernière se trouve suppléée en partie par la circulation collatérale et surtout par la circulation périphérique dans les capillaires dilatés, qui détermine alors une élévation de la température.

Le cas, chez notre malade, est des plus intéressants par sa netteté même, par la soudaineté des accidents.

Quant au pronostic, il reste très douteux, car d'après les phénomènes : douleur, stase sanguine, plaques ecchymotiques, la malade nous montre une très grande tendance à la gangrène par nutrition insuffisante du membre, gangrène ou spontanée ou survenant à la suite d'une intervention chirurgicale quelle qu'elle soit.

Le traitement des anévrysmes est aujourd'hui beaucoup plus simple qu'autrefois. Les procédés, nombreux, se divisent en deux : 1° ceux qui ont trait aux petits anévrysmes et aux petites artères; 2° ceux qui concernent les grands anévrysmes et les grosses artères.

Pour les premiers, tous les procédés directs sont bons: ligature, électrolyse, injection, extirpation, etc. Pour les seconds les procédés directs ne conviennent pas ou conviennent moins. Ce n'est pas qu'à la suite de la ligature nous ayons à redouter les hémorrhagies secondaires comme autrefois ; grâce à une antisepsie rigoureuse, ces hémorrhagies sont rares. Néanmoins les procédés de douceur, non sanglants, sont de beaucoup préférables et lorsqu'ils ne réussissent pas, il est toujours temps de recourir à la ligature par exemple; les procédés de douceur, c'est-à-dire la compression à l'aide de la bande d'Esmarch.

Chez notre malade, quel que soit le procédé auquel nous aurons recours, nous avons toujours ce grand *alea* à redouter : la gangrène. Néanmoins je commencerai par l'application méthodique de la bande d'Esmarch, appliquée tout d'abord depuis les orteils jusqu'*au-dessous* de la poche anévrysmale qu'on laisse ainsi se distendre, après quoi on interrompt, à son tour, la circulation *au-dessus* de la poche ; celle-ci reste ainsi isolée de façon à favoriser la coagulation du sang qu'elle renferme et son oblitération. Cette application ne doit pas dépasser une demi-heure ou trois quarts d'heure au plus, en surveillant la tolérance et l'état de la circulation pendant toute sa durée.

Si la coagulation est complète, je ferai envelopper le membre de cardes d'ouate ou, ce qui vaut mieux, l'entourer de sacs de sable fin chauffé au feu, afin de le maintenir dans une bonne température. Si la coagulation est incomplète, mais cependant assez avancée pour nous donner quelque espérance de succès, nous ferons, quelques jours plus tard, une seconde application de la bande d'Esmarch.

Enfin si, au contraire, les battements restent à peu près aussi intenses qu'avant toute intervention, je ferai la ligature de l'artère fémorale vers le sommet du triangle de Scarpa, c'est-à-dire à peu de distance de la poche anévrysmale, afin de conserver intacte l'artère fémorale profonde, et permettre une circulation collatérale capable de suffire à la nutrition du membre.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 janvier 1888. — Présidence de M. Hérard.

CORRESPONDANCE

La correspondance ne comprend que des lettres accompagnées d'états de vaccination et de revaccination, et l'envoi de travaux destinés aux Prix.

M. le Secrétaire perpétuel informe l'Académie que Mme Bernutz vient de lui faire l'envoi d'un travail manuscrit laissé par son mari.

M. le Président donne avis à l'assistance et au public médical, par l'intermédiaire de la Presse, que le délai de la remise des mémoires pour les Prix de l'Académie de médecine, concours de 1888, expire le 29 février 1888.

COMMUNICATIONS

Traitement du furoncle et de l'anthrax par la pulvérisation phéniquée. — M. Verneuil indique un nouveau progrès dans la chirurgie conservatrice, qui substitue les moyens de douceur aux procédés opératoires violents, si salutaires qu'ils soient. Depuis bientôt quarante ans qu'il fait de la chirurgie pour son compte, après l'avoir vu faire pendant dix ans par ses maîtres, il a constaté que le traitement de l'anthrax avait beaucoup varié, mais que, d'une manière générale, il était devenu de moins en moins chirurgical ou opératoire, sans en être pour cela moins efficace.

A peine le thermocautère entrait dans la pratique, M. Verneuil le substituait absolument à l'instrument tranchant. Cette pratique, combinée avec les pansements antiseptiques phéniqués, lui avait donné de si bons résultats, qu'il ne songea point à employer l'extirpartion, le curage et les modes variés de débridement alors en usage. En 1881, il en était à cette formule : intervention exceptionnelle, réservée à des cas graves et bien déterminés, mais appliquée avec énergie.

En 1883, il observa un cas qui le fit beaucoup réfléchir, et qui fut l'origine de sa nouvelle méthode. Depuis cette époque, en effet, il a poursuivi son expérience et exclusivement employé les pulvérisations contre les anthrax petits, moyens et grands, diabétiques ou non, douloureux ou indolents, encore fermés ou déjà largement ouverts par sphacèle spontané ou par action chirurgicale. Pour les anthrax petits ou moyens, sans vives souffrances et sans tendance à la diffusion, les résultats ont été excellents, et l'on pouvait s'y attendre. Ce mode de traitement si simple, ajoute M. Verneuil, s'est montré supérieur à tous les autres, en faisant cesser rapidement des souffrances qui, pour être supportables, n'en étaient pas moins fort désagréables, et en amenant non moins promptement une limitation du mal qu'on ne peut pas toujours garantir à l'avance. De nombreux faits sont cités dans ce travail à l'appui de ces propositions.

De l'anthrax, M. Verneuil passe au furoncle dont il cite également des exemples de guérison par le même procédé, et il termine par les conclusions suivantes :

1° Le furoncle et l'anthrax ne sont que des degrés d'une même maladie infectieuse, et sont justiciables des mêmes moyens thérapeutiques.

2° Ceux-ci consistent en actes chirurgicaux et en applications topiques. Les premiers semblaient autrefois indispensables, ou pour le moins applicables à la majorité des cas ; les seconds, effi-

caces tout au plus dans les cas légers, ne jouaient dans le traitement qu'un rôle adjuvant et fort secondaire.

3° C'est l'inverse qui doit être accepté aujourd'hui. L'intervention opératoire devient de moins en moins nécessaire et est réservée pour des cas tout à fait exceptionnels. Au contraire les topiques antiseptiques — au premier rang desquels il faut placer les solutions phéniquées et boriquées — employés d'une certaine manière et en particulier sous forme de pulvérisations prolongées et réitérées, jouissent d'une efficacité remarquable en même temps qu'ils sont d'une bénignité absolue et d'une manœuvre des plus simples.

4° Les pulvérisations font, à bien peu d'exceptions près, avorter rapidement les furoncles et les anthrax. Elles arrêtent la marche du mal dans les cas plus graves, font d'ordinaire cesser très vite les douleurs, la fièvre et les accidents généraux, désinfectent les foyers purulents et gangréneux, hâtent leur détersion et favorisent la formation d'une belle couche de bourgeons charnus.

5° Elles sont applicables dans toutes les régions, à toutes les formes et à toutes les périodes du mal; elles ne sont jamais nuisibles et à elles seules amènent la guérison dans la grande majorité des cas. Elles aideront puissamment d'ailleurs au succès des moyens chirurgicaux au cas où ceux-ci deviendraient nécessaires.

6° Enfin elles tendent à prévenir les auto-inoculations extérieures et les phénomènes d'infection générale.

Maladies de l'estomac jugées par un nouveau réactif. — **M. GERMAIN SÉE** fait une communication sur les maladies de l'estomac jugées par un nouveau réactif.

Depuis quelques années, dit M. Sée, le diagnostic des maladies de l'estomac est entré dans une phase difficile, pleine d'incertitudes. On a reconnu que la méthode d'exploration traditionnelle ne présentait que des probabilités; on a constaté l'insignifiance des symptômes communs à toutes ces maladies, la non-valeur des phénomènes subjectifs, etc.

Le danger des hésitations a été signalé depuis plusieurs années en Allemagne et plus récemment en France à propos du cancer. A l'étranger on s'est livré à la recherche des meilleurs moyens d'éclairer le diagnostic et le pronostic de toutes les affections gastriques. Parmi ces procédés nouveaux, figure la recherche chimique et l'examen physiologique du suc gastrique; on se sert, dans ce dernier but, du suc gastrique extrait par la sonde stomacale, et on détermine son pouvoir digestif à l'aide d'une digestion artificielle. Pour connaître la composition chimique du liquide gastrique, on a employé les diverses matières colorantes tirées de l'aniline et d'autres encore; les résultats les plus remarquables furent ainsi obtenus; mais les méthodes étaient en partie défectueuses ou trop complexes, leurs résultats très souvent incertains. Enfin, il y a deux mois et demi, un médecin de Francfort, le docteur Gumbourg, signala un réactif colorant des plus sensibles et dont M. Sée a fait l'étude avec empressement, et qui, par la simplicité de son application, lui a donné les effets les plus saisissants, ce réactif, c'est la *phlorogluane-vanilline*.

M. Sée soumet à l'Académie les résultats de ce mode d'exploration et les déductions qu'on peut en tirer; mais avant de faire connaître ces résultats, il s'est attaché à rechercher quelles sont les maladies les plus usuelles et les plus difficiles à discerner.

Cette étude des affections diverses de l'estomac, qui fait le sujet de la plus grande partie de ce mémoire, le conduit à faire une véritable sélection de celles auxquelles convient exclusivement, suivant lui, le nom de dyspepsie, et à exposer le mode d'exploration et les méthodes de traitement et de régime qui lui paraissent le mieux appropriés à cette affection. Voici le résumé de cette dernière partie de son travail.

Thérapie. — La chlorhydrothérapie, l'alcalino-thérapie, des évacuants mécaniques et physico-chimiques, voilà les trois médications qui se discutent à l'occasion de chaque affection gastro-intestinale, à l'occasion même de chaque maladie.

L'acide chlorhydrique, dont les effets m'ont toujours paru douteux, dit M. Sée, malgré la recommandation expresse de Trousseau et les études plus récentes de Tolsa, l'acide chlorhydrique pur ou associé à la pepsine dont il semble, à l'état physiologique, provoquer ou favoriser la formation, est certainement contraire dans les hypersécrétions chlorhydriques qui sont fréquentes. Mais qu'on ne considère pas comme signes de dyspepsies acides les sensations de pyrosis du malade ou les gaz dits brûlants, car dans ces cas le suc gastrique peut être neutre ou très faiblement acidulé. On ne peut résoudre la question que par le sondage. L'acide chlorhydrique est-il en abondance, l'administration de l'acide peut avoir les plus graves inconvénients. Il y a plus, quand l'acide chlorhydrique manque ou se trouve à peine marqué, comme dans le cancer, l'acide n'est pas indiqué davantage.

Le véritable domaine de la chlorhydrothérapie, c'est la dyspepsie avec peu d'acide ou bien la dyspepsie où prédominent les acides organiques et solubles : elle est donc indiquée dans la dyspepsie ou dans la gastrite, ou bien encore dans les dilatations où il y a une surproduction d'acides organiques.

L'alcalino-thérapie est aussi discutée, au moins en tant que dose; en général elle est trop faible. Il faut plutôt dépasser la dose calculée par l'examen chimique, 5 à 6 grammes de sel basique au moins sont nécessaires; et cette prescription doit souvent être répétée deux fois dans les trois heures de la digestion et continuée pendant plusieurs jours.

Enfin les évacuants s'appliquent à tous les cas d'affection atonique de l'intestin et de l'estomac.

Quant au régime, il en est deux principaux, qu'on prescrit avec une banalité telle qu'il semble qu'ils soient véritablement utiles et applicables à tous les malades, c'est la cure de lait et le régime de viandes tendres. Bien que le lait soit prescrit aujourd'hui pour toutes sortes de maladies organiques de l'estomac ou de dyspepsies, c'est l'ulcère de l'estomac qui réclame seul, à tout prix, le lait; les autres affections gastriques ne réclament rien qu'un régime qui, tout en les amendant, n'expose pas le malade à l'inanition. Le régime des viandes légères et tendres, sans végétaux, sans gros pain, sans amylacés et sans graisses, peut tout au plus être utile pour les estomacs pauvres en acide chlorhydrique, comme ceux qui sont frappés de dyspepsie muqueuse ou de dilatation compliquée de cette même dyspepsie où le mucus en abondance vient entraver l'action de l'acide chlorhydrique rare et insuffisant.

Il n'en est pas de même du régime amylacé, très précieux dans les cas de cancer où l'acide chlorhydrique manque totalement.

Inversement le régime amylacé doit être sévèrement défendu dans les dyspepsies hyperchlorhydriques; ici la viande et le poisson conviennent à merveille.

Après quelques mots échangés entre MM. Laborde, Constantin Paul et G. Sée, l'Académie se forme en comité secret à quatre heures et demie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. Dujardin-Beaumetz, directeur du service de santé militaire, accompagné de M. Viry, vient de visiter en détail les hôpitaux et les laboratoires de la Faculté de Médecine de Nancy. Il s'agit de reconstituer l'ancienne École de médecine militaire de Strasbourg. Cette nouvelle École serait organisée comme l'était celle de Strasbourg; les élèves seraient internés, et on réunirait ensemble les élèves de toutes les années d'études.

Trois villes se disputent l'honneur de posséder la nouvelle École, et le voyage du directeur du service de santé a pour but d'apprécier exactement les ressources des Facultés de Nancy, Lyon et Bordeaux.

Les municipalités de ces villes vont aussi avoir à faire des offres suffisantes au ministère de la guerre pour l'installation matérielle de la nouvelle École. Il s'agit, en effet, de pourvoir à l'installation de trois cents étudiants environ, et à celle de l'état-major et du personnel de l'École.

A Nancy, au point de vue des laboratoires et de leur installation scientifique, on estime généralement qu'il n'y a rien à désirer.

Ces laboratoires sont outillés et fonctionnent complètement depuis des années. La question d'étendue des locaux n'a plus sa raison d'être, puisque les deux Instituts vont être construits. Les travaux de l'Institut chimique sont mis en adjudication. L'Institut anatomique, dont la dépense est aussi votée, sera installé *à côté* du nouvel hôpital civil, et il comprendra l'organisation de divers autres laboratoires qui seront transférés de la Faculté dans le nouvel Institut. Environ un million est consacré à ces créations.

On s'est préoccupé des ressources que fournirait Nancy pour le service anatomique ; on avait craint que le nombre de cadavres ne fût pas suffisant. Or, le chiffre de la population de Nancy actuellement est identiquement le même que celui de Strasbourg avant la guerre de 1870. Il est de 82000 habitants. L'asile d'aliénés de Maréville contribue aussi à fournir des ressources très importantes à l'amphithéâtre, puisque sa population de malades est de près de 2000. On espère enfin que l'installation de l'Institut anatomique à côté de l'hôpital (comme cela existait à Strasbourg) favorisera encore le service des dissections.

On pourrait faire à Nancy ce que l'on réalise dans beaucoup de centres universitaires des pays étrangers, faire venir des cadavres des localités voisines. Il ne semble pas d'ailleurs qu'on doive être obligé de recourir à ce moyen.

Quant à l'installation des diverses cliniques, elle est bonne, et, de ce côté, il n'y a aucune objection à faire. L'hôpital civil a été construit il y a quelques années ; c'est dire qu'il est organisé suivant les idées modernes, et qu'il ne laisse rien à désirer au point de vue scientifique. D'autre part, la population des diverses cliniques augmente tous les ans.

En résumé, les ressources scientifiques sont bien suffisantes pour justifier le choix de Nancy pour siège de la future École de santé militaire. Mais on fait valoir, en outre, et au premier rang, que l'héritage de Strasbourg doit revenir à Nancy qui a déjà recueilli l'ancienne Faculté de médecine ; que les professeurs de Nancy sont encore en partie les anciens professeurs de la Faculté de Strasbourg. Les traditions de Strasbourg sont conservées dans cette Faculté. Remarquons encore que la médecine militaire se recrute, pour une part considérable, dans nos régions de l'Est.

Aussitôt après la visite du directeur du service de santé, le Conseil municipal de Nancy s'est réuni, et a autorisé le maire à traiter avec le ministère de la guerre, pour l'installation matérielle de l'École. Un des projets les plus séduisants serait l'achat, par la ville, de l'hospice Stanislas (Enfants assistés). Les bâtiments, jardins et dépendances, sont très vastes ; cet hospice est situé à côté du nouvel hôpital civil, et se trouverait parfaitement approprié à sa nouvelle destination. On estime qu'il faudra, en tout cas, au moins un million pour loger convenablement la nouvelle École. La municipalité a, d'ailleurs, fait d'avance le sacrifice de cette somme approximative.

Telles sont les principales considérations que suscite, dès l'abord, cette question de l'École de médecine militaire à Nancy, question vitale pour l'avenir et la prospérité de la Faculté de médecine de Nancy. — Il est probable que cette affaire sera traitée rapidement par le ministère de la guerre, dans l'intérêt du recrutement du service de santé.

On avait aussi parlé d'une organisation mixte qui laisserait, dans leurs Facultés respectives, les élèves des premières années d'études, et qui ne les centraliserait à l'École de Nancy que pour les dernières années. On ne sait si ce projet l'emporterait sur celui d'une École recevant les élèves dès le début de leurs études médicales. Quant au régime de deux Écoles, telles qu'un décret les a jadis instituées, au moins sur le papier (l'une à Bordeaux, l'autre à Nancy), on ne sait ce qu'il deviendra, ni ce qu'il en restera après l'enquête nouvelle qui se poursuit actuellement.

— Nous recevons, d'autre part, la note suivante, que nous publions sous toutes réserves :

« Le ministre de la guerre a choisi définitivement la ville de Lyon pour l'établissement de l'École de santé militaire. Le Conseil municipal de cette ville vient d'autoriser l'administration à traiter cette affaire avec l'État, au mieux des intérêts de la population lyonnaise. »

— Par décret, en date du 13 janvier 1888, ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin aide-major de première classe. — M. Martin, médecin aide-major de première classe de l'armée active, démissionnaire.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Rocher, Nèble, Studer, Arviset, Barès, Cazaux, Beverini, Camoin, Gaboriau, Guiot et Pichon.

— Par décision ministérielle, en date du 15 janvier 1888, M. Malgat, médecin aide-major de première classe aux hôpitaux militaires de la brigade d'occupation de Tunisie, désigné pour le 150e d'infanterie, a été maintenu auxdits hôpitaux.

— Par application des dispositions du titre IX de la décision ministérielle du 26 mars 1887 et de l'article 15 du décret du 22 novembre 1887, les élèves du service de santé militaire, reçus docteurs en médecine ou pharmaciens de première classe, dont les noms suivent, sont nommés à l'emploi de stagiaire à l'école d'application de médecine et de pharmacie militaires, pour prendre rang aux dates ci-après indiquées :

Docteurs en médecine. — Rang des : 10 novembre 1887 : MM. Licht, Piedpremier, Lenez, Michel, Faucillon, Watrin, Cuche, Guibbaud, Gary, Lombard, Habert, Senesse, Bardot, Fosse, Gilles, Lansac, Lœuillet, Millière et Vitoux. — 17 novembre, M. Danjou. — 20 novembre, M. Barthélemy. — 24 novembre, MM. Bassères et Salis. — 28 novembre, M. Esprit. — 29 novembre, M. Vincent.

Rang des : 1er décembre 1887 : M. Cambours. — 2 décembre, M. Deumié. — 3 décembre, M. Viéron. — 4 décembre, MM. Lejeune et Pascal. — 5 décembre, M. Provendier. — 19 décembre, M. Mendès-Benito. — 20 décembre, M. Augias. — 24 décembre, M. Delaborde. — 25 décembre, M. Cavalier-Benezet. — 26 décembre, MM. Kusler, Sicard et Armynot du Chatelet. — 29 décembre, M. Louis.

Rang du 7 janvier 1888, M. Barbot.

Pharmaciens. — Rang des : 10 novembre 1887, MM. Ehrmann, Darbour, Dandrieu et Tardieu. — 12 novembre, M. Maronneau.

— Par arrêté ministériel, en date du 7 janvier 1888, les fonctions de directeur et de médecin en chef de l'asile de Ville-Évrard seront dorénavant séparées. — La direction administrative et médicale de l'établissement se composera ainsi qu'il suit : un directeur et deux médecins en chef. — Un des deux emplois de médecin-adjoint existants est supprimé. — Le docteur Paté est nommé au poste de directeur de l'Asile d'aliénés de Ville-Évrard créé par le présent arrêté. Le docteur Paté est compris dans la troisième classe du grade. Il recevra, en conséquence, à partir du jour de son installation, outre le logement, le chauffage et l'éclairage dans l'établissement, le traitement de cinq mille francs, déterminé par les décrets des 6 juin 1863 et 4 février 1875.

— Le 14 janvier 1889, la Société médico-pratique décernera un prix de 600 francs à l'auteur du meilleur travail de médecine, chirurgie ou obstétrique, qui lui aura été adressé.

Pour être admis au concours, les mémoires doivent être écrits en français, inédits, accompagnés d'un pli cacheté portant le nom de l'auteur et reproduisant l'épigraphe placée en tête du mémoire, et être adressés franco, avant le 1er novembre 1888, au secrétaire général, M. le docteur Cyr, 21, rue Cambacérès, Paris.

— Le jeudi 15 mars 1888, à deux heures précises, il sera ouvert, dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale de l'administration de l'Assistance publique à Paris, quai de la Tournelle, 47, un concours pour la nomination aux places d'élèves internes en pharmacie, vacantes dans les hôpitaux et hospices civils de Paris.

Les élèves qui désireront prendre part à ce concours devront se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, de onze heures à trois heures. Le registre d'inscription sera ouvert le mercredi 1er février 1888, et fermé le mercredi 29 du même mois à trois heures.

— *Faculté des sciences de Besançon.* — M. Phisalix, docteur ès sciences naturelles, est nommé chef des travaux de zoologie et de botanique (emploi nouveau).

— M. le docteur Sockeel est nommé chirurgien du lycée de Douai, en remplacement de M. Watelle, démissionnaire.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Bézin (de Toulouse), et celle de M. le docteur Maurice Valentin, décédé à l'âge de trente-trois ans, à Charmes (Vosges).

— « L'Électrothérapie, journal d'électricité médicale », tel est le titre d'un nouveau journal, que vient de fonder notre confrère M. Léon Danion.

— *Avis.* — Un emploi de médecin rétribué par la municipalité, avec un traitement de douze cent cinquante francs, est actuellement vacant dans la ville de Thônes (Haute-Savoie) : les personnes appartenant à l'art médical désireuses d'occuper cet emploi sont priées d'en faire part à M. le maire de cette ville.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7 000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 20 janvier 1888.

Nous recevons, de M. le docteur A. Després, chirurgien à l'hôpital de la Charité et membre du Conseil municipal de Paris, communication des deux pièces suivantes ;

I

Madame la Supérieure des Sœurs Augustines, à l'Hôtel-Dieu.

15 janvier 1888.

Madame la Supérieure,

Avant le départ des Sœurs Augustines, si injustement renvoyées de l'hôpital de la Charité, et puisque l'administration de l'Assistance publique, qu'elles ont si longtemps et si loyalement servie, ne croit pas devoir leur adresser un mot de remerciement, veuillez agréer ici l'hommage de notre reconnaissance pour les religieuses d'élite, que vont perdre nos malades.

Tout ce que nous avons tenté, pour conserver à notre hôpital les Sœurs Augustines, est demeuré inutile, mais elles emporteront du moins ce souvenir, que les médecins et chirurgiens des hôpitaux n'ont pas abandonné celles qui les ont toujours le mieux secondés. Ce témoignage de la justice que nous leur rendons, adoucira pour nous l'amertume de notre impuissance.

Nous ne voulons rien ajouter. La vie de la religieuse d'hôpital est au-dessus de l'éloge. Les Sœurs hospitalières seront de longues années encore, chez tous les peuples du monde, l'expression la plus pure du dévouement et du sacrifice.

Veuillez agréer, madame la Supérieure, l'assurance de notre haute considération,

POTAIN, DESNOS, FÉRÉOL, LUYS, LABOULBÈNE et BLACHEZ, *médecins à l'hôpital de la Charité;* — TRÉLAT, A. DESPRÉS, *chirurgiens à l'hôpital de la Charité.*

II

Madame la Supérieure des Sœurs Augustines, à l'Hôtel-Dieu.

15 janvier 1888.

Madame la Supérieure,

En me joignant à mes collègues de l'hôpital de la Charité pour rendre aux Sœurs Augustines un hommage public de notre reconnaissance, je n'ai accompli qu'une partie de mon devoir.

Les malades du VIe arrondissement ont gardé et gardent encore le souvenir des soins de vos religieuses. Ils n'avaient pas, d'ailleurs, demandé le départ de celles dont ils ont apprécié si souvent l'expérience et l'abnégation. Deux fois déjà j'ai sollicité, des électeurs du VIe arrondissement, le mandat d'aller au Conseil municipal de Paris défendre les intérêts des hôpitaux compromis et protester contre le renvoi des Sœurs : deux fois la population d'un coin de Paris, avec celui qu'elle a élu, a résolument pris parti pour la Sœur d'hôpital, et elle ne juge pas encore la cause perdue.

Patience donc. Le jour est proche peut-être où la population parisienne, lasse de servir de champ d'expérience et de combat aux partis politiques, rappellera les Sœurs hospitalières dans les hôpitaux de Paris.

Veuillez agréer, madame la Supérieure, l'expression de mes sentiments distingués.

Dr Armand DESPRÉS,
Chirurgien à l'hôpital de la Charité,
Conseiller municipal.

REVUE GÉNÉRALE

Contribution à l'étude du traitement de quelques fractures juxta-articulaires.

Par le docteur F. VERCHÈRE,
Ancien chef de clinique chirurgicale de la Faculté.

I

Fractures du péroné et fractures bimalléolaires. — Les fractures du péroné et les fractures bimalléolaires appartiennent au même ordre de lésion. Elles sont consécutives toujours, sauf les cas exceptionnels où l'on a affaire à des fractures directes, à une entorse tibio-tarsienne. Les unes et les autres résultent d'un mouvement forcé de l'articulation voisine. Les malléoles sont les organes de maintien articulaire. — Leur présence limite l'articulation sur les parties latérales et leurs surfaces profondes font partie des surfaces articulaires.

Le mécanisme de ces fractures est étudié depuis longtemps ; il me suffit de citer les noms de David, William Brownfield, Pouteau, puis Boyer, Dupuytren et enfin M. Maisonneuve, qui en donnèrent le mécanisme. Depuis ces auteurs rien n'a été ajouté. Quelle que soit l'opinion que l'on choisisse entre celles émises par ces maîtres, le fait n'en subsiste pas moins que, dans tous les cas, il y a entorse primitive, puis la fracture

se fait par arrachement, par écrasement ou par divulsion. Je ne veux pas traiter ici du mécanisme des fractures du péroné, ce serait répéter ce que tout le monde sait et copier les livres classiques. Mais qu'il me soit permis de les diviser au point de vue thérapeutique en deux classes bien distinctes : les fractures avec déformation et les fractures sans déformation. C'est une division que les auteurs qui se sont occupés récemment de la question du traitement n'ont pas suffisamment prise en considération.

Pour ces fractures quelles qu'elles soient, M. Lucas-Championnière propose de supprimer l'appareil et l'immobilisation. Cela est vrai dans certains cas, cela ne peut être dans d'autres.

Boyer, Dupuytren, Gosselin, Le Fort, Verneuil ont montré combien étaient dangereuses les consolidations vicieuses des fractures du péroné ; ils ont publié des faits, dans lesquels le pied s'appuyait tout entier sur un de ses bords et devenait une véritable gêne pour la marche. Cet inconvénient est tellement à craindre que Dupuytren avait prescrit l'attelle qui a conservé son nom.

Dans les cas de fractures sans déplacement, le pied conserve sa forme normale, on ne reconnaît qu'il y a fracture qu'au point fixe douloureux, il n'y a de mouvements de bilatéralité dans l'articulation tarsienne qu'en les provoquant violemment. Il existe une entorse marquée, il est certain dans ces cas qu'un appareil contentif et immobilisateur devra être inutile. Le traitement de l'entorse sera celui qu'il faudra mettre en œuvre, c'est celui qui donnera le meilleur résultat.

MM. Lucas-Championnière et Terrier ont donné des exemples de la guérison rapide que l'on obtient dans certains cas, en voici encore un autre, observé par un confrère sur lui-même, et qui ne laisse aucun doute sur l'efficacité du traitement ainsi compris.

Le docteur C..., en se tordant le pied gauche, se fait une entorse violente et constate, par la mobilité très nette du fragment, par le fait d'une douleur fixe en un point, une fracture du péroné par arrachement. Outre l'immobilité relative, on prescrit des séances quotidiennes de massage qui sont faites par le docteur Gautiez, un des collègues de l'auteur, qui s'occupe scientifiquement du massage. Les manipulations sont faites en ayant soin d'éviter le siège même de la fracture : douze jours après l'accident et à la suite de trois séances de massage, le malade peut fournir une assez longue course, la malléole simplement maintenue par une bande roulée. Au bout de trois semaines, toute trace de douleur et de gonflement qui avait quelque temps persisté a disparu totalement (1).

Sans insister davantage et d'après les principes que nous avons énoncés, quel traitement doit-on instituer pour une fracture de péroné sans déplacement, sans déformation.

Un appareil simplement contentif, tel qu'une bande de flanelle roulée autour du pied, suffira, dans la plupart des cas ; on pourra plus efficacement faire une compression ouatée autour du pied, du cou-de-pied et du tiers inférieur de la jambe, pour faciliter les résorptions et diminuer le gonflement. Puis, tous les jours, on exécutera une séance de massage, telle qu'on la prescrit dans les cas d'entorse ordinaire.

C'est-à-dire qu'avec les pouces soigneusement vaselinés ou trempés dans la glycérine, on fera une série de pressions douces, très douces d'abord, glissant sur toutes les parties voisines des os, passant tout autour des malléoles, insistant sur toute la face antérieure du cou-de-pied. La paume de la main de bas en haut, toujours, promenée sur la face antérieure du pied, sur le tiers inférieur de la jambe, exprimera en quelque sorte l'épanchement sanguin sous-cutané, le refoulera vers les parties supérieures. La douleur au début empêche et interdit expressément toute pression, mais peu à peu elle se calme, elle persiste dans quelques points spéciaux, sur ceux-ci on insistera davantage, le pouce y localisera de petites frictions douces d'abord puis progressivement augmentées. — Le but à atteindre et qu'on doit toujours obtenir, indiquera que l'on doit s'arrêter. La douleur doit avoir disparu à la fin de la séance, et les dernières pressions, sauf au niveau de la fracture, ne doivent plus être douloureuses. On sera surpris, aux premières séances que l'on fera, de voir le gonflement fondre pour ainsi dire sous les doigts, l'empâtement, l'épanchement s'étaler, puis disparaître ; enfin le lendemain, et les jours suivants, souvent la deuxième fois, on constate avec surprise que les deux séances de massage ont suffi pour faire passer du bleu intense au jaune vif la teinte ecchymotique qui parfois met quinze jours à disparaître spontanément. Elle s'étend plus loin, remonte parfois au tiers de la jambe, mais elle a perdu toute son intensité et la résorption du sang est rapide.

Il est inutile, après ce que nous avons dit, de rappeler que la marche doit encore être interdite au malade. Il ne faut pas oublier que l'on a affaire à une fracture intra-articulaire et qu'il faut craindre l'arthrite consécutive qui peut survenir. Ce n'est qu'au bout de dix à douze jours, alors que toute douleur aux mouvements a disparu, qu'on permettra l'exercice.

Ce traitement si simple sera bien différent pour les fractures du péroné ou surtout les fractures bimalléolaires s'accompagnant de déplacement. Il ne faut pas que les bons résultats obtenus dans certains cas déterminés rendent aveugle et le fassent appliquer indistinctement dans tous les cas. C'est ici qu'il faut faire œuvre de chirurgien, c'est-à-dire savoir discerner dans quels cas telle manœuvre est bonne, dans quels autres elle peut devenir dangereuse ! C'est en cela qu'il faut différencier le chirurgien du masseur et, de ce que je viens de soutenir le massage comme merveilleusement efficace, il n'en faudrait pas conclure, comme le faisait M. Larger en disant à M. Lucas-Championnière « qu'il applaudissait à ces conclusions dont on pouvait presque dire qu'elles étaient une inévitable réhabilitation des rebouteurs ».

Certaines fractures s'accompagnent d'une déformation très marquée, ce sont les fractures par divulsion de Maisonneuve. Au-dessus de la malléole existe une dépression profonde, une sorte d'angle rentrant auquel Dupuytren a donné le nom de coup de hache. Le bord du pied est renversé en dehors, est remonté ; il y a un degré de valgus très notable. Il est impossible de songer à laisser le malade dans cette situation. On sait combien est impossible la marche sur le bord interne du pied, le membre devient inutile. Il faut donc de toute nécessité réduire et maintenir la réduction. Or, ici, le massage n'aura aucune influence pour maintenir le membre dans une bonne situation. C'est à un appareil qu'il faut avoir recours, et à un appareil plâtré appliqué pendant que la réduction est soigneusement faite. C'est seulement ainsi que l'on pourra remédier aux déformations consécutives et aux troubles fonctionnels redoutables.

Autrefois on laissait longtemps, trop longtemps, l'appareil. Ce qu'il faut retenir des discussions récentes de la Société de

(1) Cochez, *Journ. de méd. et de chir. prat.*, fév. 1887.

chirurgie pour les faits de ce genre, c'est l'inutilité de laisser l'appareil trop longtemps en place. Au lieu de laisser l'appareil plâtré, un mois, six semaines, ainsi qu'on le faisait autrefois, c'est au bout de quinze jours, trois semaines, qu'on pourra le supprimer. A cette époque on pourra commencer à ramener l'articulation à son fonctionnement normal, par des mouvements progressivement et méthodiquement faits, puis, après chaque séance, on réappliquera l'appareil contentif, qui sera ou un appareil plâtré inamovible, ou un simple appareil ouaté légèrement compressif, si la forme articulaire est parfaite et suffisamment solide pour qu'on n'ait pas à craindre de voir la déformation se reproduire de nouveau.

C'est la conduite de MM. Terrier, Berger et Terrillon; et ce dernier auteur s'exprime en ces termes (1) : « J'ai renoncé à immobiliser *trop longtemps* mes fractures du péroné et si je continue à mettre un appareil à ceux de mes malades qui sont atteints de ce genre de fractures, je le serre modérément pour qu'il permette encore quelques mouvements. Cet appareil, appliqué aux enfants, ne les empêche pas d'aller en classe deux ou trois jours après l'accident. Vingt-quatre ou vingt-cinq jours après, j'enlève l'appareil et mes malades marchent facilement, sans raideur, contrairement à ce que je pouvais observer à l'époque où je mettais des appareils parfaitement immobilisateurs. »

Ajoutons qu'aux lésions de l'articulation tibio-tarsienne, entorse et fracture, il se joint encore pour le malade une cause de souffrance à laquelle le chirurgien doit penser; et sur laquelle insistait, à juste raison, Nélaton. Je veux parler de l'entorse médio-tarsienne.

Celle-ci, dans le mouvement de torsion du pied, est inévitable et laisse persister, si l'on ne la soigne, des douleurs vives pendant parfois de longs mois. Il est donc nécessaire de la traiter en même temps et par les mêmes moyens que celle de l'articulation tibio-tarsienne.

En résumé, ce qui semble résulter des communications récentes, au sujet de ces fractures, c'est qu'il faut laisser le moins de temps possible l'appareil immobilisateur dans les cas de fractures avec déplacement, que celui-ci peut être supprimé dans les cas de fractures sans déplacement, que dans ce dernier cas le séjour au lit suffit et que, dans les deux cas, il faut surtout porter tous ses soins au traitement de l'entorse qui est bien souvent la lésion principale.

II

Fractures du radius. — On s'étonnera peut-être de me voir considérer la fracture du radius comme une complication de l'entorse du poignet, mais que l'on veuille réfléchir au mécanisme de sa production et l'on trouvera que tout doit la faire ranger dans cette classe de lésions.

Longtemps confondue avec les luxations du poignet, c'est à Pouteau, puis à Dupuytren, qu'il faut arriver pour la voir distinguée nettement. Dupuytren le premier chercha à corriger la déformation et trouva l'attelle cubitale.

Mais c'est seulement à la période moderne que l'on trouve les recherches expérimentales qui vont permettre de connaître le mécanisme exact de la fracture.

Si je m'y arrête, c'est que de ce mécanisme même découle le traitement qu'il faudra opposer à la fracture.

Goyrand d'Aix (1832) suppose que les fragments en biseau glissent l'un sur l'autre et propose deux appareils assez compliqués, destinés à opérer d'avant en arrière une pression assez forte pour empêcher ce glissement; Velpeau et Huguier ont chacun inventé, dans le même but, un appareil que les malades peuvent assez bien supporter.

Voillemier, en 1842, cherche à démontrer que c'est par écrasement, par pénétration, que se produit la fracture du radius et propose de ne pas faire de réduction, pour ne pas séparer les fragments et obtenir ainsi une guérison plus certaine.

Bonnet, en 1845 (1), admet que la fracture est le résultat de l'extension forcée, aussi met-il la main dans la flexion forcée, c'est-à-dire dans une position absolument différente de celle que voulait indiquer Voillemier.

Nélaton admet que le radius se brise parce que le choc qu'il reçoit tend à le courber davantage et le fait se briser dans son point le plus faible. De là deux théories qui semblent admises encore actuellement : l'écrasement et l'inflexion latérale.

A ces deux mécanismes vient bientôt s'en ajouter un troisième, l'arrachement, auquel se rattache le nom de M. Tillaux.

La thèse de Schmit (1881), faite sous l'inspiration de M. le professeur Trélat, est venue enfin éclairer d'une façon bien nette la description en quelque sorte anatomo-pathologique de l'affection qui nous occupe.

Voici ces conclusions qui nous dispenseront de plus amples détails et nous serviront pour établir définitivement sur quels principes doit reposer le traitement des fractures du radius.

La déformation caractéristique dans les fractures du radius a des rapports constants avec l'âge des malades.

Tant que l'épiphyse n'est pas soudée au corps de l'os on n'observe guère la déformation que dans la moitié des cas. De vingt à quarante ans elle est la règle, à peine 5 exceptions sur 100. Peu à peu cette fréquence diminue avec les progrès de l'âge; après soixante ans on ne rencontre plus guère qu'exceptionnellement la déformation caractéristique, surtout chez la femme où elle n'est apparente que 10 fois sur 30.

Ces résultats sont en rapport avec le mécanisme qui préside à la production de la fracture. Chez l'adulte il faut un traumatisme violent, c'est à l'arrachement qu'est due la fracture. Dans la vieillesse, au contraire, la fragilité osseuse explique la facilité avec laquelle se fait la fracture et la possibilité de se produire par le fait de la violence elle-même sur l'os, sans l'intermédiaire de la traction ligamenteuse.

De ces considérations nous pouvons conclure, comme nous le disions au début, que la fracture du radius n'est qu'un épiphénomène de l'entorse du poignet. Ajoutons qu'il s'y ajoute presque toujours un autre arrachement osseux, qu'a signalé M. Verneuil, la rupture de l'apophyse styloïde du radius. Il nous est difficile de ne pas rapprocher cette fracture de la bimalléolaire.

En somme, comme pour le péroné, deux variétés de fractures au point de vue thérapeutique : la fracture avec déformation, la fracture sans déformation. Ajoutons, pour montrer tout l'intérêt qui s'attache au traitement rationnel de cette fracture, que la main immobilisée a grande tendance à présenter des raideurs quelquefois incurables. Les auteurs qui les ont signalées sont innombrables et les observations sont malheureusement trop nombreuses pour qu'il soit nécessaire d'en citer.

En somme *nécessité absolue*, ici il n'y a pas de contestation,

(1) Terrillon, Soc. de chir., 21 juillet 1887.

(1) *Maladies des articulations.*

de laisser les doigts libres pendant toute la durée du traitement : tel est le premier point qui doit guider le chirurgien dans le choix d'un traitement, surtout si l'on a affaire à un arthritique chez lequel les doigts n'ont que trop de tendance à s'ankyloser.

Tout appareil immobilisant les doigts est un mauvais appareil.

Ceci posé voyons ce que doit faire le chirurgien.

Si la fracture ne s'accompagne pas de déformation, si l'on a affaire à une personne âgée, il suffira, ainsi que le recommande M. Lucas-Championnière, ainsi que Velpeau l'avait déjà dit : « Les fractures de l'extrémité inférieure du radius se consolident sans appareil »,de s'en tenir le plus souvent à l'immobilité relative du poignet. M. Trélat conseille dans ces cas un appareil silicaté avec rouleaux d'ouate. Il peut se résumer en un bandage roulé silicaté au-dessus duquel on met deux rouleaux d'ouate, l'un au niveau du fragment carpien sur la face dorsale du poignet, l'autre au niveau du fragment supérieur sur la face palmaire de l'avant-bras. Il présente le grand avantage d'immobiliser le poignet, de plus il corrige la déformation, s'il y en a une, et tend à maintenir la réduction, si celle-ci est facile à maintenir. M. Trélat le conseille surtout chez les vieillards, où il peut rendre service par sa légèreté et sa simplicité.

Dans ces cas encore le massage a été préconisé et on a pu en obtenir quelques bons résultats ; mais ici encore il faut avoir grand soin de n'agir qu'avec grande douceur et se rappeler qu'il faut respecter le siège de la fracture, que le massage n'agit que sur le gonflement et les parties molles, et que son action ne peut qu'être nuisible au niveau de la solution de continuité de l'os.

En voici une observation où il semble avoir rendu un notable service, qu'il est permis de rapprocher de celles qu'a publiées M. Lucas-Championnière. C'est encore un confrère qui raconte sa propre histoire.

Dans une chute de cheval M. le docteur Delaporte se fait une fracture du radius droit : en quelques heures la tuméfaction devint très grande et les douleurs intolérables au moindre mouvement de la main. Le même jour on fait une séance de massage d'un quart d'heure, le lendemain nouvelle séance d'une demi-heure à la suite de laquelle la douleur disparaît en grande partie, puis le traitement, continué pendant quelques jours, fait disparaître le gonflement et ramène les mouvements de la main ; quinze jours après l'accident le malade avait recouvré toute la liberté de ses mouvements. Le seul appareil employé avait été une bande roulée (1).

On le voit, c'est toujours à l'entorse que s'adresse le traitement, c'est à sa guérison que les malades attribuent leur soulagement. Au bout de quinze jours il est certain que le cal n'est pas formé, c'est histologiquement impossible, mais il n'y a plus de douleur articulaire, et les malades sont dans la situation du blessé atteint de fracture de jambe dans son appareil au quinzième jour, dont toutes les douleurs ont disparu, tout danger conjuré, et qui doit attendre patiemment que son cal soit fait. C'est seulement parce que sa fracture siège à la jambe qu'il ne peut marcher, il manque de soutien.

Lorsqu'il existe de la déformation, celle-ci peut être faible ou peut, au contraire être très accentuée. Nous avons vu que presque toujours elle se montrait chez les sujets jeunes, par suite chez des sujets qui ont moins de tendance aux raideurs articulaires et chez lesquels l'immobilisation aura moins d'inconvénients graves que chez les vieillards.

Chez ceux-ci, en effet, il faut se défier beaucoup de l'ankylose, les os sont prédisposés à la prolifération, les articulations des doigts, du poignet, agissant mal, sont déjà touchées par le rhumatisme, et une immobilisation, même momentanée, pourrait amener une infirmité incurable. Aussi comme chez eux une déformation légère n'a que peu de désagrément, que l'âge de la coquetterie est passé et que les fonctions peuvent se rétablir sans que la forme soit idéale, on fera mieux de suivre les conseils de Velpeau, de M. Lucas-Championnière, et de s'abstenir de tout appareil. On tentera dès le premier jour la réduction, on la fera aussi complète que possible, puis on se contentera de prévenir le malade qu'il a à ne pas se servir de son poignet, qu'il doit le mouvoir, ainsi que ses doigts, mais qu'il ne doit pas soulever de fardeaux et, autant que possible, ne faire que des mouvements lents et doux.

Si, au contraire, on a affaire à un adulte et que la déformation soit considérable, ce qui a presque toujours lieu, et que celle-ci s'accompagne d'entorse plus ou moins violente, il faudra, si on le peut, commencer par faire une séance de massage de l'articulation, de la main à sa partie antérieure et à sa face dorsale, puis lorsqu'on aura obtenu le dégonflement, c'est-à-dire le lendemain ou le surlendemain de l'accident, on devra tenter la réduction. Celle-ci devra être faite avec beaucoup de soin. On tirera la main en avant en ayant soin d'obliquer vers le bord cubital de façon à mettre le membre dans la rectitude et de désengréner les fragments qui ont pu se pénétrer, la cause continuant d'agir après la production de l'arrachement.

Malheureusement la réduction obtenue ne se maintient pas et de toute nécessité il faut appliquer un appareil ; nous ne reviendrons pas sur les diverses positions que les auteurs tendent à donner à la main, les uns la mettant dans l'extension forcée, renversée sur la face dorsale, les autres la mettant dans la flexion forcée, d'autres l'inclinant en dedans, d'autres en dehors. Il suffira de la laisser en ligne droite avec l'avant-bras, en ayant soin de l'incliner légèrement sur le bord cubital.

L'appareil devra n'être appliqué que quand le gonflement aura disparu, et qu'on n'aura plus à craindre les graves complications de sphacèle que redoutait à si juste titre Gosselin. M. Richet (1) recommande « non pas de réduire, mais de façonner l'extrémité fracturée, de chercher à l'aplatir, puis de porter la main sur le bord cubital ».

Ce n'est qu'après ces manœuvres que l'appareil est appliqué. Le meilleur est encore l'appareil plâtré à attelle palmaire, tel qu'il est décrit dans la thèse de Vannereau (2). L'appareil sera appliqué pendant qu'un aide fait la réduction, et on maintiendra celle-ci jusqu'à ce qu'il soit sec. Les doigts seront laissés libres et le plâtre ne dépassera pas les têtes métacarpiennes.

Autrefois « après avoir attendu dix à onze jours avant de placer l'appareil pour attendre que le gonflement ait disparu, on laissait l'appareil quinze à vingt jours, ce qui faisait vingt-cinq à trente ; c'est le temps nécessaire et suffisant à la consolidation » (Richet). Et le professeur ajoutait

(1) Delaporte, *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, février 1887.

(1) Richet, *Fr. méd.*, 1882, p. 100.
(2) Vannereau, th. Paris, 1881.

qu'il ne laissait pas longtemps son appareil, de peur d'avoir des raideurs, « qui faisaient de la main un battoir qui ne sert à rien ».

Cette limite minimum est encore trop longue et douze jours, quinze jours au plus après la fracture, la main doit être mise en liberté. C'est seulement à ce prix qu'on pourra espérer d'éviter ces infirmités si douloureuses pour le malade et si dangereuses parfois pour le chirurgien.

III

Fracture de l'épitrochlée. — Rentrant comme la fracture du péroné dans la classe des arrachements osseux par suite de distorsion articulaire ou par suite de contraction brusque et exagérée des muscles puissants qui viennent s'y insérer, la fracture de l'épitrochlée rentre dans la classe des fractures juxta-articulaires.

Elle présente cette différence notable avec celle du péroné qu'elle n'est pas, dans la plupart des cas tout au moins, intra-articulaire et se rapprocherait plutôt de la fracture du radius.

On l'observe à tous les âges, mais elle semble plus fréquente chez les enfants (Coulon) (1); et dans ce dernier cas il y aurait simplement disjonction épiphysaire (Malgaigne). Cette disjonction peut se montrer jusqu'à un âge relativement avancé, parce que l'épitrochlée se développe par un point complémentaire, qui ne se soude à l humérus que tardivement, vers la seizième ou la dix-septième année.

Pézerat (2) et Granger (3) ont étudié particulièrement cette fracture, l'admettant comme due le plus souvent à une cause directe; Granger reconnaît néanmoins qu'elle peut se produire par arrachement musculaire.

Dans les cas d'entorse du coude où cette lésion se produit, il est très probable, en effet, que c'est plutôt à la contraction musculaire qu'il faut attribuer la fracture. Les mouvements anomaux, subis par l'articulation distordue, sont difficilement produits, et il est difficile d'admettre que ce soit par l'entremise du ligament latéral interne, que se fait la fracture. Le coude est, en effet, entouré de muscles puissants, de ligaments nombreux à insertions étendues, et tout l'effort d'un mouvement forcé, se porte difficilement en un même point localisant tout l'effort de résistance.

Il n'en est pas de même dans les traumatismes plus violents, et il est fréquent de voir la luxation du coude s'accompagner de fracture par arrachement de l'épitrochlée, et je n'en veux citer pour exemple que le cas personnel de M. le professeur Trélat que je rapporterai plus loin. Dans ce cas il est très facile de comprendre comment se fait la fracture. L'entorse est poussée à ses dernières limites, si on admet la définition de Vidal (de Cassis), au lieu d'être une luxation momentanée elle devient une luxation permanente. Les surfaces articulaires, pour se quitter surtout dans une articulation aussi intimement serrée que l'est celle du coude, ont besoin de subir un écartement notable. Les ligaments forts et puissants, surtout sur les parties latérales, ne peuvent se rompre, et ils arrachent leur point d'attache.

Que ce soit entorse, que ce soit luxation du coude, le mécanisme est le même, la fracture de l'épitrochlée est secondaire, la lésion principale est la lésion articulaire.

(1) Coulon, *Fractures chez les enfants*, th. Paris, 1861.

(2) Pézerat, Observations sur la fracture de l'épitrochlée, *Journ. complém.*, t. XLII, p. 418.

(3) Granger, *On a particular fracture of the inner Condyle of the Humerus*, in *Edimb. med. and surg. Journal*, 1818, vol. XIV, p. 196.

Les symptômes de la fracture sont en général peu marqués. L'épitrochlée se porte en bas, attiré par les muscles de l'avant-bras, ceux-ci sont ramassés sur eux-mêmes et forment une saillie plus marquée qu'à l'état normal; les mouvements de flexion, d'extension et surtout de supination sont douloureux.

Lorsque l'on vient à presser latéralement l'humérus en prenant entre les doigts opposés l'épicondyle et l'épitrochlée, le malade perçoit une douleur vive qu'il rapporte au point d'union de l'humérus avec l'épitrochlée. Douleur vive au niveau même de la fracture que l'on peut délimiter assez facilement en appuyant, en avant et en arrière, au niveau de la saill e osseuse. Lorsqu'on saisit l'apophyse avec les doigts il est possible de sentir des mouvements de latéralité, mais il est difficile de les préciser et cela se comprend, étant donné le milieu musculaire dans lequel se trouve en quelque sorte plongé le petit fragment osseux. C'est cette même raison qui empêche de sentir facilement la crépitation.

Il faut ajouter à tous ces symptômes locaux, tenant à la fracture, ceux qui dépendent de la lésion articulaire. Il est certain qu'ils différeront suivant que l'on a affaire à une entorse légère ou, au contraire, à une lésion aussi sérieuse qu'une luxation du coude.

De là à craindre l'apparition d'une arthrite et pour les chirurgiens anciens la nécessité d'immobiliser pendant longtemps la région, c'est-à-dire l'articulation. La consolidation, d'après les auteurs, s'obtient en vingt-cinq ou trente jours, mais celle-ci n'a pas besoin d'être absolument exacte; peu importe si l'apophyse fracturée est un peu plus haut ou un peu plus bas qu'à l'état normal, un peu plus en avant ou un peu plus en arrière, le seul rôle de l'épitrochlée est de donner un point d'appui aux muscles qui s'y insèrent, au point de vue de la forme et au point de vue de la fonction, la solidité du cal est le seul but. Malgaigne employait et recommandait un appareil dextriné, maintenant l'avant-bras dans la demi-flexion; M. Nicaise, dans son article du *Dictionnaire encyclopédique*, indique seulement de maintenir la position dans la demi-flexion sans appareil.

M. Trélat (1) résume en quelques mots son opinion à cet égard : « J'ai eu, dit-il, une luxation du coude que je me suis réduite moi-même et qui s'accompagnait d'une fracture de l'épitrochlée. Celle-ci a été méconnue, traitée comme le veulent nos collègues (exercice, bains de mer, etc.) et j'en ai souffert pendant huit ou dix mois, ce qui n'aurait probablement pas eu lieu si la fracture avait été reconnue et traitée par l'immobilité. »

Il est certain qu'après une luxation du coude le mouvement et l'exercice ne peuvent que laisser persister des douleurs; il est très probable aussi que les bains de mer et l'absence de toute précaution n'ont pas peu contribué à prolonger les douleurs résultant de la violence articulaire; mais il nous paraît à peu près prouvé que tout appareil n'eût pu que difficilement immobiliser l'épitrochlée. Comment agir sur ce petit fragment osseux, quel appareil appliqué eût pu le maintenir et l'empêcher d'être entraîné et mobilisé à chaque contraction musculaire de l'avant-bras? Ce sont, en effet, les muscles seuls qu'il faut condamner au repos, et par la position, par l'absence d'exercice de l'avant-bras, on pourra l'obtenir.

S'ensuivra-t-il qu'il faudra mettre un appareil? Je ne le

(1) Trélat, Soc. de chir., 4 août 1886.

crois pas une simple écharpe suffira dans la plupart des cas, comme l'indique M. Nicaise.

Et j'ajouterai qu'il ne faudra pas oublier, comme pour les fractures que j'ai déjà étudiées, comme dans celle si intéressante de M. Trélat, qu'il existe à côté de la fracture d'importance secondaire une lésion plus sérieuse, une lésion dont le pronostic est subordonné au traitement, je veux parler de la lésion articulaire.

Or, pour celle-ci, l'immobilité peut rendre des services, mais à condition d'être absolue, d'être prolongée (Verneuil) jusqu'au moment où tout épanchement séreux ou sanguin, où toute ecchymose, où toute déchirure musculaire ou ligamenteuse auront disparu ou auront été réparés; c'est-à-dire pendant un temps assez long, vingt-cinq à trente jours avons-nous vu dans les auteurs, et à la suite de cette immobilité n'est-il pas rare de voir survenir des raideurs articulaires, avec impossibilité fonctionnelle presque complète dans certains cas.

C'est pour remédier à ces graves inconvénients, à cette prolongation du traitement, que le massage a été conseillé. Massage fait doucement par effleurage, ou par pression, au niveau de l'articulation, en ayant grand soin de respecter le siège de la fracture, et en y ajoutant des mouvements de l'articulation. Je sais que je vais contre les idées de beaucoup de nos maîtres, mais je vais expliquer comment j'entends ces mouvements. Ce seront des mouvements communiqués, faits doucement, avec grande prudence, mouvements de flexion et d'extension, en ayant grand soin de recommander au malade de laisser ses muscles complètement inertes. Enfin, et ceci est un point des plus importants, sur lequel tous les auteurs et même les masseurs les plus convaincus (je ne parle évidemment que des masseurs instruits) sont absolument d'accord, il ne faudra faire exécuter ces mouvements communiqués que lorsqu'ils pourront être produits sans amener de douleur.

C'est donc une sorte de massage en deux temps qui doit être recommandé en pareil cas. Dans un premier temps on préviendra l'arthrite, on soignera l'épanchement sanguin, l'entorse, et lorsque celle-ci sera guérie, que toute douleur aura disparu, ce qui sera assez rapide, on préviendra les raideurs articulaires, c'est le deuxième temps; c'est alors, et alors seulement, que l'on sera autorisé à faire exécuter au membre les mouvements communiqués ainsi que nous les avons mentionnés.

Les fractures de l'épicondyle sont les analogues des fractures de l'épitrochlée et tout ce que nous avons dit du traitement de ces dernières peut s'appliquer au traitement des premières. Je n'y reviendrai pas.

IV

Entorse violente du genou. — On s'étonnera certainement de me voir, dans une Revue sur le traitement des fractures juxta articulaires, traiter de l'entorse du genou, mais j'ai eu soin de mettre: entorse violente du genou; dans ces cas, en effet, il existe toujours une fracture légère, disparaissant au milieu des autres symptômes de l'entorse, à laquelle cependant je veux attacher une grande importance théorique, pour la cause que j'ai défendue dans une Revue précédente (1) au sujet des différentes variétés à admettre dans les fractures, au point de vue de la thérapeutique.

L'entorse violente du genou est une véritable lésion de transition entre une entorse simple sans arrachement osseux, telle qu'on la rencontre au niveau de l'articulation tibio-tarsienne, et la fracture du péroné, où l'entorse peut être assez légère pour s'effacer devant l'arrachement osseux, devant la fracture.

Ici les deux lésions prennent toutes deux une importance inverse, c'est la fracture presque constante qui s'efface devant l'entorse; et j'en trouve la raison dans ce fait que l'articulation est vaste, que les surfaces articulaires sont larges, que la synoviale est étendue, et aussi que les symptômes, les dangers des lésions articulaires dans l'entorse du genou sont assez graves pour que ce soit eux surtout qui aient guidé la thérapeutique et attiré seuls l'attention.

Je ne veux pas m'étendre sur les symptômes de l'entorse violente du genou, mais il me faut néanmoins les passer rapidement en revue, de façon à pouvoir examiner les différents traitements qui ont été proposés.

Pour certains auteurs, l'entorse du genou serait pour la fréquence, la première après la tibio-tarsienne; elle se produit le plus souvent dans les exercices violents tels que la course ou la marche rapide, le gymnase, l'escrime, tous exercices pendant lesquels les faux pas sont fréquents et les efforts violents pour arrêter une chute; les mouvements exagérés de flexion latérale et d'extension sont ceux qui amènent le plus facilement l'entorse.

Tous les cas dans lesquels ces mouvements se produisent ou sont produits directement par un corps vulnérant venant frapper le genou latéralement, peuvent donner lieu à une entorse.

Le résultat est un tiraillement des ligaments latéraux, des ligaments postérieurs ou des ligaments croisés.

Que ces ligaments résistent, qu'ils arrachent leurs insertions osseuses et nous aurons affaire à une fracture juxta ou intra-articulaire au même titre que la fracture par arrachement du péroné que les auteurs n'ont pas rangée dans l'entorse, tandis qu'ils y maintenaient celles dont nous allons nous occuper.

Pour être logique avec nous-même, il nous faudrait décrire ici, comme fracture juxta articulaire, et résultat de l'entorse, la fracture de la rotule. N'est-ce pas par traction du ligament actif antérieur de l'articulation, par traction des triceps, que se fait la fracture de la rotule? N'est-ce pas dans un mouvement forcé de l'articulation, dans un effort violent pour arrêter une chute qu'elle se produit? N'est-ce pas, en un mot, toujours le même mécanisme, les mêmes symptômes concomitants du côté de l'articulation?

Mais l'importance de la fracture de la rotule est trop considérable, l'histoire de sa thérapeutique est trop étendue, pour que nous la décrivions ici; qu'il nous suffise de dire que pour nous elle est une lésion de l'entorse du genou, et qu'à ce titre elle rentre dans la classe des lésions que nous avons admises dans le groupe collectif des entorses avec arrachement osseux. Peut-être un jour reprendrons-nous cette question, et traiterons-nous le traitement des fractures de rotule et il sera encore plus aisé de montrer comment les rapports que nous énonçons en quelques mots ici s'imposent à l'esprit.

C'est à M. Segond (1) que l'on doit les recherches expérimentales qui ont démontré l'existence presque constante des

(1) Verchère, Fractures et massage, *Gazette des Hôpitaux*, 5 novembre 1887.

(1) Segond, Recherches cliniques et expérimentales sur les épanchements sanguins du genou par entorse (*Progr. méd.*, 19 avril 1879).

fractures intra-articulaires dans l'entorse du genou. Après avoir montré que l'entorse est presque toujours due à l'extension forcée de la jambe, il arrive à trouver, comme Bonnet l'avait dit antérieurement, qu'il y a déchirure des ligaments croisés postérieurs et, trois fois sur six, arrachement des ligaments latéraux; les mouvements de latéralité sont moins accentués, mais les mouvements de rotation sont ceux qui prédominent et donnent lieu aux lésions osseuses; et Bonnet avait conclu, dans son *Traité des maladies articulaires*, à la fracture du tibia et du péroné. M. Segond a cherché à voir de plus près le mécanisme de ces lésions et, dans ses expériences, il étudie les effets de la rotation en dedans et ceux de la rotation en dehors.

Dans la rotation en dedans, la jambe étant fléchie, les ligaments croisés sont tordus, la torsion s'exagère, puis les ligaments latéraux se tendent; la tension est surtout violente au niveau de l'expansion envoyée par l'aponévrose fémorale au niveau du tubercule du jambier antérieur; plus accentuée elle détermine l'arrachement du tubercule et la formation d'une fissure de la tubérosité externe du tibia qui fait communiquer la cavité articulaire avec la substance spongieuse.

Dans quelques expériences il put, par le même mécanisme, déchirer le cul-de-sac synovial.

Du côté du ligament croisé la torsion poussée à l'extrême le tend peu à peu, et finit par lui faire arracher son point d'implantation; enfin on a pu trouver des arrachements du ligament latéral externe.

Par la rotation en dehors, la fissure n'existe plus, mais il y a arrachement, comme dans le cas précédent, des ligaments latéraux et des ligaments croisés.

Ces fractures qui, jusqu'à M. Segond, n'avaient pas attiré l'attention, expliquent le symptôme le plus sérieux de l'entorse du genou et la durée prolongée de l'affection. C'est en effet à elle qu'est due l'hémorrhagie abondante dans la synoviale.

La déchirure des ligaments croisés, celle de l'articulaire moyenne, la rupture du ligament adipeux et surtout la plaie du tibia au niveau du tubercule de Gerdy, sont les raisons qui expliquent surabondamment l'excessif épanchement sanguin que l'on trouve dans la synoviale d'une entorse du genou. Elle explique aussi le cas de Ficatier, de Gosselin, où on fut tout surpris de trouver des gouttelettes d'huile et même, dans un des cas, un véritable épanchement huileux.

Le tissu spongieux du tibia est largement ouvert dans l'articulation, et on sait combien sont vasculaires ces diverses extrémités osseuses.

Ici encore, la fracture passera inaperçue au point de vue thérapeutique, comme elle avait passé inaperçue au point de vue anatomique.

C'est à l'entorse qu'il faudra remédier, c'est sur elle que doit se concentrer l'attention des chirurgiens.

Je ne veux pas parler ici des complications ultérieures telles que les tumeurs blanches qui peuvent survenir chez des sujets prédisposés (Max Schüller).

Je me contenterai de dire que les deux grands dangers d'une entorse violente, sont la durée considérable que met l'épanchement sanguin à se résorber spontanément, et les raideurs articulaires, parfois l'ankylose qui peuvent résulter de l'entorse du genou.

Contre ces deux dangers ont lutté les chirurgiens; on pourrait classer les méthodes thérapeutiques en trois groupes : les méthodes timides, les méthodes audacieuses et les méthodes modérées.

Les méthodes timides sont celles qui craignent la suppuration et qui, pour ne pas risquer une complication, préfèrent n'obtenir qu'un résultat médiocre et s'en contentent.

Contre l'épanchement sanguin on a préconisé la compression lente avec un bandage roulé, les vésicatoires répétés, mis à plusieurs reprises, embrassant la rotule et couvrant les culs-de-sac synoviaux seulement.

L'immobilisation absolue, totale, qui dans une gouttière de fil de fer, qui dans un appareil silicaté fenêtré au niveau du genou, qui dans un appareil plâtré, était et est encore, pour le plus grand nombre des chirurgiens, le procédé le plus efficace et le plus tranquillisant pour éviter les douleurs, faire résorber l'épanchement, éviter les raideurs et se garder des complications.

La position à donner au genou a varié suivant les auteurs, c'est ainsi que Bonnet a posé la règle suivante, généralement adoptée : « Choisir la position dans laquelle la jambe n'est que médiocrement étendue sur la cuisse, et où le talon descend moins bas de 1 à 2 centimètres que celui du côté opposé. »

Noulis (1) recommande la demi-flexion. Mais malgré quelques observations citées dans son travail, où les résultats furent favorables à l'opinion qu'il soutient, elle passa presque inaperçue et les chirurgiens n'ont, pour ainsi dire sans exception, suivi ce précepte.

Bonnet et M. Panas, avant d'immobiliser le membre, exécutent un mouvement forcé de flexion du genou, de façon à dégager les ligaments croisés et les cartilages semi-lunaires qu'ils supposent interposés entre le tibia et le fémur. Dans le mouvement d'extension qui suit cette flexion forcée, les ligaments sont ramenés et remis en leur place.

Cette immobilisation est alors prolongée pendant toute la période nécessaire à la lente résorption de l'épanchement sanguin; pendant ce temps l'atrophie du triceps se montre et, lorsque l'on permet aux malades de marcher, la marche est difficile et « il est utile de se munir d'un tuteur métallique à deux branches latérales, se prolongeant jusqu'au pied et emboîtant parfaitement la cuisse jusqu'à l'ischion ».

Aux méthodes audacieuses se rattachent deux moyens énergiques : l'arthrotomie et la ponction.

L'arthrotomie, pour l'étude de laquelle nous renvoyons à la thèse de M. Jalaguier, a beaucoup perdu de ses partisans. C'est en effet une opération grave, quel que soit l'opérateur, et on n'est pas en droit de faire courir au malade un danger de mort thérapeutique, lorsque la lésion que l'on veut soigner n'est jamais mortelle par elle-même.

La ponction du genou est moins dangereuse et a été faite maintes et maintes fois. En 1877, Max Schede (2) la préconisa comme une méthode nouvelle, et subit de la part de Volkmann (3) une revendication de priorité curieuse pour nous qui nous rappelons que, dès 1861, Jarjavay (4) traitait ainsi toutes les hémi-arthroses, qu'avant 1873 Voillemier et Broca n'hésitaient pas à employer le même procédé, enfin que

(1) Noulis, *De l'entorse du genou*, th. Paris, 1875.
(2) Max Schede, *Zur Behandlung der Querbruche der Patella und des Olecranon* (*Centralbl. f. Chir.*, 1877, n° 42, p. 657).
(3) Volkmann, *Zur Punction der Hœmarthros* (*Centralbl. f. Chir.*, 1880. n° 10, p. 145).
(4) Thévenot, *Des épanchements traumatiques articulaires*, th. Paris, 1876.

Dubreuil, L. Labbé (1) faisaient de même. Volkmann peut donc laisser Max Schede demander en paix la priorité, elle n'appartient ni à l'un ni à l'autre.

La ponction était faite autrefois avec la lancette, et on extrayait ainsi par pression tout le liquide contenu dans l'articulation ; l'occlusion était faite ensuite et la durée de résorption était d'autant diminuée.

Max Schede ajoute actuellement à la ponction simple un lavage de l'articulation avec une solution phéniquée.

« La ponction est faite immédiatement après l'accident, avec un fort trocart, naturellement en prenant toutes les précautions antiseptiques. Le sang encore liquide et mêlé à la synovie est retiré sans peine de la cavité articulaire et cette dernière lavée avec une solution phéniquée à 3 p. 100 jusqu'à ce que le liquide ressorte clair. Ensuite ablation du trocart et occlusion de la plaie avec un petit morceau de protective et un gâteau d'ouate salicylée (2). »

Puis le malade est mis dans une gouttière et modérément immobilisé.

Les accidents consécutifs à la ponction sont peu fréquents et si nous recherchons les observations publiées nous trouvons quelques cas de mort. Sur les dix observations de Thévenot, interne de Jarjavay, il est un cas de mort; Dubreuil (3) a observé un fait analogue déterminé par les méthodes aspiratrices. Enfin nous possédons l'observation prise lorsque nous étions externe à l'hôpital Lariboisière en 1878, d'une femme couchée salle Sainte-Jeanne, n° 2, qui subit une ponction à la lancette de l'articulation du genou et qui mourut subitement le lendemain de l'intervention. A l'autopsie on trouva une embolie de l'artère pulmonaire.

Ce dernier fait n'est peut-être qu'une coïncidence, et les premiers ont eu lieu alors que le manuel opératoire était loin de présenter l'innocuité actuelle et peut-être trouvons-nous exagérées les conclusions auxquelles arrive Spillmann (4).

« En résumé, dit cet auteur, les avantages de la ponction, même au point de vue théorique, ne sont pas suffisants pour contrebalancer les dangers d'arthrite suppurante qu'elle peut faire courir. Pour notre compte, nous n'oserions y recourir que si une inflammation très vive nous donnait des raisons suffisantes pour croire à la présence du pus; alors la ponction exploratrice serait indiquée. » J'ai donné tout entière la citation de Spillmann pour montrer que l'auteur n'a peut-être pas bien vu quel était le but des chirurgiens qui veulent faire la ponction. C'est un adjuvant à la résorption et non un moyen curateur de l'arthrite Si celle-ci est purulente à plus forte raison devra-t-on intervenir et seul M. Spillmann serait actuellement hésitant ; ce ne serait pas la ponction qu'il faudrait faire, mais l'arthrotomie, et cela le plus rapidement possible.

Enfin j'arrive aux méthodes modérées; celles-ci participent des deux précédentes. Elles admettent l'immobilisation; pourtant parmi les auteurs il est quelques dissidents, qui laissent volontiers les malades libres dans leur lit, leur recommandant seulement de faire le moins de mouvements possible. Cette immobilisation s'est faite avec une bande élastique (Marc Sée) ou un pansement ouaté ; mais elle n'est absolue que pendant les premiers jours : dès que les phénomènes se sont un peu amendés, on cherche à remédier à cet épanchement considérable, et on applique le meilleur des agents, le massage. Je sais bien que des auteurs ont accepté et défendu le massage immédiat, le massage une heure ou deux après l'accident, mais je crois que dans ce cas il pourrait être dangereux et doit n'être appliqué que lorsque tous les premiers phénomènes sont un peu calmés.

A ce massage local au niveau de l'articulation, il faudra ajouter un massage général du membre, insister sur le muscle triceps, dont la vitalité est si promptement atteinte dans toutes les lésions du genou, et le maintenir dans un état tel que, lorsque le malade se lèvera, il ait un muscle utile, et puisse se servir de son membre.

A quel moment le malade devra-t-il se lever ? Cette question importante ne peut souffrir une réponse catégorique; c'est de l'état du malade que dépendra le conseil du chirurgien. Lorsqu'il n'existe plus de douleurs que les mouvements ont reparu, communiqués d'abord, spontanés ensuite, sans qu'il y ait de sensations douloureuses à leur suite, que l'épanchement a totalement disparu depuis quelques jours déjà, on pourra permettre au malade de se lever. Ajoutons que l'état du triceps devra être surveillé et que c'est sur lui que repose tout le fonctionnement futur du membre.

De toute cette discussion que résulte-t-il ? Que doit-on employer des méthodes que nous venons d'envisager.

Les méthodes modérées devront tout d'abord être employées, c'est-à-dire l'immobilisation et la compression ouatée pendant les premiers jours, puis le massage fait méthodiquement et scientifiquement. De cette façon on ne court pas de danger et on met le malade dans les meilleures conditions pour guérir vite et bien, c'est-à-dire sans raideurs et sans atrophie. Mais si, au bout de quelques semaines, d'un mois au plus, on s'aperçoit que l'épanchement n'a nulle tendance à diminuer, que la douleur a disparu, que l'arthrite traumatique n'est plus à craindre, que l'on n'a plus en somme affaire qu'à un épanchement sanguin, on devra devenir plus audacieux et traiter efficacement le malade.

L'arthrotomie lui ferait courir trop de danger, mais on est autorisé, on doit faire une ponction et délivrer le genou de l'épanchement qui éterniserait l'affection.

La ponction devra être faite avec toutes les précautions antiseptiques (on emploiera un appareil aspirateur, Potain ou Dieulafoy) et, dans ces conditions, ne présente aucun danger. La méthode de Max Schede est encourageante, les résultats qu'il donne, ceux qu'ont rapportés MM. Labbé, Delens à l'Académie de médecine, dans le traitement de l'hydarthrose par le même procédé, sont de nature à rassurer sur le danger que redouteraient encore quelques chirurgiens.

Enfin l'arthrotomie doit être réservée comme la seule et unique ressource dans le cas d'arthrite traumatique purulente, heureusement bien rare actuellement, mais dont quelques rares exemples sont encore signalés à la suite d'une ponction mal faite.

Je n'ai pas parlé du traitement de la fracture qui accompagne l'entorse du genou, c'est qu'ici elle ne donne lieu à aucun déplacement, qu'il est impossible d'agir sur elle et qu'elle se guérit pendant qu'est traitée l'entorse elle-même.

V

Dans toute fracture juxta-articulaire, la fracture ne sera prise en considération au point de vue thérapeutique que si elle détermine de la déformation. De là il n'est indispensable

(1) Tardif, th. Paris, 1873.
(2) Poinsot, De l'intervention opératoire dans les fractures de rotule. *Rev. de Chir.*, 1882, p. 54.
(3) Dubreuil, *Bull. Soc. de chir.*. 1872, p. 438.
(4) Spillmann, *Dict. Encycl. des Sc. méd.* Art. Genou, p. 553.

de mettre un appareil, que si cette déformation existe et après la réduction faite, si celle-ci a été nécessaire et si elle est difficile à maintenir.

Dans tous les cas, laisser l'appareil immobilisateur aussi peu de temps que possible. Si sa présence n'entraîne pas l'ankylose, elle amène tout au moins des raideurs qui mettent pour disparaître un temps parfois considérable et prolongent d'autant la durée de la convalescence, quand elles ne sont pas irrémédiables.

Dans tous les cas enfin, qu'il ait été indispensable de mettre un appareil pour la fracture, ou que celui-ci ait été inutile, on devra avoir recours aux différents moyens et en particulier au massage mis en usage pour traiter les lésions et prévenir les complications tenant au traumatisme principal subi, au traumatisme articulaire, en un mot à l'entorse dont la fracture n'est qu'une des lésions, parfois la seule lésion anatomo-pathologique.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 13 janvier 1888. — Présidence de M. Féréol.

COMMUNICATIONS

Abcès multiples d'un morphinomane simulant la farcin. — M. FÉRÉOL donne des nouvelles du malade dont il a parlé dans la dernière séance et qui paraissait présenter des symptômes de farcin. M. Nocard a fait des inoculations qui ont été absolument négatives. On a reconnu, d'ailleurs, qu'il s'agit d'un morphinomane qui a des abcès résultant des nombreuses piqûres qu'il se fait en se couchant. Sa morphinomanie remonte à quatre années.

M. FÉRÉOL remercie ses collègues et cède le fauteuil à son successeur.

M. CADET DE GASSICOURT prend place au fauteuil à la place de M. Siredey, absent de Paris.

De la pathogénie du mal de Bright. — M. GAUCHER lit un travail sur ce sujet. En voici le résumé :

L'introduction excessive ou la production exagérée de matières extractives dans l'organisme sont les conditions pathogéniques ordinaires du gros rein blanc (néphrite épithéliale parenchymateuse).

L'introduction exagérée ou la production excessive de matières extractives suffisent à elles seules pour produire le mal de Bright épithélial ; mais si une néphrite chronique existe déjà du fait d'une autre cause antérieure, le défaut d'élimination des matières extractives aggravera la lésion rénale.

De ces données expérimentales résultent des enseignements thérapeutiques importants. C'est d'abord le danger du bouillon de viande dans les néphrites ; pour les brightiques le bouillon est une solution de poison. C'est également dans toutes les maladies, et même chez les individus sains, le danger des extraits de viande, des bouillons concentrés, des poudres de viande qui, en dehors des sels minéraux toxiques, principalement les sels de potasse, renferment de plus des poisons organiques et précisément toutes les matières excrémentitielles dont les expériences de M. Gaucher démontrent l'action nocive.

Traitement de la diarrhée par l'acide lactique. — M. HAYEM fait une communication sur le traitement de la diarrhée microbienne infantile par l'acide lactique. Depuis qu'il soumet les enfants de la crèche de Saint-Antoine à ce traitement, la mortalité de ces enfants a considérablement diminué. Les premières doses qu'il avait indiquées étaient de trois à quatre cuillerées à café d'une solution à 2 p. 100. Il a élevé cette dose à vingt cuillerées à café et en a obtenu de très bons résultats.

Il a eu recours à cette médication chez des adultes atteints de diarrhée chronique rebelle, dans ces cas également il en a tiré de très bons effets. Les doses employées ont été, chez l'adulte, de deux à quatre cuillerées à bouche de la même solution.

M. SEVESTE appuie les observations de M. Hayem. Comme lui il pense qu'il faut donner des doses plus fortes que celles qui avaient été indiquées ; il y a des diarrhées qui ne cèdent pas à l'acide lactique, ce sont les diarrhées bilieuses. Celles-ci guérissent sous l'influence de doses très élevées de bicarbonate de soude (4 gr. 50 à peu près pour un enfant de 3 kilog.).

Des névrites dans la maladie de Bright. — M. RAYMOND communique l'observation d'un malade mort récemment dans son service. Il s'agissait d'un malade présentant tous les symptômes d'une néphrite interstitielle et qui, pendant l'évolution de sa maladie, a eu des névrites périphériques doubles, symétriques. L'autopsie a été faite avec grand soin ; on a trouvé une méningo-myélite au niveau de l'origine des nerfs sciatiques. M. Raymond ajoute qu'on peut engendrer chez les animaux de ces méningo-myélites qui ne donnent lieu que sept ou huit mois après à l'apparition de névrites périphériques.

M. RENDU est de l'avis de M. Raymond et cite un fait qui prouve que ces névrites périphériques se rattachent le plus souvent à une lésion spinale souvent ancienne.

M. RAYMOND a souvent constaté l'existence de ces névrites chez des vieillards cachectiques.

M. HAYEM fait observer que, chez les cachectiques, tous les tissus sont altérés, aussi bien les nerfs que les autres tissus.

Adénopathie sus-claviculaire dans le cancer de l'utérus. — M. TROISIER fait un rapport sur un travail de M. André Petit relatif à l'existence de ganglions sus-claviculaires dans le cancer de l'utérus. A ce fait intéressant signalé par M. Petit, M. Troisier ajoute de nouveaux faits empruntés, soit à sa pratique personnelle, soit à celle de ses collègues. Il cite plusieurs faits de cancer de l'utérus, ou même de l'ovaire, s'accompagnant d'adénopathie sus-claviculaire sans que, nulle part ailleurs, on ne trouve de ganglions intermédiaires. Cette adénopathie sus-claviculaire n'existe donc plus seulement dans le cancer de l'estomac, ou dans un cancer thoracique quelconque, mais aussi dans le cancer abdominal. Elle constitue une contre-indication formelle à toute intervention chirurgicale. Sa recherche est donc fort utile à ce point de vue.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 janvier 1888. — Présidence de M. Polaillon.

COMMUNICATIONS.

Autoplastie. — M. KIRMISSON, à l'occasion du rapport de M. Berger sur la communication de M. Poncet, fait connaître l'observation d'un homme de quarante ans qui portait, à la partie inférieure et externe de la jambe, une ulcération consécutive à une brûlure ancienne, qu'aucun moyen n'était parvenu à guérir. M. Kirmisson tailla un lambeau sur la fesse, fit une suture au catgut. Le résultat immédiat paraît très satisfaisant. Puis vers le onzième jour, environ, le lambeau devient froid, violacé, insensible. Le pédicule est détaché le quatorzième jour. Plus de la moitié du lambeau s'est sphacelée. M. Kirmisson attribue ce sphacèle à des causes multiples : d'abord la position très difficile à conserver malgré le courage et la patience du malade ; en outre le catgut s'est peut être résorbé trop tôt. M. Kirmisson, dans un autre cas de ce genre, préférerait transplanter le lambeau d'une jambe à l'autre. C'est ce qu'a fait souvent Billroth avec succès. Pour la paupière il préférerait un lambeau complètement détaché de son pédicule. Il demande à M. Berger si c'est ainsi qu'il a agi chez sa malade.

M. BERGER rappelle plusieurs faits, l'un, entre autres, dans lequel il a pris un lambeau dorsal de 8 centimètres sur 5 et l'a immédiatement détaché. Ce lambeau n'a pris que partiellement.

Au bout d'un certain temps il s'est atrophié et des 5 à 6 centimètres qui restaient, il n'y en avait plus que 2 à 3 après quelques mois.

On peut conclure de ce fait que ces lambeaux complètement détachés se résorbent sans nécrose, sans mortification. Il est donc préférable, dans ces cas, de recourir à la méthode italienne.

M. LE FORT croit que M. Berger aurait tort de généraliser cette opinion. Il est des cas, en effet, où ces greffes réussissent, mais il ne faut pas laisser le tissu cellulaire.

M. LE DENTU a eu recours quatre fois au procédé de M. Le Fort : dans un seul cas, il a eu du sphacèle, dans les trois autres cas, il a eu de bons résultats immédiats. Toutefois, il a observé, comme M. Berger, une certaine rétraction de ces lambeaux. On pourra éviter cette rétraction en taillant des lambeaux plus grands que les surfaces à recouvrir.

M. LE FORT croit qu'il y a avantage, dans ces cas, à prendre, pour le lambeau, autant que possible une peau de même texture que celle qu'il faut remplacer.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE a traité des ulcères de jambes en les recouvrant de petits fragments de lambeaux empruntés à des jambes saines récemment amputées. Tous ces lambeaux, après cinq ou six semaines, se résorbèrent. Il a obtenu de meilleurs résultats chaque fois qu'il a emprunté ces petits lambeaux à l'individu lui-même.

Le catgut. — M. MONOD, à propos de la communication de M. Lucas-Championnière, dans la dernière séance, signale un travail de M. Kocher (de Berne), sur les inconvénients du catgut. Il l'a complètement remplacé par de la soie au sublimé et s'en est très bien trouvé.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE fait observer que le catgut du commerce est généralement mal préparé. Quand il est bien préparé, il n'a pas le moindre inconvénient. Le bon catgut, en effet, ne s'élimine jamais, tandis que la meilleure soie s'élimine, sauf dans les ovariotomies où il s'agit de conditions spéciales.

Double luxation spontanée des épaules. — M. LE FORT communique l'observation d'un homme jeune encore, qui avait eu antérieurement des accidents syphilitiques et plus récemment des attaques épileptiformes. Cet homme se réveille, un matin, l'épaule gauche luxée ; trois jours après, il se luxe l'épaule droite également sans cause appréciable. Il se met entre les mains d'un masseur qui lui masse les deux épaules et le renvoie chez lui, ses deux luxations n'étant pas réduites. Ce ne fut que huit semaines après que M. Le Fort, auprès duquel fut envoyé ce malade, réduisit les deux luxations à huit jours d'intervalle, avec l'appareil de Malgaigne. Pour la première luxation, il exerça une traction de 180 kilogrammes au dynamomètre ; pour la seconde, il ne dépassa pas 90 kilogrammes. Les deux luxations réduites, il fit maintenir les deux bras croisés sur la poitrine et, craignant de voir ces luxations se reproduire avec la plus grande facilité, il s'efforça de les maintenir réduites par des appareils spéciaux. En raison des antécédents syphilitiques, il fit prendre à ce malade du sirop de Gébert. Comment expliquer la production de ces luxations ? M. Le Fort pense qu'elles se seront produites dans le cours d'une attaque épileptiforme, la nuit, sans même que le malade en ait eu conscience.

M. DESPRÉS a aussi un malade qui avait une luxation de l'épaule gauche s'étant déjà produite cinquante-trois fois. Elle se produisait chaque fois qu'il élevait le bras. Recherchant la cause de cette luxation, M. Després apprit que la première fois qu'il s'était luxé l'épaule, il était resté suspendu par le bras et avait tourné sur lui-même. Il y avait donc une large échancrure de la capsule, laquelle avait persisté. Cet homme avait, en outre, une arthrite sèche de l'épaule. M. Després a essayé, sans succès, un appareil pour maintenir réduite la luxation.

Pour le procédé de réduction, M. Després partage l'opinion de M. Le Fort.

M. LE FORT fait observer qu'il s'agit, dans le cas de M. Després, de luxations récidivées. C'est là un cas différent de celui de luxation double spontanée dont il a parlé.

Section de l'éperon dans l'anus contre nature. — M. VERNEUIL, en présence des difficultés qu'on éprouve à bien placer l'entérotome de Dupuytren pour sectionner l'éperon dans un anus contre nature, a eu l'idée de recourir au moyen suivant, qui lui a particulièrement très bien réussi dans un cas où il avait à sectionner un éperon à travers le fond de la cavité vaginale ; il saisit l'éperon à l'aide de deux pinces hémostatiques ordinaires, l'attire ainsi le plus près possible, confie les deux pinces à un aide et saisit alors, entre ces deux pinces, la portion d'éperon qu'il veut sectionner et la fixe entre les deux mors plats d'une pince spéciale, qu'il laisse en place. A l'aide de cette pince il résèque ainsi une portion plus ou moins étendue de l'éperon.

M. DESPRÉS rappelle avoir présenté, en 1885, l'observation d'un anus contre nature, qu'il avait opéré en 1884, et pour lequel il s'était servi de la pince à phymosis de Ricord, bien supérieure à tous les entérotomes imaginés depuis.

Pyo-salpingite. — M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE présente les pièces provenant d'une malade qu'il a opérée, il y a quatorze jours, d'une pyo-salpingite double. L'une des trompes contenait 1 200 gr. de pus et l'autre un litre. L'une de ces trompes était très adhérente par sa partie profonde. Il s'agit d'une femme de trente-sept ans qui n'avait jamais eu de troubles menstruels et qui souffrait modérément. La tumeur du côté droit remontait à quatre ans. D'un côté, on ne trouva pas l'ovaire, de l'autre côté, au contraire, on le trouva parfaitement sain, ce qui explique la persistance des règles. La malade va aussi bien que possible.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret, en date du 16 janvier 1888, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Janin, Rivière, Meyer, Perret, Montagnon, Toussaint, Mouisset, Valla, Gauvry, Taty et Humblot.

— Par décret, en date du 18 janvier 1888, a été promu dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Clouard, aide-médecin, docteur en médecine.

— Par application des dispositions du titre IX de la décision ministérielle du 26 mars 1887 et de l'article 15 du décret du 22 novembre 1887, M. Dubar, élève du service de santé militaire, reçu docteur en médecine, est nommé à l'emploi de médecin stagiaire à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires, pour prendre rang du 14 janvier 1888.

— MM. les élèves internes et externes en médecin et en chirurgie actuellement en fonctions, ainsi que ceux qui ont été nommés à la suite des derniers concours, sont prévenus qu'il sera procédé, dans les formes ordinaires, à leur classement et à leur répartition, dans les établissements hospitaliers de l'administration de l'Assistance publique, pour l'année 1888. En conséquence, ils devront se présenter au secrétariat général de l'administration, avenue Victoria 3, pour retirer eux-mêmes et signer leur carte de placement, sans laquelle ils ne seraient pas admis dans les établissements.

Ces cartes seront délivrées :

1° A MM. les élèves internes des deuxième, troisième et quatrième années, le mardi 24 janvier, à deux heures, dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3 ;

2° A MM. les élèves internes de première année, et à MM. les internes provisoires, le mercredi 25 janvier, à une heure et demie ;

3° A MM. les élèves externes de deuxième et de troisième années, le jeudi 26 janvier, à une heure ;

4° A MM. les élèves externes de première année, première moitié de la liste, le vendredi 27 janvier à une heure ; deuxième moitié de la liste, le samedi 28 janvier à une heure.

— Conformément aux termes du testament d'Ernest Godard, la Société de biologie décernera, à la fin de l'année 1888, un prix de 500 francs au meilleur mémoire qui lui sera adressé sur un sujet se rattachant à la biologie. Aucun sujet de prix ne sera proposé. Dans le cas où, une année, le prix n'aura pas été donné, il sera ajouté au prix qui serait donné deux années plus tard.

Les mémoires devront être envoyés au secrétaire général de la Société avant le 15 octobre; passé cette date, ils ne seront plus admis au concours.

— M. Joseph Denicker, docteur ès sciences naturelles, pourvu du certificat d'aptitude aux fonctions de bibliothécaire universitaire, est nommé bibliothécaire au Muséum d'histoire naturelle, en remplacement de M. Desnoyers, décédé.

— A la suite du décès de M. le professeur Dally, des modifications importantes ont été introduites dans l'École d'anthropologie. Deux chaires nouvelles ont été créées. MM. Manouvrier et G. Hervé, professeurs-adjoints, ont été nommés titulaires.

L'École se trouve maintenant constituée de la manière suivante :

Embryologie et anthropogénie, professeur M. Mathias-Duval; anthropologie générale, professeur M. Topinard; anthropologie préhistorique, professeur M. G. de Mortillet; ethnographie et linguistique, professeur M. A. Hovelacque; géographie médicale, professeur M. Bordier; histoire des civilisations, professeur M. Letourneau; anthropologie physiologique, professeur M. Manouvrier; anthropologie zoologique, professeur M. G. Hervé.

— Dimanche prochain, 22 janvier 1888, M. le docteur George, maître de conférences à l'Institut national agronomique, fera, au Conservatoire national des Arts et Métiers, rue Saint-Martin 292, à deux heures et demie, une conférence sur « l'hygiène de la peau ».

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 10. — MARDI 24 JANVIER 1888. 61e ANNÉE. MARDI 24 JANVIER 1888. — N° 10.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE . 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. VERNEUIL.

I. Phlegmon bronzé, injections antiseptiques; — II. Fongosités tuberculeuses, tumeur blanche, amputation.

I. Vous avez vu tout à l'heure, pendant la visite, le résultat de l'abstention chirurgicale chez un de mes malades, tout en faveur d'une thérapeutique médicale, résultat, je dois l'avouer, qui a dépassé mes espérances, en ce sens que si je comptais sur un succès, je ne l'avais pas espéré aussi complet.

Il s'agit d'un homme de quarante ans, d'une sorte d'hercule pour la taille et la force réellement athlétique, exerçant la profession de maître d'un bateau-lavoir, sujet alcoolique, au foie hypertrophié, qui est entré pour un phlegmon bronzé, et que nous avons guéri par des injections faites dans la profondeur du foyer, à travers une très petite ouverture.

Et le fait est d'autant plus intéressant qu'il montre bien que les grandes ouvertures, que l'on pratiquait autrefois sur les phlegmons, ne sont plus nécessaires aujourd'hui; qu'il convient actuellement de ne faire que des ouvertures, tout juste suffisantes pour introduire, dans la cavité phlegmoneuse, un liquide antiseptique. Il en est ainsi d'ailleurs, également, pour les panaris que je traite de la même façon.

Je dois ajouter que, chez mon malade, j'ai fait une série de petites piqûres afin de porter sûrement, au centre même du mal, le liquide antiseptique.

Comme vous le voyez, le traitement actuel des abcès ne repose plus sur les mêmes principes qu'il y a quelques années où l'on avait pour but, par une large incision, de faciliter autant que possible un écoulement continu du liquide purulent. Aujourd'hui on se contente d'une petite ouverture suffisante pour que le pus puisse sortir, mais en vue surtout de faire pénétrer un liquide antiseptique au centre du foyer purulent.

Et si, actuellement encore, un certain nombre de chirurgiens ouvrent largement les abcès froids, pour ma part, je me borne à des piqûres de deux millimètres, me permettant d'évacuer la poche et d'introduire aussitôt après, avec la seringue de Pravaz, le liquide antiseptique.

Chez mon malade au phlegmon bronzé, j'ai lardé — je puis dire le mot — son foyer de dix-huit piqûres, réparties en deux séances, injectant, pendant le cours de chacune d'elles, la valeur d'une demi-seringue d'une solution phéniquée à un pour cent, puis j'ai recouvert la surface de son phlegmon d'un large épithème d'onguent napolitain belladoné.

C'est ainsi encore que, dans le cas de pustule maligne, je fais suivre l'incision, l'extirpation, d'injections dans toute la zone inflammatoire périphérique, injections d'un liquide désinfectant, tel que l'acide phénique, la teinture d'iode, etc.

Le but que l'on se propose est donc, en réalité, la désinfection des foyers, en vertu de ce principe que les abcès chauds ou froids doivent être considérés comme des affections parasitaires. On retire donc le liquide purulent, par une petite incision, après quoi l'on pratique des injections antiparasitaires.

Chez mon malade au phlegmon bronzé du cou, si j'avais été forcé d'inciser la partie malade, j'aurais encouru le risque, en raison même de la région atteinte, d'hémorrhagies secondaires des plus redoutables ; d'abord, parce que la recherche des vaisseaux artériels y présente certaines difficultés, ensuite parce que le tamponnement y est difficile aussi et dangereux.

J'ai donc fait le traitement suivant : injection antiseptique par la petite ouverture qui a donné issue au pus ; injections antiseptiques interstitielles dans la zone inflammatoire périphérique ; application d'onguent napolitain belladoné ; administration à l'intérieur de noix vomique comme chez les hépatiques.

Si de ce malade nous passons à un autre, situé dans une salle voisine, nous trouvons un individu à peu près du même âge, quarante-trois ans, cuisinier, également fort, vigoureux, taillé aussi en hercule, et alcoolique. Cet homme est albuminurique — le précédent avait une cirrhose hypertrophique du foie, — il a une atrophie rétinienne avec phénomènes pour lesquels on lui a fait, dans la région temporale, des injections hypodermiques de pilocarpine. La seringue dont on s'est servi était-elle bien propre, ou bien le malade a-t-il commis quelque imprudence ? Je l'ignore, mais toujours est-il qu'à la suite de cette piqûre, il a eu un phlegmon sérieux de la région temporale. Vous savez d'ailleurs que toute écorchure chez un brightique peut entraîner des acci-

dents graves. Aussi chez les albuminuriques, toute piqûre exige-t-elle les plus grandes précautions, tant pendant cette piqûre elle-même qu'après.

D'ailleurs, je ne saurais trop le répéter, le chirurgien, avant d'entreprendre une opération, si minime pour ainsi dire qu'elle soit, doit connaître avec soin la constitution et l'état général de son malade.

II. Quelques mots seulement sur l'opération que je vais pratiquer dans quelques instants, une amputation de la cuisse.

En général, je touche le moins possible aux lésions tuberculeuses, à moins que ce ne soit par des moyens doux; je ne pratique ni le grattage ni l'évidement des os, sièges de foyers tuberculeux; je fais rarement la résection de certains os; par contre, si je vois le mal traîner en longueur, je me décide à l'amputation, mais loin du foyer.

Mais je ne fais pas d'amputation de parti pris. Ainsi, il y a un peu plus d'un an, j'avais ici, dans mes salles, une petite fille à laquelle j'ai enlevé l'astragale, puis, lorsque la plaie a été guérie, je l'ai envoyée passer un assez long temps à l'hôpital de Berck-sur-Mer, comme traitement post-opératoire. Elle nous en est revenue dans un excellent état de santé, fraîche, rose, jouissant d'un certain embonpoint, avec un pied parfaitement mobile, qui va lui permettre de marcher, dès qu'elle sera munie d'un soulier bien fait.

En thérapeutique, il nous faut donc avoir, non pas deux, mais dix poids et dix mesures. En effet, les tuberculeux doivent être divisés en plusieurs groupes selon l'âge.

Chez les vieillards, il n'y a généralement pas à intervenir chirurgicalement, car chez eux la lésion a une marche torpide. Chez les adultes, pour certaines jointures, telles que les poignets, le coude, votre thérapeutique doit être conservatrice, laquelle, par contre, ne réussit presque jamais lorsqu'il s'agit de l'articulation du cou-de-pied. Chez les adolescents, les efforts de conservation sont couronnés de succès dans la moitié des cas environ. Enfin la chirurgie conservatrice est encore celle à laquelle on doit avoir généralement recours chez les enfants.

Notre petite fillette, dont je vous parlais tout à l'heure, en est une preuve nouvelle. Son articulation tibio-tarsienne était remplie de fongosités, celles-ci se retrouvaient jusque dans la gaine de l'artère tibiale postérieure, derrière la malléole; cette enfant a même eu une hémorrhagie qui m'a forcé à lier les deux bouts de cette artère. La lésion tuberculeuse était telle que j'ai été sur le point de faire l'amputation. Le toucher, à travers la plaie, m'a montré un astragale dénudé, et les cartilages des os voisins rongés par des fongosités. Bref, je me suis contenté d'agrandir la plaie, d'extraire l'astragale en son entier, et de traiter ensuite ma petite malade par l'iodoforme, des injections d'éther iodoformé dans la plaie et l'immobilisation. Puis, lorsqu'elle a été suffisamment bien pour partir, je l'ai envoyée, comme je vous le disais tout à l'heure, à Berck-sur-Mer.

Dans certains cas, au contraire, comme chez un de nos malades atteint d'une synovite tuberculeuse de l'articulation tibio-tarsienne, et chez lequel les viscères ne sont pas encore bien malades, je considère l'amputation comme un acte de chirurgie conservatrice.

Quant à celui que je vais amputer tout à l'heure, c'est un homme dont les poumons ne sont pas encore absolument en mauvais état, quoique tuberculeux. Il a une tumeur blanche du genou gauche, pour laquelle il a été traité, sans aucun résultat, par tous les moyens possibles.

Je vais l'amputer; mais quels risques l'opération peut-elle lui faire courir? La mort? Oui, comme dans toute amputation, mais nous savons que les érysipèles sont rares chez les tuberculeux; les hémorrhagies secondaires ne sont pas à redouter chez lui, car il n'a pas eu de suppuration prolongée, et le foie est sain. Je sais bien aussi qu'il peut succomber à quelque dégénérescence amyloïde du rein, par exemple, où à quelque colonisation bacillaire dans d'autres organes que les poumons, dans les méninges, par exemple, où les bacilles peuvent quelquefois rester très longtemps à l'état latent. Enfin, la mort peut être la conséquence d'une recrudescence de sa tuberculose pulmonaire : l'amputation peut donner un coup de fouet sur quelque foyer resté jusque-là à l'état latent.

Cependant je n'y crois guère, car cet homme a dépassé l'âge de la tuberculose miliaire; je craindrais plutôt, si quelque chose devait se produire, une aggravation du côté des poumons, soit qu'il survienne une pleurésie purulente, soit qu'il se fasse une pneumonie caséeuse. Cependant, je le répète, je n'en ai guère la crainte, car cet homme est depuis longtemps déjà saturé de médicaments qui l'ont préparé à cette intervention chirurgicale, de façon à prévenir, autant qu'il nous est possible de le faire, toute généralisation de la tuberculose.

Je vois donc, en résumé, dans cette amputation, une espérance motivée d'amélioration, de forces, de poids et de graisse recouvrés, de telle sorte que l'opération ne saurait avoir aucune influence fâcheuse.

HOPITAL NECKER. — M. PETER.

I. Gastrite subaiguë. — II. Tuberculose pulmonaire, hémoptysies, vomitifs et révulsions.

I. Au numéro 11 de la salle Saint-Luc est placé un malade, entré ces jours derniers pour des troubles fonctionnels de l'appareil digestif auxquels de lui-même, — probablement d'après les médecins qu'il a consultés, avant de venir à l'hôpital, — il donne le nom d'embarras gastrique. Cet homme est d'aspect robuste, il n'a pas maigri, nous dit-il, bien que ces troubles datent déjà d'un certain temps.

Nosologiquement l'embarras gastrique n'existe pas, il n'est autre chose que le résultat ou bien de libations trop copieuses, ou bien d'une surcharge alimentaire, dont l'estomac se débarrasse par le vomissement.

En réalité, le terme est des plus mauvais, car ce que l'on veut désigner sous le nom d'embarras gastrique, c'est une sorte de gastrite subaiguë ou de catarrhe de l'estomac, caractérisé par de l'inappétence, de la douleur au creux stomacal et un léger appareil fébrile, tous phénomènes dont la durée peut être de deux, quatre, six, huit ou dix jours.

Or, que nous a dit cet homme, qui, d'ailleurs, est fort intelligent, c'est qu'il a déjà eu quatre fois de pareils symptômes, et que sa crise actuelle est la cinquième; de plus, depuis un certain temps déjà, il se nourrit surtout de laitage, parce que, de tous les aliments, c'est le laitage qu'il digère le mieux et qui ne lui cause pas de souffrances. Mais d'où souffre-t-il véritablement? Du creux épigastrique exclusivement, ou de la totalité de l'estomac? Il souffre de la totalité de l'estomac, mais principalement au niveau du creux épigastrique, par conséquent de son pneumogastrique gauche exclusivement, puisque le droit, comme vous le savez, tient le foie sous

sa dépendance. Le fait est, du reste, confirmé par la pression le long de la carotide primitive gauche, c'est-à-dire sur le trajet du pneumogastrique gauche, qui détermine de la douleur, tandis qu'elle n'est pas douloureuse sur le trajet de son congénère du côté droit.

Il s'agit donc bien chez notre malade d'une affection de l'estomac. Mais existe-t-il un certain degré d'hyperthermie locale? Oui, puisque la température est dans cette région à l'état normal de 35°5, tandis que, chez notre malade, elle est de 36°2, soit une élévation de 0°7. La douleur au creux de l'estomac, la douleur sur le trajet du pneumogastrique gauche et l'hyperthermie locale nous indiquent sans aucune hésitation une hyperhémie, par suite une phlegmasie de l'estomac, car cette hyperthermie ne peut se prolonger pendant quelque temps, sans se transformer en phlegmasie stomacale et déterminer des troubles fonctionnels, des troubles des glandules à pepsine.

Vous voyez donc, en résumé, l'importance d'employer des termes exacts, scientifiques, au lieu de celui d'embarras gastrique qui n'a nullement la signification qu'on lui a maintes fois donnée. J'ai vu, dans ma carrière médicale déjà longue, nombre d'individus dont les séries d'*embarras gastriques* se sont terminées par un ulcère douloureux simple de l'estomac, avec hématémèses, etc. etc.

En somme, notre malade a une gastrite subaiguë, chronique, légère encore, susceptible d'être traitée et de guérir par l'emploi de révulsions, telles que des vésicatoires et des pointes de feu, et par une alimentation principalement lactée. J'ajoute que cet individu est hypochondriaque, comme beaucoup de malades atteints d'une affection stomacale.

II. Dans la même salle Saint-Luc, est entré, ces jours derniers, un autre malade, qui a des crachements de sang abondants, d'un sang rouge, spumeux, provenant de l'appareil respiratoire. Ces hémoptysies ont commencé à se produire il y a deux ans, et, depuis lors, se sont répétées à des intervalles plus ou moins rapprochés. Mais avant leur début, cet homme était en proie à des troubles digestifs prononcés, ne mangeant plus, digérant mal, dépérissant, tombant, en un mot, dans une inanition digestive, qui prédispose par elle-même à la tuberculose.

Cependant, fait curieux, avec les hémoptysies l'appétit est revenu, les troubles digestifs ont cessé, si bien que, malgré la longue durée des crachements de sang, cet homme a offert une très grande résistance, et qu'aujourd'hui sa tuberculose est encore peu avancée. Il est cependant tuberculeux, puisque, à la percussion du sommet nous trouvons, en avant, la sonorité sous-claviculaire à peu près normale du côté droit, modifiée du côté gauche; la respiration à peu près pure à droite au sommet, avec quelques bulles humides seulement au niveau du mamelon; et à gauche depuis la clavicule jusqu'au mamelon des râles humides et quelques craquements secs. En arrière, à droite et à gauche, nous avons de la matité dans les fosses sous-épineuses, à droite un peu de diminution de la sonorité; à gauche des râles humides. En résumé il s'agit donc d'une tuberculose parvenue à la fin de la première période, ou au commencement de la seconde, avec un état congestif du poumon plus étendu à gauche qu'à droite.

Mais pourquoi cette tuberculisation, dont le début remonte au moins à deux ans, est-elle si peu avancée? C'est que depuis deux ans les fonctions digestives sont rétablies; c'est que cet homme mange avec appétit et digère convenablement, et par suite se conserve, tandis que si l'hématose et les fonctions digestives se trouvaient tout à la fois troublées, ces deux colonnes faisant défaut, l'édifice s'écroulerait tout entier.

Je pourrais vous citer le fait d'une jeune fille — elle a aujourd'hui dix-neuf ans — qui, depuis des années, ne mangeait plus ou mangeait toutes choses ne pouvant la nourrir, souffrait de troubles dyspeptiques très accentués. Il y a quelques mois, elle vient de Versailles avec sa mère me consulter; je constate des craquements à l'un des sommets de la poitrine avec un certain mouvement fébrile. Ce jour-là elle paraissait avoir conservé assez de forces pour avoir fait en chemin de fer, sans fatigues, le voyage court, du reste, de Versailles à Paris. Or, trois jours plus tard, elle avait à peine la force d'aller de son lit à la fenêtre. Elle eut alors une violente congestion pulmonaire suivie d'hémoptysie. Or, dès qu'elle eut craché une certaine quantité de sang, elle s'est mise à manger, l'hyperhémie stomacale qu'elle avait jusque-là s'étant portée sur le poumon.

Eh bien! il en a été de même de notre homme de la salle Saint-Luc. Chez lui, de plus, il y a un autre facteur important, c'est-à-dire l'absence de fièvre (36°8 le matin et 37 degrés le soir). Des tuberculeux, ainsi apyrétiques et ayant recouvré de bonnes fonctions digestives, peuvent vivre pendant de longues années, cinq, dix, vingt et même cinquante ans, car le pronostic, très grave d'un côté, se trouve très atténué d'autre part.

De plus, il arrive quelquefois, chez les individus à fluxions faciles, que les hémoptysies sont pour ainsi dire un phénomène salutaire. Ces tuberculeux sont généralement soulagés par les crachements de sang, l'oppression dont ils souffrent résultant non seulement de la présence des tubercules dans les alvéoles pulmonaires et dans le tissu périalvéolaire, mais encore de la congestion qui s'est faite au loin et à l'entour des tubercules. L'hémoptysie, dans ces cas-là, cause donc un soulagement.

Cependant, si elle soulage les malades, d'autre part aussi elle tend à épuiser l'organisme; de là, l'indication de s'efforcer de défluxionner les tuberculeux. C'est pourquoi, notre homme n'ayant pas de fièvre, je lui ai prescrit un vomitif afin de supprimer les hémorrhagies.

Stoll qui voyait partout de la polycholie, des flux de bile, avait préconisé la médication antibilieuse; il combattait aussi par les mêmes moyens les hémoptysies, en prescrivant la poudre d'ipéca à la dose de 4 grammes, et les hémoptysies s'arrêtaient. Trousseau, qui avait admis cette manière de voir, donnait aussi volontiers un vomitif dans les mêmes conditions, mais la dose d'ipéca n'était que de 3 grammes. Cette dose, j'ai cru devoir l'atténuer encore; je donne 1gr,50 d'ipéca en trois fois, administré à dix minutes d'intervalle.

C'est la dose que je viens de prescrire à mon malade, dont les crachements de sang datent actuellement de quatre jours et qui, je l'espère, sous son influence, vont s'arrêter.

Mais, je le répète, je ne prescris les vomitifs chez les tuberculeux contre l'hémoptysie, que lorsque la tuberculose ne s'accompagne d'aucun mouvement fébrile. S'il y a, au contraire, de la fièvre, je les proscris tout à fait, car, loin d'enrayer le mal, ils dépriment alors davantage les malades.

En réalité, le vomissement provoqué par l'ipéca est une véritable sinapisation intrastomacale, et qui, de plus, trouble tout l'organisme, car il y a absorption du principe actif de l'ipéca, c'est-à-dire de l'émétine, ainsi que l'examen du pouls nous le démontre. Cette absorption de l'émétine, nous est

encore prouvée par son action sur les nerfs vaso-moteurs, par l'état tétanique des petits vaisseaux qui en est la conséquence. Il y a là, en un mot, un acte véritablement complexe.

Pour compléter le traitement, je dirai que notre malade, en raison de ses fluxions hémorrhagiques pulmonaires répétées, a besoin d'une contrefluxion permanente, aussi ne pourrons-nous obtenir que de bons effets d'une révulsion à poste fixe, c'est-à-dire par l'application d'un cautère permanent, posé, par exemple, dans le deuxième espace intercostal du côté gauche.

HOPITAL SAINT-JOSEPH. — M. Le Bec.

Scrofule sénile; synovite fongueuse du poignet; curage; ablation de plusieurs os du carpe; guérison.

L... Alexandre, soixante-dix ans, musicien, entre dans mon service le 16 décembre 1885.

Cet homme est un vieillard affaibli et très maigre. Il y a deux ans, il commença à souffrir de sa main droite, et à se fatiguer en jouant de son instrument. Peu à peu les doigts se raidirent et se fermèrent en griffe.

Une première tumeur se forma, sans grande douleur, dans la paume de la main, le long du deuxième métacarpien. D'autres se formèrent successivement au-dessus et au-dessous du ligament annulaire du carpe.

Il y a quatre mois, il se forma une petite ouverture qui donna issue à un liquide citrin, gélatineux.

Le malade ne fit aucun traitement.

État actuel. Le poignet et la main, à sa face antérieure, sont notablement déformés. On trouve une tumeur occupant toute l'étendue de la paume de la main, allant depuis les extrémités inférieures des métacarpiens, jusqu'à trois centimètres plus haut que le ligament annulaire du carpe limitée en dedans par l'éminence hypothénar qui est saine, et en dehors par le bord radial de la main.

Partout la masse est tuméfiée, rouge sombre, douloureuse à la pression; molle et fluctuante dans la paume de la main, elle a une consistance dure au niveau du carpe.

Les mouvements volontaires sont très limités; les mouvements communiqués sont encore étendus mais douloureux, sauf au pouce et à l'index, qui sont peu sensibles.

Il existe trois ouvertures. L'une au bas et au-dessous de l'extrémité supérieure du deuxième métacarpien, dans laquelle un stylet ne pénètre pas. La deuxième au niveau de l'éminence thénar, dans laquelle le stylet pénètre profondément en haut vers l'articulation du poignet. La troisième est juste en face de cette articulation et a un trajet très court, très direct, vers la jointure.

C'est par la seule ouverture médiane que coule le liquide gélatineux. A l'orifice on voit apparaître de petites masses blanchâtres. Ce sont de petits filaments tendineux, qui doivent provenir des tendons fléchisseurs, évidemment détruits par le mal.

Les mouvements de l'articulation du poignet sont remarquablement faciles et peu douloureux.

La face dorsale de cette région ne présente pas trace de tuméfaction, la couleur de la peau est normale. La pression n'est pas douloureuse à ce niveau.

Quatre jours après l'entrée du malade, une nouvelle ouverture s'est faite en haut du cinquième métacarpien.

En face de ces désordres, pensant que la gaine des fléchisseurs est détruite par les fongosités, et peut-être les tendons attaqués, que les os du carpe sont vraisemblablement malades, je me décide à faire un grattage avant d'en venir à une amputation.

Décembre 27. *Opération.* — Le malade est endormi, et une bande de caoutchouc est enroulée autour du bras pour faire l'hémostase. La main est soigneusement lavée avec de l'eau, du savon, pour une solution de sublimé à 1/1000.

Je fais une longue incision au-dessus du poignet, et je tombe sur une masse de fongosités qui remplissent la partie supérieure de la grande gaine carpienne. Ces fongosités sont grattées, et, en les enlevant, je constate que les tendons des muscles grand palmaire et fléchisseur de l'annulaire sont sectionnés par le mal. Je résèque les bouts de tendons ainsi détruits.

Je fais ensuite une incision à la paume de la main, dans laquelle existent de volumineuses fongosités, qui ont perforé la peau en deux endroits, et sortent par de petits orifices fistuleux. Je constate alors que l'arcade palmaire superficielle et le nerf médian sont entourés par les fongosités. Pour mieux faire le grattage, je me décide alors à faire la section de l'artère entre deux ligatures, puis je mets à découvert le nerf médian. Il est facile d'enlever toutes les productions pathologiques. C'est alors que je constate que la gaine synoviale a été détruite à la face profonde, et que le squelette du carpe est à nu. En même temps j'incise et je gratte un dépôt situé sous la peau de l'éminence hypothénar. Revenant au squelette, je l'attaque avec une forte curette tranchante, je creuse facilement une cavité dans le pyramidal et l'os crochu, atteint de carie, et je m'arrête quand je trouve l'os dur, bien que d'aspect très jaune, comme chez le vieillard. Ces os ne sont pas détruits en totalité, ce qui nous explique l'intégrité du poignet à sa face dorsale. Le pisiforme est enlevé en totalité.

Quand la bande de caoutchouc est retirée, je m'aperçois que l'artère cubitale est blessée, je lui fais une double ligature.

Drainage aux deux extrémités de la plaie et dans l'éminence hypothénar, où le drain est très court. Suture au crin de Florence. On laisse une partie de la plaie ouverte. Iodoforme, pansement compressif au coton hydrophile trempé dans le sublimé et exprimé.

27. Le malade a passé une bonne nuit, et n'a senti qu'un peu de cuisson dans sa main; le pansement étant un peu souillé, est changé, sauf la bande de gaze iodoformée. P. 78. T. 37° 2.

1886, 3 janvier. Pansement changé. Compression modérée. Les drains sont diminués de longueur.

11. Les drains sont retirés. Des bourgeons charnus comblent la cavité de l'éminence hypothénar.

17. On fait un pansement à l'onguent styrax.

Pendant le mois de février, la partie de la plaie qui était restée ouverte se ferme complètement.

Le malade sort au commencement du mois de mars, les cicatrices sont couvertes d'une croûte épaisse. Les mouvements des doigts sont revenus presque entièrement.

Le malade a été revu au bout d'un mois, la cicatrice était solide. Depuis il n'est pas revenu à l'hôpital.

Nous ne présentons cette observation qu'au point de vue clinique exclusivement, et nous n'avons nullement l'intention d'entrer dans une discussion de laboratoire, au sujet de ce cas. Certains chirurgiens ont une tendance marquée à voir toujours de la tuberculose, là où leurs prédécesseurs voyaient de la *scrofule sénile*. Nous avouons franchement, que les bacilles n'ont pas été recherchés dans les fongosités qui ont été extraites. Du reste, que les bacilles soient la cause des altérations locales, ce qui n'a pas été démontré, ou qu'ils se soient seulement développés sur ce point, parce que le terrain était favorable à leur développement, le traitement était tout indiqué. C'était la destruction radicale.

Toutefois, il y avait à prendre en considération le grand âge du malade, (soixante-dix ans, et l'étendue du mal, sa facile propagation à toutes les articulations du corps.

Avant de supprimer un segment du membre, nous avons voulu faire bénéficier le malade des progrès de la chirurgie, et des pansements antiseptiques. Bien nous en a pris, puisque le succès a couronné nos efforts. Nous ne cachons pas que, l'opération faite, le mal nous a paru bien grave, puisqu'il avait fallu retirer quelques os du carpe, atteints par la carie, et que les craintes d'une repullulation du mal furent très grandes.

Le résultat a été excellent, toutes les plaies se sont fermées, et les mouvements sont revenus dans les doigts, sauf dans l'annulaire dont le tendon fléchisseur avait été détruit par les fongosités.

Ce cas nous donne la preuve que l'on peut guérir une synovite fongueuse grave, chez un vieillard, en l'attaquant avec hardiesse et vigueur.

PRÉFECTURE DE POLICE.

SERVICE MÉDICAL DE NUIT DANS LA VILLE DE PARIS.

Par M. le docteur PASSANT.

Statistique du 1er octobre au 31 décembre 1885.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	TOTAL
1er	13	12	6	31
2e	18	17	1	36
3e	24	44	10	78
4e	34	44	7	85
5e	24	35	4	63
6e	15	23	9	47
7e	22	13	4	39
8e	6	9	»	15
9e	17	17	»	34
10e	19	47	7	73
11e	58	109	23	190
12e	31	42	12	85
13e	30	64	15	109
14e	49	67	24	140
15e	44	68	20	132
16e	8	10	3	21
17e	31	46	13	90
18e	50	85	27	162
19e	40	50	23	113
20e	60	112	45	217
	593	914	253	1 760

MALADIES OBSERVÉES

A. Angines et laryngites	100
Croup	33
Coqueluche	3
Otite	1
Corps étranger de l'œsophage	3
B. Asthme	35
Affections du cœur	76
Bronchites aiguës et chroniques	134
Pleuro-pneumonie	87
Congestion pulmonaire	21
C. Affections et troubles gastro-intestinaux	119
Cholérine	38
Dysentérie	2
Athrepsie	14
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines	48
Hernie étranglée	24
Rétention d'urine	13
Chute du rectum	2
Orchite	4
D. Métrite, métro-péritonite	31
Métrorrhagie	55
Fausse couche	44
Accouchement, délivrance	192
Accouchement non terminé	24
E. Affections cérébrales	77
Convulsions, éclampsies	60
Névralgie	35
Névroses	54
Epilepsie	15
Aliénation mentale	6
Alcoolisme, delirium tremens	21
F. Rhumatisme	33
Affections éruptives	37
Fièvre intermittente	2
Fièvre typhoïde	31
Hémorrhagies de causes internes et externes	73
G. Plaies, contusions	98
Fractures, luxations, entorses	24
Brûlures	8
Empoisonnements	11
Asphyxie par le charbon	8
Suicide	8
H. Mort à l'arrivée du médecin	56
Total	1 760

La moyenne des visites est de 19,13. Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 20,43.

Visites du quatrième trimestre de 1886	1 880
Visites du quatrième semestre de 1887	1 760
Différence en moins	120

Les hommes entrent dans la proportion de 34 p. 100.
Les femmes — — 52 —
Les enfants au-dessous de trois ans 14 —

RÉSUMÉ POUR L'ANNÉE 1887.

	Hommes.	Femmes.	Enfants.	TOTAL.
1er trimestre	647	1 046	304	1 997
2e trimestre	564	858	287	1 709
3e trimestre	546	857	299	1 702
4e trimestre	593	914	253	1 760
	2 350	3 675	1 143	7 168

PROGRESSION DU SERVICE DEPUIS SON ORGANISATION.

1876, première année	3 616 visites de nuit.
1877, deuxième année	3 312 —
1878, troisième année	3 571 —
1879, quatrième année	5 282 —
1880, cinquième année	6 341 —
1881, sixième année	6 521 —
1882, septième année	6 891 —
1883, huitième année	6 895 —
1884, neuvième année	8 712 —
1885, dixième année	7 494 —
1886, onzième année	7 553 —
1887, douzième année	7 168 —

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1887-1888.

76. M. MOUCHET. L'endométrite. — 77. M. PLANCHARD. L'anémie pernicieuse. — 78. M. VIVIEN. L'ostéo-arthrite tuberculeuse de l'articulation de l'épaule. — 79. M. ENGELBACH. Des tumeurs de la prostate. — 80. M. NOURRIC. Névralgie brachiale double. — 81. M. RENDON. Les fièvres de surmenage. — 82. M. PERCHET. De l'arthrite blennorrhagique (étiologie et pathogénie). — 83. M. BLANC. Du traitement des ulcères variqueux par le sulfate de cuivre. — 84. M. LERICHE. Contribution à l'étude des anévrysmes artérioso-veineux des vaisseaux poplités. — 85. M. MACOVEY. Contribution à l'étude des principales sources d'eaux minérales de Roumanie. — 86. M. DINITCH. Le képhir ou champagne lacté du Caucase. — 87. M. RAYMOND. L'urticaire pigmentée. — 88. M. BELIN. Adénopathies externes. — 89. M. BUDOR. Oblitérations des artères cardiaques. — 90. M. LAHAYE. Contribution à l'étude de l'épithélioma de l'urèthre chez la femme. — 91. M. LIN-ABDEL-KADER. Etude sur les différents traitements de la kératite à hypopyon.

MINISTÈRE DE LA GUERRE.

Tableau d'avancement du corps de santé militaire.

État de classement, par ordre d'ancienneté, des médecins-majors de première classe, inscrits au tableau d'avancement pour le grade de médecin principal de deuxième classe. — 1886. MM. Roy, Servent, Boutonnier, Rebstock, Bresson et Mathias.

1887. MM. Dufour, Dumayne, Regnier, Lenoir, Bertele, Jossot, Oberlin, Viry et Demmler.

État de classement des pharmaciens principaux de deuxième classe, inscrits au tableau d'avancement pour le grade de pharmacien principal de première classe. — 1886. M. Warnier.

État de classement, par ordre d'ancienneté, des pharmaciens-majors de première classe, inscrits au tableau d'avancement pour le grade de pharmacien principal de deuxième classe. — 1886, M. Judicis.

1887. MM. Bernard et Rebuffat.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le concours de l'internat en médecine des hôpitaux et hospices civils de Paris s'est terminé, vendredi soir 20 janvier 1888, par les nominations suivantes des candidats classés par ordre de mérite.

A. *Internes titulaires.* — 1. MM. Guillemain, Civel, Buscarlet, Laffitte, Thiroloix, de Saint-Germain, Pilliet, Garnier, Macaigne, Lafourcade;

11. Marquezy, Macquart, Létienne, Tournier, Boulloche (Pierre), Renault (Jules), Macon, Oustaniol, Rouffinet, Hallion;

21. Guyon, Prost, Lamotte, Gauly, Charrier, Philippe, Lautier, Adler, Rogues de Fursac, Achalme;

31. Chipault, Sardou, Tuilant, Audain, de Grandmaison, Baumgarten, Delagenière (Paul-Albert), Gibotteau, Reblaud, Besançon;

41. Thérèse, Enriquez, Clarot, Critzman, Chevalet, Mussy, Beaumé, Aviragnet, Repin, Brodier;

51. Sallard, Raoult, Thomas (Théodore-Octave), Lelièvre, Sauvineau, Vignerot.

B. *Internes provisoires.* — 1. MM. Faure-Miller (Roland), Homolle, Durand, Hélary, Bouel, Gauthier (Jean-Arthur), Aubert, Brésard, Debayle, Chantre;

11. Breton, Calbet, Leblond, Decamps, Pescher, Ettlinger, Vialet, Dulac, Mlle Edwards, M. Malherbe;

21. Basset, Piole, Evrain, Estrada, Blaise, Gaston, Dubrisay, Goupil, Huguenin, Auscher;

31. Willemin, Renault (Louis-Adolphe-Alphonse), Gilis, Poivet, Glover, Pineau, Richerolle, Lovy, Barthomeuf, Duchaine;

41. Appert, Lebon, Martin (Louis), Gervais de Rouville, Marx, Camescasse.

— Le concours de l'externat des hôpitaux de Paris s'est terminé samedi soir, 21 janvier 1888, par la nomination des 253 candidats dont les noms suivent, classés par ordre de mérite.

Ce sont MM. :

1. Kusmierski, Londe, Besançon, Moingeard, Zuber, Mayet, Delbet, Chevalet, Sée, Touche.

11. Rascol, Meslay, Charcot, Binot, Chapt, Endlitz, Gallet-Duplessis, Meunier, Simonot, Rochon-Duvigneau.

21. Meige, Walch, Lelièvre, Bergé, Javillard, Charbaut, Vatel, Pompidor, Wassilieff, Jourdan.

31. Condamy, Ménard (Henri-Alfred), Chaillou, Laforest, Lefèvre (Hippolyte), Critzmann, Brésard, Behr, Daudet, Basso.

41. Fauquez, Finet, Lepetit, Frey, Grandon, Sicard, Brunet, Dudefoy, Aubert, Duranti.

51. Gellé, Mlle Kohan, MM. Lantzenberg, Pottier, Giresse, Michel, Bureau, Thibault (Hyacinthe), Gonget, Steeg.

61. Grinda, Slaïcovitz, Vaudremer, Pachon, Jayle, Lailler, Brossard, Pescher, Ettlinger, Mme Tariakoff-Abricossoff.

71. Voizot, Quetin, Chibret, Magniaux, Lasserre, Contantinescu, Mounier, Morestein, Blaise, Gaston.

81. Berheim, Homolle, Adler, Boix, Caubet, Ravé, Gesland, Marie (de Bayeux), Daga, Soulier.

91. Gerson, Montbouyran, Terson, Frey (Edmond), Maurel (Henri-Pierre), Levy (Samuel), Le Joly-Sénoville, Wintrebert, Binand, Tuvache.

101. Le Mercier, Egret, Delteil, Gasnier, Lévi (Léopold), Laurent, Préfontaine, Colin (Henri), Zaguelmann, Zentter.

111. Bresset, Trenel, Pinconnat, Beaussenat, de Massary, Benoit, d'Haussy, Noir, Corbière, Stojanovitz.

121. Boyalo, Mlle Wilbouschewitch, MM. Berbez, Malherbe, Noel, Fouré, Le Juge de Segrais, Céide, Bellencontre, Plicot.

131. Choppin, Chaintre, Lamy, Duprey, Milhau, Peillon, Dejean de la Bâtie, Nogué, Fournier, Thery.

141. Coffart, Ransins, Carel, Petit, Saintu, Fanchon-Villeplie, Lemariey (Théodore), Sottas, Desbrières, Belin.

151. Tissier, Nicole, Ramadan, Papillon, Pouy, Bereaux, Dauly, Elefterion, Roullet, Taurin.

161. Barisien, Tolmer, Tripier, Pekmèze, Duchemin, Bonvalot, Druet, Hulmann, Letoux, Papillault.

171. Guay, Darnis, Estrabaut, Chaumont, Gauja, Jouis, Bellemain, Daniel, Laloy, Dufournier.

181. Bouchinet, Fougerat, Thomas, Mangin-Bocquet, Demanthe, Burnet, Springer, Cachan, Aymard, Piaget.

191. Vangeon, Magdeleine, Piffault, Manu, Chanut, Laplanche, Courtey, Bonnecaze, Banzet, Bouchard.

201. Luton, Durville, Debrabant, Lefèvre (Armand), Grajon, Pactet, Marot, Vialet, Iscovesco, Azam.

211. Chevandier, Schtein, Mignotte, Ozanon, Caron, Vigouroux, Ducourtioux, Blin, Bouchacourt, Broussard.

221. Jarre, Delansorne, Lecureuil, de la Porte, Hervouët, Marchadier, Diriart, Giovannoni, Rousseau, Perraudin.

231. Brayer, Marie (Armand), Castellanos, Pezet, Bourbon, Cahen, Regnard (Charles), Pornain, Menu, Jordanis.

241. Mesnard (René), Jacquet, Damain, Boudaille, Dubois, Haslé, Bonnard, Brion, Carton, Thanasesco.

251. Mercier, Bonnel, Bourgogne.

— Par décret, en date du 20 janvier 1888, a été promu dans le corps de santé de la marine :

Au grade de pharmacien principal de la marine. — M. Campana, pharmacien de première classe.

— Par arrêté, en date du 13 janvier 1888, M. le docteur Donnet, médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Bordeaux, est nommé directeur-médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Vaucluse, en remplacement de M. le docteur Bigot, décédé. — M. le docteur Donnet est maintenu dans la première classe du grade.

— Par arrêté, en date du 13 janvier 1888, ont été nommés aux emplois de médecins en chef de l'asile public d'aliénés de Ville-Évrard, créés par l'arrêté du 7 janvier 1888 :

M. le docteur Marandon de Montyel, médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Marseille.

M. le docteur Rey, médecin-adjoint à l'asile public d'aliénés de Vaucluse.

— Par décision ministérielle, en date du 17 janvier 1888 : M. Béchard, médecin aide-major de première classe, a été nommé surveillant à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires ; — M. Couton, pharmacien aide-major de première classe, a été attaché à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce.

— M. Cambon, préfet du Rhône, a remis à la sœur Chaumard, directrice de la Maternité de Lyon, les palmes d'officier d'Académie. Le corps médico-chirurgical des hôpitaux applaudit tout entier à cette distinction si légitime qui honore, dans la personne de l'un de ses membres les plus méritants, le personnel si dévoué de nos sœurs hospitalières.

Le mérite de l'initiative de l'application rigoureuse de l'antisepsie à la Charité revient aux chirurgiens de cet hôpital, et plus spécialement à MM. Vincent et Fochier. Cette antisepsie a permis d'obtenir à la Maternité une série de plus de 1 200 accouchements sans un seul décès. Mais l'initiative d'un chef de service, nécessaire pour donner l'impulsion première, ne peut suffire à tout ; et le grand mérite de la sœur Chaumard, celui que l'on a si justement récompensé, est d'avoir fait exécuter, avec autant d'intelligence que de persévérance, par les sœurs et les sages-femmes placées sous sa direction, les instructions reçues (*Lyon médical*).

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le docteur Clado est nommé chef du laboratoire de clinique chirurgicale, à l'hôpital de la Pitié, en remplacement de M. Nepveu, démissionnaire.

M. Vignal, licencié ès sciences, est nommé aide du laboratoire de clinique d'accouchements, en remplacement de M. Para, démissionnaire.

— *Faculté des sciences de Rennes.* — M. Lemesle, licencié ès sciences physiques, est chargé, pendant la durée du congé accordé à M. Périer, des fonctions de préparateur de physique.

— Aux Facultés de médecine de Bordeaux, Lyon et Nancy, qui se disputent l'honneur de devenir le siège de l'École de santé militaire, il faut ajouter la Faculté de Montpellier, où est attendu cette semaine M. le directeur du service de santé militaire.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Cassoulet (de Bordeaux) et Darbon (de Preignac).

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 11. — JEUDI 26 JANVIER 1888. 61e ANNÉE. JEUDI 26 JANVIER 1888. — N° 11.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50**, — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Deux discussions ont occupé cette séance, l'une sur la communication de M. G. Sée relative au diagnostic des maladies de l'estomac, l'autre à propos de la communication de M. Verneuil sur le traitement du furoncle et de l'anthrax par les pulvérisations phéniquées.

Le travail de M. G. Sée est si étendu et renferme tant de détails techniques et de points divers de l'histoire des maladies de l'estomac, qu'il ne nous est pas encore plus possible de l'analyser aujourd'hui que nous n'avons pu le faire la semaine dernière. C'est une véritable étude à faire. Mais nous pouvons, tout en y surseyant, donner en quelques mots ici le sens et la portée de l'argumentation dont il a été l'objet hier de la part de M. Dujardin-Beaumetz ; d'autant que ce sont moins des objections aux faits et aux idées de M. G. Sée qu'elle renferme, que des critiques aux travaux des médecins d'outre-Rhin sur le même sujet et des revendications en faveur de plusieurs de nos compatriotes. Il a rappelé, à cette occasion, les recherches de MM. Gautier et Bouchard, ses collègues, qui, au point de vue de l'histoire générale des maladies de l'estomac, ont apporté des éléments autrement importants que l'étude chimique du suc gastrique, dans laquelle se sont limités les savants allemands ; et même sur ce point les études de son collègue M. Laborde, celles de MM. Debove et Quinquaud et les siennes propres prouveraient qu'on n'y est point resté indifférent en France. Mais, sans nier la valeur de ces études chimico-physiologiques et l'appoint utile qu'elles peuvent donner au diagnostic des affections de l'estomac, il croit qu'elles sont loin de mériter l'importance et le rang primordial que leur accorde l'école allemande ; c'est ce qu'il s'est proposé de démontrer.

Quant à la question des dyspepsies, M. Dujardin-Beaumetz est d'avis qu'elles ne constituent qu'un groupe symptomatique, que le mot lui-même devra disparaître et qu'on devra dorénavant s'efforcer d'établir les signes cliniques de chacune des affections de l'estomac dans le cours desquelles la dyspepsie peut se montrer.

M. G. Sée a déclaré que, sur ce dernier sujet, il était tout à fait d'accord avec M. Dujardin-Beaumetz au point de vue pathologique et bien près de l'être au point de vue physiologique.

La seconde discussion, sur la communication de M. Verneuil, a été engagée par M. Le Roy de Méricourt et poursuivie par MM. Perrin, Le Fort et Trélat. M. Le Roy de Méricourt a invoqué des faits d'observation qui mettent en doute à ses yeux le rôle que M. Verneuil serait disposé à attribuer aux micro-organismes dans la production du furoncle et de l'anthrax. M. Perrin préconise un moyen de traitement qui renchérirait encore en simplicité sur celui de M. Verneuil, la balnéation simple prolongée. Quant à MM. Le Fort et Trélat, ils ne paraissent pas disposés à se désarmer, se défendant d'un traitement uniforme et se retranchant derrière les indications.

HOTEL-DIEU. — M. RECLUS.

I. Un cas de hernie épiploïque dite irréductible ; — II. Hernie crurale étranglée, kélotomie ; — III. Hydrocèle, sa cure radicale.

Parmi les malades les plus récemment entrés dans nos salles, il en est un sur lequel je tiens à appeler particulièrement l'attention, tout d'abord.

I. Ce malade est un homme de quarante-trois ans, porteur aux Halles, qui, il y a cinq ans, à la suite d'un effort, a vu une tumeur se former dans les bourses, tumeur volumineuse qui n'était autre qu'une hernie rentrant, sortant, jusqu'au moment où elle a fini par y rester à demeure. C'est à ce moment que cet homme est entré à l'hôpital, présentant une masse scrotale volumineuse, qui l'empêchait de travailler.

J'ai pratiqué le taxis sans aucun succès, de sorte que cette hernie, rentrant dans la classe des hernies dites irréductibles, se trouvait justiciable du traitement de Malgaigne, traitement auquel bien peu de ces hernies épiploïques résistent. Il consiste : 1° à faire coucher le malade dans le décubitus horizontal, en ayant soin de placer sous ses fesses deux ou trois coussins pour élever le bassin, de sorte que la masse herniée se trouve, par une traction continue, incitée à rentrer dans la cavité abdominale. On avait surtout recours à ce procédé — procédé de la déclivité, — tant la kélotomie était redoutée des chirurgiens en raison de la mortalité à laquelle

autrefois elle donnait si fréquemment lieu; 2° à purger les malades tous les deux ou trois jours de façon à favoriser les contractions des anses intestinales et par suite à déterminer aussi des tractions sur la partie herniée; 3° enfin, à appliquer sur la hernie un tampon d'ouate, recouvert d'un spica fait avec une bande de caoutchouc, et laissé en place de dix à soixante minutes, c'est-à-dire tout le temps que le malade peut le supporter. Ce spica est aussitôt remplacé par un autre, fait avec de l'ouate et une bande ordinaire surmontée d'un sac de plomb, dont la pression tend à repousser la hernie vers la cavité abdominale. Grâce à cette méthode, la réduction s'obtient presque toujours et très rapidement (du troisième au septième jour). La durée la plus longue a été de douze jours, chez un sujet très névropathe qui se prêtait, d'ailleurs, fort mal au traitement. J'ai à mon actif sept ou huit faits de réduction ainsi obtenue; M. Paul Segond en a rapporté, dans sa thèse d'agrégation, une douzaine d'observations, et Broca en cite aussi un assez grand nombre. Une fois la réduction obtenue, on applique un bandage bien fait dont la pelote appuyant sur l'anneau inguinal a pour but d'empêcher la hernie de se reproduire, ce que l'on n'obtient pas toujours.

C'est ainsi que chez un de mes malades de l'hôpital Broussais, après avoir réussi à réduire la tumeur herniaire par la méthode de Malgaigne, je n'ai pas pu parvenir à contenir la dite tumeur dans l'abdomen, et j'ai dû, par suite, proposer au malade la cure radicale de sa hernie. Mais le fait est heureusement assez rare, car cette cure radicale est, dans quelques cas, suivie de péritonite mortelle (trois ou quatre fois sur cent); aussi ne doit-on la faire que lorsqu'on y est absolument forcé et d'autant plus que cette cure elle-même exige aussi, après guérison, l'application d'un bandage. Ce n'est donc, en réalité, que lorsque le procédé de Malgaigne a totalement échoué, que l'on doit tenter cette cure radicale. D'ailleurs, pour moi, sur mes sept ou huit observations de hernie dite irréductible, j'ai toujours réussi à faire rentrer la hernie et à la maintenir réduite sauf dans un seul cas, celui de l'hôpital Broussais.

II. Mon second malade est une femme de quarante-trois ans, qui, en pleine convalescence d'une variole datant de trois semaines, m'a été amenée hier ici pour une hernie crurale étranglée et à laquelle j'ai fait la kélotomie.

L'étranglement datait de trois jours, aussi avais-je de grandes craintes de rencontrer des altérations graves. Mais de même que chez un autre malade que j'ai opéré le quatrième jour, il n'en a rien été.

Chez la femme, entrée hier à l'hôpital, il n'y avait pas d'accidents graves, la peau était saine, les douleurs peu intenses, la face n'était pas grippée, la malade avait peu vomi encore, elle n'avait pas ces hoquets incessants si habituels en pareil cas; bref, jusqu'au moment où je la vis, l'étranglement avait été assez bien supporté. La tumeur herniaire était grosse et aplatie. Je pratique la kélotomie, je fais l'incision classique, je découvre le sac herniaire et j'aperçois, au travers, une masse jaune noirâtre; puis en coupant le sac, je vois sortir une petite quantité de liquide ainsi que des pelotons graisseux; je débride et arrive sur l'épiploon qui doublait si bien le sac qu'en réalité l'intestin reposait sur lui comme sur un coussin moelleux, ce qui était de bon augure. D'ailleurs il me paraît très probable que, dans un très grand nombre de cas, c'est un pincement nerveux qui détermine les accidents graves de ces hernies. Ici ce pincement n'existait pas, de là absence de tous les accidents.

Je n'ai pas eu besoin de faire à proprement parler de débridement, parce que l'anneau n'était pas très serré; il m'a suffi de le tendre un peu avec la pulpe du doigt pour faire la réduction. Cependant, l'épiploon étant adhérent au sac, je l'ai divisé en deux, réséquant la partie adhérente et rentrant ensuite les deux moignons suturés. Enfin j'ai décollé le sac et, après avoir placé un fil de catgut, je l'ai réséqué; puis j'ai fait le pansement habituel que j'enlèverai dans sept ou huit jours.

Ce matin cette femme va très bien, sa température est de 36°8 et j'ai tout lieu d'espérer que cette septième opération sera un septième succès.

III. Quant au troisième malade, il est d'un très grand intérêt. C'est un homme entré dans la salle pour une hydrocèle récidivée. Cette hydrocèle avait été ponctionnée puis traitée par la teinture d'iode. Elle paraissait guérie lorsque la tunique vaginale s'est distendue de nouveau. A l'arrivée du malade dans mon service, la tumeur avait le volume des deux poings réunis, la fluctuation et la rénitence étaient très nettes. Le diagnostic ne faisait aucun doute. Il s'agissait d'une tumeur liquide, d'une hydrocèle à parois très épaisses, rendant la transparence très obscure et donnant, à la palpation, la sensation de rugosités, de traînées fibreuses, comme dans l'hématocèle.

Vous savez que l'on a donné à ce genre d'hydrocèles le nom de pachyvaginalite, car leur signe caractéristique n'est pas tant la présence d'un contenu liquide que l'épaisseur relativement considérable de leurs parois.

Le traitement en est très simple, c'est la cure radicale de l'hydrocèle. L'opération est des plus faciles; je l'ai faite deux fois depuis le commencement de l'année et deux fois elle a été couronnée de succès. Elle consiste à fendre le scrotum, pour arriver sur la tunique vaginale; puis on ponctionne et on incise de haut en bas. On résèque ensuite les parties interne et externe, de façon à ne laisser de cette tunique que ce qui est nécessaire pour envelopper et contenir le testicule, en coupant tout ce qui est en excès.

Comme je le disais tout à l'heure, l'opération a été très simple, j'ai donné issue à un liquide verdâtre très abondant. La vascularisation des parois était considérable, leur épaisseur atteignait trois et quatre millimètres au lieu d'un demi-millimètre qu'elles ont à l'état normal. J'ai procédé comme je viens de l'indiquer, suturant, en terminant l'opération, les deux lambeaux, puis le scrotum, et faisant un pansement occlusif que j'ai enlevé ce matin pour la première fois. La plaie a été guérie. Il existait seulement un petit épanchement de sang, diffus, sans importance.

En résumé, je crois que, grâce aux résultats que l'on obtient, le procédé de la cure radicale des hydrocèles devrait être proposé comme l'opération de choix. Mais il n'est pas toujours possible, comme à l'hôpital, de surveiller très étroitement les opérés; de plus dans les campagnes on ne trouve pas toujours et partout les ressources antiseptiques nécessaires. C'est pourquoi cette cure radicale ne peut pas être démocratisée comme il conviendrait, ne pouvant pas donner lieu, entre des mains malhabiles ou peu soigneuses, aux mêmes résultats que dans des mains habiles et soigneuses.

En résumé, la cure radicale des hydrocèles est une excellente opération qui ne doit pas être rendue banale; d'où l'indication de commencer le traitement de ces hydrocèles

par la teinture d'iode et de n'avoir recours à cette cure radicale qu'en cas d'insuccès ou de récidive, ce qui indique généralement un commencement d'hématocèle ou mieux de pachyvaginalite.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. POTAIN.

Deux cas de fièvre typhoïde.

Nous avons en ce moment, dans nos salles, deux cas de fièvre typhoïde, présentant des particularités intéressantes.

Le premier est celui d'un jeune garçon, — le n° 4 de la salle des hommes, — il est le type accompli de la dothiénentérie, avec tous les symptômes habituels, quoique très discrets. Il a vingt et un ans, il habite Paris depuis 1882, et quinze jours avant d'arriver à l'hôpital, il a éprouvé une fatigue générale, de la courbature, des maux de tête, il a eu de la diarrhée, des épistaxis. A son entrée dans nos salles, nous avons trouvé une rate un peu saillante, et du gargouillement dans la fosse iliaque droite. Les poumons étaient sains. Il y avait deux taches sur le ventre, assez difficiles à distinguer de celles d'une acné commençante. Néanmoins, l'évolution de la maladie nous a permis de faire le diagnostic.

Le lendemain, d'ailleurs, la rate était plus grosse (0^m,16 de longueur), mais il n'existait pas la moindre stupeur. Or, nous savons que la stupeur est un des caractères si ordinaires de la fièvre typhoïde, et souvent le caractère prédominant, que c'est lui qui a donné son nom à cette affection. Cependant, dans certains cas, il fait défaut et son absence rend beaucoup plus difficile le diagnostic de la dothiénentérie d'avec l'embarras gastrique fébrile.

Il est vrai qu'il faut tenir compte, au point de vue de la stupeur, de la nationalité des malades : ainsi les Bretons, les Armoricains ont presque toujours un état typhique très prononcé, tandis que les Italiens, au contraire, n'ont que peu ou point de stupeur. La stupeur, je n'ai pas besoin de le dire, rend les réponses plus lentes, les mouvements paresseux.

Dans la phthisie aiguë, on observe fréquemment au début des phénomènes semblables à ceux de la fièvre typhoïde, la stupeur exceptée. J'ajoute que l'on rencontre, quelquefois, des cas intermédiaires où le diagnostic est plus difficile. Ainsi notre jeune garçon d'aujourd'hui n'a eu que peu de bourdonnements d'oreille, ses pensées étaient parfaitement nettes, ses réponses vives et précises, il distinguait très bien les objets environnants. L'évolution de la maladie a été régulière, sauf la stupeur, je le répète, qui a fait complètement défaut, pendant la première semaine. Et cependant, je ne puis pas dire qu'il a eu une fièvre typhoïde très atténuée d'une façon générale, puisque sa température atteignait 40 degrés le jour de son entrée à l'hôpital.

Le second malade est un homme de quarante-sept ans, âge inaccoutumé pour la fièvre typhoïde, qui est très fréquente de vingt et un à trente ans, un peu moins de seize à vingt, et dont la fréquence diminue rapidement de trente à quarante, et plus encore plus tard.

A cet âge avancé (quarante-sept ans), le diagnostic est plus difficile. Jusqu'au moment où il a eu sa fièvre typhoïde, il était bien portant. Ancien valet de chambre, ne trouvant pas à se placer, il est entré il y a deux mois et demi comme infirmier dans cet hôpital, et, comme veilleur, il a eu d'assez grandes fatigues; de plus, il est venu vivre dans un milieu auquel il n'était pas habitué. Ainsi, au bout de peu de temps, il a eu de la courbature, de l'inappétence, la langue blanche, et on l'a purgé. Il s'est à peu près remis. Puis, il y a un mois, il a dû prendre le lit pendant quelques jours, ayant de la fièvre, la langue blanche encore une fois, de la diarrhée; purgé de nouveau, il a pu reprendre son service, mais, à dater de ce moment, il a traîné, ses malaises ont persisté, si bien que, perdant ses forces peu à peu, il a dû entrer comme malade dans mon service, il y a aujourd'hui quinze jours. Il se plaignait alors de céphalalgie très vive et de courbature ; la langue était saburrale. A l'auscultation, on n'entendait rien. L'examen du ventre ne disait rien non plus; pas de taches, mais une rate énorme (0^m,24 de longueur!), enfin, la température était de 39° 8.

Avec une symptomatologie aussi mal accentuée, pouvions-nous songer à une fièvre typhoïde malgré l'âge du malade? Certainement, l'hypertrophie de la rate est l'un des signes de la dothiénentérie, mais elle peut aussi exister par suite d'autres circonstances. Cependant, elle n'est jamais aussi grosse que dans la fièvre typhoïde, où elle acquiert promptement un volume plus ou moins considérable.

D'autre part, la rate peut être tuméfiée et rester ainsi dans la leucocythose splénique, dans l'infection palustre, mais là, les antécédents en fournissent généralement l'explication.

D'ailleurs, notre malade n'a jamais habité de contrée palustre et n'a jamais eu de fièvres intermittentes. Bref, pendant les premiers jours, l'absence de signes pathognomoniques nous a fait d'autant plus hésiter sur le diagnostic que la fièvre n'était pas caractéristique; mais il n'en était plus de même lorsque nous avons vu tout à coup la rate diminuer rapidement de volume, car s'il s'était agi de quelque cachexie palustre, elle eût conservé son volume et ne serait pas tombée en quelques jours de 24 centimètres à 19, 14 et même 10. Nous étions donc bien en présence d'une fièvre typhoïde à caractères modifiés.

En somme, voici deux cas un peu anomaux et non pas atténués d'une façon générale, à proprement parler.

Dans certains cas, ce qui gêne le diagnostic c'est la diminution ou l'absence d'un des symptômes, comme la stupeur, par exemple, chez notre jeune garçon. Dans d'autres la maladie est marquée par la prédominance d'un des symptômes ou par quelque complication.

Lorsque la fièvre typhoïde est très atténuée pendant la première semaine, le diagnostic peut être très difficile et hésiter entre :

1° Une fièvre éphémère, dont la cause est inconnue, et qui peut être de même nature que la dothiénentérie; mais ici, en trois ou quatre jours, l'évolution est terminée et les allures du mal sont beaucoup plus rapides.

2° La scarlatine : mais ici nous avons une ascension rapide de la température les premiers jours, et de plus un mal de gorge, une angine.

3° La variole : ascension plus lente de la température, durée trois jours, rachialgie, vomissements.

4° La rougeole : évolution en quatre ou cinq jours, catarrhe bronchique, catarrhe oculo-nasal.

5° Une otite profonde : céphalalgie intense, accablement profond, fièvre intense avec oscillations, douleur localisée, sensibilité de l'apophyse mastoïde à la pression, ouïe perturbée du côté malade.

6° Une pneumonie : le diagnostic est quelquefois plus

difficile dans les cas de pneumonie insidieuse, qui, au début et pendant les premiers jours, peut échapper à l'attention, surtout si elle est profonde.

7° Une néphrite interstitielle : cette affection peut entraîner avec elle, par suite d'une dépuration insuffisante, des phénomènes typhiques analogues à ceux de la dothiénentérie. Il faut alors chercher le diagnostic, non pas dans la présence de l'albumine, mais plutôt dans les troubles circulatoires : tension artérielle, bruit de galop, etc.

8° Une fièvre intermittente : mais ici nous avons des périodes qui se distinguent assez facilement des oscillations de la fièvre de la dothiénentérie. Quelquefois, cependant, celle-ci débute par des accès de fièvre tierce ; d'autres fois les deux maladies peuvent coïncider sur le même sujet. Je l'ai observé chez un jeune étudiant en médecine, qui s'était trouvé en proie à la double infection palustre et typhique.

Lorsque la fièvre typhoïde est parvenue à la deuxième période, nous avons ordinairement les taches rosées lenticulaires et la tuméfaction de la rate. Cependant il est encore des cas où les phénomènes abdominaux font défaut, voire même la diarrhée, ce qui est rare, ou sont très atténués. Quelquefois encore il y a absence complète de phénomènes adynamiques. Cependant dès la deuxième période, la fièvre présente le caractère sub-continu, c'est-à-dire des rémissions.

D'autre part, les difficultés du diagnostic peuvent tenir à l'exagération de quelques-uns des symptômes :

Soit de la fièvre au point de la confondre avec celle de quelque fièvre éruptive ou de la pneumonie; mais les signes de l'une ou l'autre de ces maladies en permettent ultérieurement la différenciation.

Soit de l'ataxie; ordinairement les phénomènes ataxiques apparaissent seulement dans la deuxième semaine; pourtant, quelquefois, le délire a été observé dès la première semaine, délire maniaque ou lypémaniaque.

Quelquefois on pourrait la confondre avec la méningite, mais ici nous avons le délire précoce, la constipation exagérée, la fièvre moins intense.

D'autres fois les phénomènes adynamiques sont exagérés, la fièvre médiocre et le coma peuvent faire songer à l'urémie, mais, ici encore, les troubles circulatoires permettent de faire le diagnostic.

Dans certains cas, les symptômes thoraciques seront tels qu'on sera tenté de diagnostiquer une affection pulmonaire.

Dans certains cas, on a vu la fièvre typhoïde débuter par la pneumonie; dans d'autres on a vu survenir une pneumonie irrégulière avec abattement profond et on a prononcé le nom de pneumonie typhoïde, soit à cause de la prostration du malade, soit à cause de l'infection typhique. Mais alors on ne voit pas, au neuvième jour, la fièvre tomber tout à fait, le mal évolue, au contraire, comme si la fièvre typhoïde datait du premier jour de la pneumonie. En pareils cas, on peut dire que la pneumonie a été une des manifestations de la fièvre typhoïde; le diagnostic ici ne peut se faire qu'au bout de quelques jours.

UN CAS D'ALLOCHIRIE AUDITIVE

par M. le docteur Gellé.

L'allochirie est la perception d'une sensation dans le côté du corps opposé au point où l'excitation a lieu.

Ce phénomène a été surtout observé depuis Obeermeister, chez les tabétiques et dans les affections de la moelle, traumatiques ou autres ; et jusqu'ici c'est de sensations cutanées qu'il s'agit dans les observations. Le patient annonce sentir, par exemple, à la jambe droite, le choc imprimé sur la jambe gauche.

Dans le cas que je publie, il s'agit d'un bruit produit à droite et perçu par l'oreille gauche seule.

La malade est atteinte de vertige de Ménière, avec lésions évidentes de l'oreille moyenne, surtout à l'oreille gauche. Les pressions centripètes exercées sur cette oreille gauche provoquent aussitôt les sensations vertigineuses, de plus, elles causent de la douleur ; l'ouïe est également douloureuse de ce côté.

L'oreille droite est relativement bonne. La malade n'est ni tabétique, ni paralytique, ni hystérique. Elle offre à l'auscultation de l'oreille un bruit intense de piaulement, bruit vasculaire, que l'on retrouve tout le long de la carotide droite ; le phénomène sonore est remarquable d'intensité. Or, la malade ne le perçoit pas à droite ; mais bien à gauche exclusivement, du côté de l'organe hyperesthésié, où cependant l'on ne constate aucun bruit à l'otoscope. Donc le sujet rapporte à gauche un bruit manifestement né à droite. Quelle explication donner de ce phénomène de perception croisée ?

L'élément prédominant ici est l'état d'hyperexcitabilité manifeste et d'hyperesthésie de l'organe auditif gauche ; et cela peut suffire à comprendre une erreur d'orientation, car celle-ci se fait sur la sensation du maximum, et du côté le plus touché ; mais de plus, l'accommodation binauriculaire a lieu sous l'influence réflexe ; les mouvements effectués dans ce but sont perçus par la conscience, et donnent la notion de la direction du son ; ils guident l'orientation du côté de l'effort maximum. Sans doute, du côté hyperesthésié ce travail d'adaptation éveille des sensations plus vives, et c'est ainsi, je pense, que la perception est latéralisée à gauche chez notre malade.

Ne sait-on pas qu'il suffit de boucher le méat droit ou le gauche, tandis que le diapason sonne sur le vertex, pour que la sensation devienne à volonté droite ou gauche ; or, par cette occlusion, on augmente manifestement la sensibilité relative de l'oreille touchée.

Peut-être y a-t-il là l'explication la plus simple des latéralisations de la sensation à l'opposé du côté touché, connue sous le nom d'allochirie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 janvier 1888. — Présidence de M. Hérard.

CORRESPONDANCE

La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre du ministre de l'instruction publique, transmettant à l'Académie une expédition du testament de M. le docteur Saintour, contenant une disposition au profit de l'Académie.

2° Trois lettres du ministre du commerce, relatives à des remèdes secrets.

La correspondance manuscrite comprend : 1° une lettre de M. Auriol, qui se porte candidat à la place vacante dans la section de physique et chimie médicales ;

2° Une lettre de M. le docteur Bertrand, accompagnant un pli cacheté qui renferme les conclusions de recherches bactériologiques et chimiques, relatives à la diphthérie épidémique;

3° Une note de M. Mathis, chef des travaux chimiques à l'École vétérinaire de Lyon, sur la dysentérie des jeunes chiens (Comm. MM. Leblanc, Goubaux et Trasbot) ;

4° Une lettre de M. le docteur Bétaillouloux, de Pirou (Manche), sur le traitement de la phthisie pulmonaire, par l'acide sulfureux dissous dans de l'eau, employé en pulvérisations (Comm. M. Dujardin-Beaumetz) ;

5° Une observation de M. le docteur Stroffel, relative à un cas de tumeur de la région latérale du cou (Comm. MM. Siredey et Le Fort) ;

RAPPORT

M. OLLIVIER rend compte des nouvelles modifications, que la section d'hygiène a introduites dans l'instruction, qui fixe la durée de l'isolement imposé aux élèves des lycées, atteints de maladies contagieuses. Elle estime qu'il convient d'ajouter la coqueluche aux maladies visées dans le rapport de 1881.

Voici le texte de cette instruction modifiée : 1° Les élèves atteints de la varicelle, de la variole, de la scarlatine, de la rougeole, des oreillons, de la diphthérie ou de la coqueluche seront strictement isolés de leurs camarades.

2° La durée de l'isolement sera comptée, à partir du début de la maladie, elle sera de quarante jours pour la variole, la scarlatine et la diphthérie, de vingt-cinq jours pour la varicelle, la rougeole et les oreillons. En ce qui concerne la coqueluche, dont la durée est extrêmement variable, on ne devra autoriser la rentrée que trente jours après la disparition absolue des quintes caractéristiques.

Suivent les mesures de désinfection, telles qu'elles ont été énoncées dans le premier rapport.

Ces nouvelles conclusions sont mises aux voix et adoptées.

DISCUSSION SUR LE DIAGNOSTIC DES MALADIES DE L'ESTOMAC

M. DUJARDIN-BEAUMETZ, à propos de la communication faite dans la dernière séance par M. G. Sée, présente les réflexions suivantes :

A en juger par l'ensemble de la communication de M. G. Sée, il semblerait que, depuis l'apparition de son travail sur les dyspepsies gastro-intestinales, notre pays a peu fait pour l'étude des affections si importantes, et si obscures de l'estomac. Il n'en est pas ainsi et je crois, au contraire, que les travaux et les recherches de nos collègues, M. Gautier et M. Bouchard, ont apporté des éléments bien autrement importants, que l'étude chimique du suc gastrique, dans laquelle se sont limités nos confrères d'outre-Rhin. Même sur ce point, nous ne sommes pas restés indifférents, et sans parler des travaux physiologiques de notre collègue M. Laborde, qui signalait avec raison qu'il a été l'un des premiers à mettre en usage certains réactifs pour reconnaître la nature de l'acide du suc gastrique, il est bon d'indiquer les travaux de M. Debove, ceux de M. Quinquaud. Moi-même depuis cinq ans, je n'ai cessé de m'occuper de cette question de l'étude chimique du suc gastrique.

Sans nier la valeur de pareilles études et l'appoint que peuvent nous donner ces recherches, pour le diagnostic et le traitement des affections de l'estomac, je crois cependant qu'elles sont loin d'occuper la place importante et primordiale, que leur attribue l'école allemande. Voici la raison de cette opinion.

On a d'abord voulu, à la suite des premières recherches de von den Welden, considérer l'absence d'acide chlorhydrique libre dans l'estomac comme un symptôme exclusif du cancer de cet organe ; mais cette prétention a dû être abandonnée, car, comme l'a très justement remarqué notre collègue, cette absence de l'acide chlorhydrique libre a été constatée dans bon nombre d'affections autres que le cancer. On l'a vu dans la dilatation de l'estomac et dans un grand nombre d'affections cachectiques. Réciproquement on trouve, dans certains cas de cancer de l'estomac, de l'acide chlorhydrique libre dans le suc gastrique et cela jusqu'à la mort du malade.

Ainsi donc, si la recherche de l'acide chlorhydrique libre dans le suc gastrique peut quelquefois, en s'ajoutant aux autres signes cliniques, nous permettre de porter le diagnostic du cancer de l'estomac, son absence ou sa présence ne juge pas la question.

L'étude chimique du suc gastrique nous rendra-t-elle plus de service, pour le diagnostic des autres affections stomacales et pourrons-nous, par la constatation précise de l'acide du suc gastrique et de la nature de cette acidité, établir une thérapeutique rationnelle? Sur ce point, je crois encore qu'il y a de grandes illusions.

Bien des causes, en dehors de la digestion, viennent, en effet, modifier la production de l'acidité du suc gastrique.

Ainsi on aura beau multiplier les moyens d'investigation, on ne pourra jamais tirer, de cette étude, que des indications ayant une valeur relative et sur lesquelles il sera bien difficile d'établir une thérapeutique rationnelle, si l'on n'y joint pas les autres données cliniques.

Notre collègue maintient plus que jamais sa définition de la dyspepsie. Pour ma part je soutiens que toutes les perturbations apportées aux fonctionnements du tube digestif, doivent rentrer dans ce groupe des dyspepsies. D'ailleurs, pour ma part, je crois que ce mot dyspepsie doit disparaître et ne doit plus constituer qu'un symptôme.

On devra donc s'efforcer dorénavant d'établir les signes cliniques de chacune des affections de l'estomac, dans le cours desquelles la dyspepsie peut se montrer.

M. G. SÉE. Depuis mes travaux de 1881, comme M. Dujardin-Beaumetz le reconnaît, la dyspepsie est devenue pour moi exclusivement chimique, c'est-à-dire basée sur l'altération du suc gastrique ; tout ce que l'on a englobé sous ce nom consiste en troubles nerveux et moteurs, que j'ai décrits sous les noms d'atonies ou de spasmes de l'estomac ; dans tous ces cas le suc gastrique est normal. Dans la dyspepsie vraie, la constatation de la présence ou de l'absence de l'acide chlorhydrique par le nouveau réactif chimique est toute la question. Je ne consentirai jamais à me priver d'une ressource aussi précieuse. Avant d'être en possession de ce réactif, je ne me fiais pas au diagnostic exclusivement chimique, parce que je n'avais pas une confiance suffisante dans les réactifs dont je pouvais disposer.

En ce qui concerne les atonies, je suis loin d'avoir méconnu l'importance des belles recherches de M. Bouchard sur les dilatations.

Voilà ce que j'avais à répondre à M. Dujardin-Beaumetz.

M. G. Sée maintient que la phloroglucine vanilline du docteur Gunzbourg est un excellent réactif pour distinguer l'acide chlorhydrique, le véritable élément actif du suc gastrique, d'avec les autres acides, tels que l'acide lactique ou l'acide acétique, sur lesquels il n'a aucune action, et qui n'ont d'ailleurs qu'un rôle très subalterne dans la digestion. Il maintient également la distinction qu'il a faite entre la dyspepsie chlorhydrique et les autres dyspepsies par atonie ou par affections nerveuses.

On voit, dit-il, en terminant, que je suis bien près d'être d'accord avec mon collègue au point de vue physiologique et que nous sommes tout à fait d'accord au point de vue pathologique.

M. CONSTANTIN PAUL. L'objection que j'ai faite à M. G. Sée, tirée de la diminution de l'urée dans le cancer de l'estomac, doit être considérée comme l'énoncé d'un fait qui paraît se produire dans des conditions spéciales, mais qui n'a rien d'absolu ; je ne le considère que comme un signe de probabilité seulement.

M. LABORDE. Au point de vue physiologique, on n'est pas fondé à dire que l'acide lactique n'est d'aucune utilité pour la digestion. Il est toujours présent dans l'estomac à l'état physiologique.

DISCUSSION SUR LE FURONCLE ET L'ANTHRAX

M. LE ROY DE MÉRICOURT a été frappé de l'intérêt de la dernière communication de M. Verneuil, comme il l'est toujours de toutes celles qu'il fait à cette tribune. Mais il lui a paru que, dans les faits qu'il a exposés, il y avait un départ à faire. Dans le cas qu'il a traité avec son ancien élève, M. Planchon, il n'y a pas l'ombre d'un doute sur l'excellence du résultat qu'il a obtenu avec la pulvérisation phéniquée. Ce qu'il y a de plus important dans ce fait, notamment, ce n'est pas seulement le soulagement immédiat de la douleur, mais la rapidité avec laquelle s'est opérée la résolution.

Il me semble que, dans ce moyen de traitement, il y a deux éléments, le poudroiement et l'action propre de l'acide phénique. Quant à la part à faire à l'élément parasitaire dans le furoncle, j'avoue que j'ai des doutes, j'hésite à le faire entrer pour quelque chose. M. Le Roy de Méricourt rapporte les faits de furoncle et d'anthrax qu'il a eu l'occasion d'observer pendant ses voyages

maritimes. Il a été frappé des modifications rapides qu'il a vu s'opérer dans la marche de cette affection, sous l'influence des changements de température, surtout du passage de contrées sèches ou froides dans des contrées chaudes et humides. Il ne voit pas ce que pouvaient avoir à faire là les micro-organismes.

M. PERRIN a écouté la communication de M. Verneuil avec d'autant plus d'attention qu'il a eu souvent affaire à des cas semblables. Il a toujours eu recours, dans ces cas-là, avec des résultats toujours satisfaisants, à la balnéation prolongée. D'accord avec M. Verneuil sur l'abandon des moyens chirurgicaux, il ne saurait s'associer à l'interprétation qu'il a donnée à ses faits.

M. LE FORT. Il y a dans l'action de l'acide phénique un élément qu'il ne faut pas négliger. Il croit qu'il y a autre chose que l'antisepsie, il y a une action anesthésique sur la peau. D'un autre côté, il y a un certain nombre d'anthrax pour lesquels il lui semble difficile de n'avoir pas recours à l'intervention chirurgicale pour obtenir l'avortement du furoncle. A une époque où il était sujet lui-même à de très fréquentes éruptions furonculeuses, il les faisait toujours avorter en plongeant une lancette à travers la peau, jusqu'à leur base. Il a encore employé un autre moyen qui lui a souvent réussi aussi, c'est l'application de compresses imbibées d'eau.

M. CONSTANTIN PAUL demande à M. Verneuil si, grâce à sa méthode, il a pu mettre ses malades à l'abri des récidives si fréquentes du furoncle et de l'anthrax.

M. VERNEUIL est convaincu que le furoncle et l'anthrax sont une même chose. Tout ce qu'il a voulu prouver dans sa communication, c'est qu'on guérit l'un et l'autre par un moyen simplement topique.

M. BUCQUOY. Beaucoup de médecins ne les traitent pas autrement.

M. VERNEUIL. Mon moyen agit-il comme anesthésique ou comme humidité? J'ai reçu ce matin même une lettre d'un médecin militaire qui me dit que s'il avait à sa disposition un moyen de faire avorter les furoncles, cela lui rendrait un grand service. Il a eu recours, jusqu'à présent, à des injections sous-cutanées phéniquées, mais ce moyen est extrêmement douloureux. M. le docteur Gingeot m'écrit qu'il a essayé toutes sortes de moyens, mais avec des résultats très variables, il est convaincu que le moyen que j'ai fait connaître est très bon et il se propose d'y avoir recours.

M. Perrin parle de la balnéation prolongée. S'il y a quelqu'un qui soit partisan du bain permanent, c'est bien moi. La pulvérisation d'eau chaude, dit notre collègue, réussirait aussi bien que la pulvérisation phéniquée. Pour moi je préfère l'eau phéniquée à l'eau pure.

M. LABORDE. On paraît oublier trop que l'acide phénique n'agit pas seulement contre les parasites, il agit aussi par un autre mécanisme physiologique, par la contraction des vaisseaux. C'est un effet analogue à celui de l'eau chaude pour arrêter les hémorrhagies.

M. TRÉLAT. Lorsque j'ai écrit l'article ANTHRAX, dans le *Dictionnaire Encyclopédique*, on ne connaissait pas encore l'antisepsie et les microbes. J'écrivais alors qu'il n'y avait pas un anthrax, mais des anthrax. Depuis l'introduction des antiseptiques dans la pratique, nous avons vu les anthrax perdre leur gravité, comme toutes les complications septiques. Dans certaines conditions je suis d'avis qu'il faut opérer dans le plus bref délai possible. Sans doute le moyen proposé par M. Verneuil est excellent, mais je me demande si, pour réaliser l'antisepsie dans les cas graves, il n'y aurait pas avantage à ouvrir largement d'abord l'anthrax et à appliquer ensuite les antiseptiques directement sur la surface mise ainsi à nu.

M. VERNEUIL ne dit pas qu'il ne se présentera pas un jour un anthrax qu'il incisera, mais jusqu'à ce jour, depuis qu'il a recours à la méthode des pulvérisations phéniquées, il n'en a vu aucun qui lui ait paru nécessiter l'incision.

ÉLECTIONS

L'Académie a procédé dans cette séance à l'élection de deux membres correspondants nationaux, dans la quatrième division.

Les candidats ont été classés comme il suit :

1° M. Moitessier; 2° M. Engel; 3° M. Barusby; 4° M. Charpentier; 5° M. Soubeiran; 6° M. Lacour-Eymard.

Le nombre des votants étant de 53, majorité 28:

Au premier tour, M. Moitessier a été élu par 43 suffrages; M. Barusby en ayant eu 7 et M. Soubeiran 5.

Au deuxième tour, M. Engel a été élu par 38 suffrages, 9 donnés à M. Barusby et 7 à M. Soubeiran.

A quatre heures trois quarts, l'Académie s'est formée en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret, en date du 21 janvier 1888, M. le docteur Crouzet, maire de Bolbec, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par application des dispositions du titre IX de la décision ministérielle du 26 mars 1887 et de l'article 15 du décret du 22 novembre 1887, MM. Guillaume, Gaillard et Ravoux, élèves du service de santé militaire, reçus docteurs en médecine, sont nommés à l'emploi de médecin stagiaire à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires, pour prendre rang du 16 janvier 1888.

— M. le docteur Joseph Saintour, décédé à Paris, le 18 novembre 1887, a fait les legs suivants :

1° A la Faculté de médecine de Paris, 1 000 francs de rente 3 0/0 pour la fondation d'un prix annuel, de pareille somme, à décerner sous le nom du testateur, sur un sujet désigné par la Faculté;

2° Au Collège de France, une rente de 1 000 francs, également à décerner en un prix annuel sur un sujet proposé par l'assemblée des professeurs;

3° A chacune des cinq Académies de l'Institut de France, 1 000 francs de rente également pour la fondation d'un prix annuel à décerner sur un sujet, proposé par les différentes classes;

4° Le reste de sa fortune partagé par neuvièmes entre la Faculté de médecine, l'Académie de médecine, le Collège de France, les cinq classes de l'Institut, pour augmenter d'autant les prix annuels indiqués ci-dessus, et son exécuteur testamentaire.

— La troisième session du Congrès français de chirurgie se tiendra du 12 au 17 mars 1888, dans le grand amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria, à Paris, sous la présidence de M. le professeur Verneuil. Les questions suivantes sont mises à l'ordre du jour du Congrès :

I. De la conduite à suivre dans les blessures par coup de feu des cavités viscérales (exploration, extraction, opérations diverses).

II. De la valeur de la cure radicale des hernies au point de vue de la guérison définitive.

III. Des suppurations chroniques de la plèvre et de leur traitement (opérations de Letiévant et d'Estlander), indications, contre-indications et résultats définitifs.

IV. De la récidive des néoplasmes opérés, recherches des causes de la prophylaxie.

Extrait des statuts. — I. Le Congrès français de chirurgie a pour but d'établir des liens scientifiques entre les savants et les praticiens nationaux ou étrangers qui s'intéressent aux progrès de la chirurgie.

III. Sont membres du Congrès tous les docteurs en médecine qui s'inscrivent en temps utile en payant la cotisation.

Extrait du règlement. — I. Les chirurgiens qui désirent faire partie du Congrès doivent envoyer leur adhésion au Secrétariat général et y joindre la somme de vingt francs. Il leur est délivré un reçu détaché d'un registre à souche, qui donne droit au titre de membre de la prochaine session.

III. Les membres du Congrès qui désirent faire une communi-

cation sont priés de le faire savoir au secrétaire général trois mois avant l'ouverture du Congrès. Ils doivent joindre un résumé très bref contenant les conclusions de leur travail.

Avis. — MM. les membres titulaires du dernier Congrès sont prévenus que le montant de la cotisation, pour 1888, sera recouvré dans la première quinzaine de février. — Des démarches sont faites auprès des diverses Compagnies de chemin de fer, pour obtenir demi-place aux membres du Congrès qui se rendront à la troisième session.

Adresser toutes les communications à M. le docteur S. Pozzi, secrétaire-général, 10, place Vendôme, à Paris.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

48

ANALYSE DE JANVIER DU

LAIT PUR ET NON ÉCRÉMÉ

DE LA FERME D'ARCY-EN-BRIE (Seine-et-Marne), arrivant tous les jours en vases en CRISTAL de un et de deux litres bouchés, et plombés à la ferme d'Arcy même.

L'analyse de ce lait, pour le mois de janvier, a été faite par M. JOULIE, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois :

Densité à 15°		1033.80
	gr.	
Beurre par litre	50.600	
Albumine	7.000	
Caséine	29.300	
Sucre de lait	52.100	
Sels	8.000	
Total des matières fixes	147.000	147.000
Eau		886.800

L'analyse des sels a donné par titre de lait :

	gr.
Acide phosphorique	2.360
Acide sulfurique	0.150
Chaux	1.720
Magnésie	0.210
Potasse	1.670
Soude	1.040
Acide carbonique, chlore, fer, etc.	0.850
Total	8.000

PRIX :

Dans les dépôts	65 c. le litre.
—	40 c. le 1/2 litre.
Rendu à domicile	70 c. le litre.
—	45 c. le 1/2 litre.

Adresser les demandes à M. L. NICOLAS, propriétaire-agriculteur, 22, r. de Paradis, Paris.

Envoi gratis, sur demande, du prospectus explicatif. — *Deux livraisons par jour, une le matin et une le soir.*

55

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.
St dép. dét. à Paris, Phie LEBEAULT, 53, Réaumur.
ENTREPOT GÉNÉRAL : **5, rue Bourg-L'Abbé, Paris.**

110

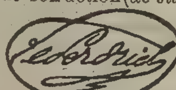
ASTHME catarrhe, **oppression**, et toutes les *affections des voies respiratoires*, st guéris pr les **TUBES LEVASSEUR**, O. ❄❄. Pharmacie, 23, rue de la Monnaie, Paris, et toutes les pharmacies de France. **3** *fr. franco.*

39

LA TOILE VÉSICANTE LE PERDRIEL

(VÉSICATOIRE ROUGE)

est connue depuis plus de soixante ans. Elle doit à une formule particulière et au soin avec lequel elle est exécutée, un succès qui ne s'est point démenti. Par la promptitude de son action (*de six à dix heures*), on évite les accidents ordinaires des vésicants. Exiger la couleur rouge et la division centésimale noire (propriété de l'auteur), ainsi que la signature.



92

SIROP DE BOUBÉE

ANTIGOUTTEUX ET ANTI-RHUMATISMAL
sudorifique, diurétique, stimulant, Dépuratif, Antispasmodique

Le plus puissant remède employé depuis 1825 contre la *Goutte* et les *Rhumatismes.*

PRÉSENTÉ A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

DOSE : de **2** à **4** cuillerées à bouche par jour, suivant la gravité de la maladie.

Se trouve dans toutes les pharmacies.

Gros : E. MAZIER, 264, boul. Voltaire, Paris.

33

VARICES, HÉMORRHOÏDES

HAMAMELIDINE LOGEAIS

Elle a pour *adjuvant indispensable* ds le cas de *Varices* l'usage de compresses de **Mixture Logeais à l'Hamamélis** et dans le cas d'*Hémorrhoïdes* celui de **Bougies américaines à l'Hamamelis.**

DÉPOT : Phie LOGEAIS, av. Marceau, et ttes phies.

74

LES CAPSULES DE ROUSSEAU

AU VALÉRIANATE D'AMMONIAQUE

permettent d'absorber sans répugnance ce médicament. — Chaque capsule renferme 0gr,10 de Valérianate cristallisé. Phn 54, rue de Rome, Paris.

12

PASTILLES GÉRAUDEL

(AU GOUDRON DE NORWÈGE PUR)

Agissant par Inhalation et Absorption.

Contre RHUME,
BRONCHITE, CATARRHE, ASTHME
ENROUEMENT, LARYNGITE, etc.

Bien préférables aux Capsules et Bonbons, qui surchargent l'estomac sans agir sur les Voies respiratoires.

Les **Pastilles Géraudel** *ne contiennent aucun narcotique. Elles se dissolvent entièrement sous l'influence de la chaleur buccale. Les vieillards et les enfants peuvent impunément en user et abuser sans aucun inconvénient. C'est une supériorité qu'elles ont sur les capsules, bonbons, etc., etc., dont l'enveloppe gélatineuse indigeste, en plus des substances narcotiques, morphine, sels d'opium, codéine, etc., qui peuvent leur être adjoints, déterminent des symptômes d'empoisonnements, selon la quantité absorbée.*

Après avoir étudié et analysé les diverses préparations de goudron et leur mode d'administration, il a été reconnu que la plupart présentent de grandes difficultés pratiques, et surtout qu'elles ne répondent point, par leur mode d'ingestion, au but désiré, c'est-à-dire l'*emploi du goudron par inhalation sous forme de vapeurs.*

Après avoir isolé successivement les principaux éléments constitutifs du goudron et expérimenté l'action physiologique et thérapeutique de chacun de ces éléments, M. Géraudel ne tarda pas à reconnaître que, parmi les multiples produits pyrogénés qui prennent naissance dans le mode même de préparation du goudron, plusieurs d'entre eux sont d'une âcreté excessive, irritent et enflamment les muqueuses avec lesquelles ils se trouvent en contact, et par cela même détruisent l'action de ce précieux médicament. Par des procédés spéciaux de sélection, il parvint à débarrasser le goudron de ces principes nuisibles. Ce premier résultat acquis, M. Géraudel, s'inspirant des travaux de Gubler, Sales-Giron, Chevandier, etc., rechercha les moyens les plus simples de faire pénétrer dans les voies respiratoires le goudron qu'il avait ainsi obtenu. Il rechercha ensuite son degré de volatilité, puis la préparation qui favoriserait le mieux cette vaporisation.

Ces études lui démontrèrent que la bouche constitue l'appareil inhalateur le plus simple et le plus parfait.

Les nombreuses manipulations auxquelles il avait dû se livrer lui permirent de formuler la préparation dont l'efficacité est aujourd'hui reconnue par la majorité des médecins et chimistes qui l'ont expérimentée.

En résumé, M. Géraudel est arrivé à donner au goudron son maximum de possibilité thérapeutique et à trouver l'inhalateur le plus commode et le plus parfait.

Pendant la succion des Pastilles Géraudel, l'air que l'on respire se charge de vapeurs de goudron qu'il transporte directement sur le siège du mal; c'est à ce mode d'action tout spécial, en même temps qu'à leur composition, que ces Pastilles doivent leur efficacité réelle dans toutes les affections contre lesquelles le Goudron est conseillé. — *Très utiles aux fumeurs, aux personnes qui fatiguent de la voix et à celles qui sont exposées, dans leurs travaux, à respirer des poussières ou des vapeurs irritantes.*

Les **Pastilles Géraudel** sont les seules Pastilles de Goudron récompensées par le Jury international de l'Exposition universelle de 1878. Expérimentées par décision ministérielle, sur l'avis du Conseil de santé. Autorisées en Russie par le Gouvernement impérial, sur l'approbation du Conseil médical de l'Empire.

L'ÉTUI : **1 fr. 50** DANS TOUTES PHARMACIES

Envoi franco contre mandat-poste adressé à l'inventeur **A. GÉRAUDEL,** pharmacien à *Sainte-Menehould* (Marne).

Envoi gratuit sur demande Boîte d'échantillons à MM. les Médecins qui désireraient les expérimenter.

47

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la secrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraine le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

65

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPOT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

46

VIN DE VIVIEN

A L'EXTRAIT DE FOIE DE MORUE.

Ce vin, agréable au goût, contient par cuillerée 0gr, 12 d'extrait, soit exactement les principes actifs de la meilleure huile. — 3 fr, 50 le flacon.
Dragées d'extrait créosoté : le flacon de 100, 3 fr. 50.
50, boulevard de Strasbourg.

52

MALADIES DE POITRINE

CRÉOSOTE DE GOUDRON DE HÊTRE

Vin, Huile et Sirop
Capsules d'huile de faînes } **créosotés.**
Id. d'huile de foie de morue

Seules formules vraies des docteurs Bouchard et Gimbert. — Phie H. MAYET, 9, rue St-Marc.

79

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas âge ; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et contribue aussi à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen fres, 16, r. Parc-Royal, Paris et phies.

12

NÉVRALGIES, MIGRAINES, FIÈVRES.

PILULES DE SAINT-CLOUD

Chaque pilule contient 1/5e de milligramme d'*Aconitine*, du *Valérianate de Quinine* et du *Valérianate de zinc*.

Phie DUFILHO, Saint-Cloud, et ttes pharmacies.

94

PELLETIÉRINE DE TANRET

Lauréat de l'Institut.

C'est le tænifuge le plus sûr et le plus facile à prendre. Elle ne se délivre que par doses préparées pour adultes et avec le mode d'emploi.

LA PELLETIÉRINE TANRET EST ADOPTÉE PAR LA MARINE ET LES HÔPITAUX DE PARIS.

Gros : Ch. TANRET, 14, r. d'Alger, Paris.
Détail à Paris : Phie, 64, r. Basse-du-Rempart.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 janvier 1888. — Présidence de M. POLAILLON.

COMMUNICATIONS.

Hémato-salpingite. — **M. POZZI** présente une hémato-pyo-salpingite du côté gauche. La poche est du volume des deux poings. Elle contenait du pus fétide et quelques caillots. Elle s'était perforée huit jours avant l'opération et son contenu avait été en partie évacué par le rectum. La malade était dans un état général grave.

Actuellement, opérée depuis trois jours, elle va bien. Température 37°5.

Influence du traumatisme sur la marche de la grossesse. — **M. MARCHAND** fait un rapport sur un travail de M. Jeannel, contenant plusieurs observations et des expérimentations propres à jeter quelques lumières sur cette question de l'influence des traumatismes sur la marche de la grossesse.

M. Jeannel communique d'abord l'observation d'une jeune femme de vingt et un ans, mère de deux enfants, qui, étant enceinte de cinq mois, subit un écrasement de la main avec un arrachement musculaire considérable de l'avant-bras. Il fallut pratiquer immédiatement la désarticulation du coude. Pendant les trois jours qui suivirent, la température fut de 37 degrés le matin et de 38 degrés le soir. La guérison se fit très rapidement; il n'y eut pas de retentissement du côté de l'utérus. Il existe de nombreux exemples de ce genre.

C'est, selon M. Jeannel, la fièvre traumatique qui est abortive, et non le traumatisme lui-même. Il a fait des expériences sur des chiennes grosses, il a injecté des liquides septiques, dans la veine saphène. Le lendemain cette chienne est abattue, elle avorte le surlendemain, puis va très bien ensuite. M. Jeannel conclut de ce fait, que la fièvre septique primitive jouit d'une puissance abortive. Il n'est pas besoin, ajoute-t-il, de septicémie vraie et ce sont les premiers jours qui sont les plus dangereux. La septicémie et la pyohémie peuvent à plus forte raison exercer la même action.

M. Marchand trouve que ces conclusions ne découlent pas des faits signalés par M. Jeannel. La femme amputée de l'avant-bras a eu une fièvre traumatique septique légère et elle n'a pas eu d'avortement. Il faudrait donc renverser plutôt les conclusions de M. Jeannel si l'on pouvait appuyer des généralités sur un cas.

M. Marchand cite un fait qui lui est personnel : une femme de vingt-quatre ans, enceinte de deux mois, est opérée par lui d'un volumineux sarcome de la fesse. Il y eut désunion des lambeaux, puis fièvre traumatique; le vingt-deuxième jour, alors que la malade était presque guérie, la température monta à 39 et à 40 degrés, survient une variole discrète; la malade revient guérie deux mois après et avorte d'un fœtus de trois mois et demi. L'avortement peut être attribué ici à la variole.

M. TERRIER dit que, dans les cas dont vient de parler M. Marchand, il s'agit, non pas de fièvres traumatiques septicémiques, mais de fièvres avec suppuration.

Ostéomyélite. — **M. BERGER** communique l'observation d'une femme atteinte d'ostéomyélite sur laquelle il pratiqua l'amputation de la cuisse et, reconnaissant l'affection dont il s'agissait, fit d'emblée la désarticulation de la hanche. M. Berger rappelle les différentes recherches qui ont été faites sur les micro-organismes qu'on a trouvés dans l'ostéomyélite. Ces recherches n'ont pas abouti jusqu'ici à démontrer que cette affection puisse être inoculée ; il faut, en effet, pour qu'elle se développe, un terrain préparé. Dans cette observation, il s'agissait d'une femme de quarante-cinq ans, sans antécédents particuliers, qui avait travaillé jusqu'au moment de son entrée à l'hôpital. Le début de l'affection remontait à peine à quinze jours. Toutefois, vers l'âge de seize ans, cette femme avait eu un abcès du genou. A son entrée à l'hôpital, elle avait un énorme gonflement du genou gauche, avec fluctuation, douleurs, etc. M. Berger pense qu'il s'agissait d'une affection inflammatoire se rapportant à une ostéomyélite de l'adolescence. Au-dessus du genou, il existait également une collection purulente, qui fut incisée. Cette incision ne vida pas l'épanchement du genou. M. Berger fit d'abord une arthrotomie, puis le lendemain l'amputation de la cuisse. Ayant trouvé l'os altéré dans sa totalité, il fit d'emblée la désarticulation de la hanche. Quatre jours après, cette malade succombait à l'état septique qu'elle présentait déjà avant l'opération. A l'autopsie on trouva des épanchements purulents dans la plèvre et le péritoine. Il s'agissait bien d'un cas d'ostéomyélite aiguë suppurée chez l'adulte.

Ce cas présente ceci de particulier qu'on n'avait constaté, chez cette femme, aucune des affections qu'on rencontre habituellement chez ces malades tels qu'hyperostose, ostéite ou ostéopériostite, accidents qui précèdent généralement l'ostéomyélite, surtout chez les adultes.

M. BOUILLY rapproche de ce fait deux cas d'ostéomyélite qu'il a observés chez l'adulte. Le premier cas se rapporte à une femme de trente-six ans, qui présenta les caractères de la fièvre typhoïde, lorsqu'on s'aperçut d'un gonflement avec fluctuation de la partie supérieure de la cuisse gauche. On avait remarqué que, depuis longtemps, cette femme boitait un peu. M. Bouilly fit une incision, et constata que le pus était mélangé de gouttes huileuses, signe caractéristique, comme on sait, de l'ostéomyélite. Aussi, avec une petite couronne de trépan, fit-il immédiatement une sorte de ponction osseuse, et il vit sortir du liquide d'apparence splénique. Cette intervention fut accompagnée d'une amélioration immédiate, et la malade finit par guérir.

Le second cas est celui d'un Anglais de trente-huit à quarante ans, qui avait eu des douleurs très vives dans les reins et dans la cuisse gauche. On finit par découvrir sur cette cuisse une énorme collection purulente qu'un médecin ouvrit largement; ce malade succomba peu de temps après à des accidents septicémiques.

M. LANNELONGUE dit que, partant de ce fait que l'ostéomyélite de l'adulte est une affection rare, MM. Berger et Bouilly ont recherché, dans les antécédents de leurs malades, la trace des premières atteintes de cette affection. L'ostéomyélite de l'enfance et de l'adolescence laisse toujours des traces, des manifestations osseuses, séquestres, hyperostose, etc. Or, les faits relevés par MM. Berger et Bouilly, dans les antécédents de leurs malades, ne sont pas très précis. Il y a donc lieu d'admettre qu'il s'agissait d'ostéomyélite primitive de l'adulte. Celle-ci n'est pas si rare qu'on le croit. M. Lannelongue en a trouvé un assez grand nombre d'exemples, pour accepter l'ostéomyélite primitive de l'adulte.

M. TRÉLAT vient d'amputer la cuisse d'un homme de cinquante-neuf ans, dont l'affection avait été très difficile à diagnostiquer, affection datant de six mois, à marche subaiguë, caractérisée par une tumeur osseuse ; après l'amputation, on vit qu'il s'agissait d'une ostéomyélite aiguë de l'adulte. Comme antécédents, on ne signale qu'une chute six ans auparavant. C'est donc là un cas d'ostéomyélite primitive, développée chez un homme de cinquante-neuf ans.

L'année dernière, M. Trélat reçoit, dans son service, un homme de trente-six ans présentant une douleur vive au niveau de l'avant-bras, un léger gonflement. Cela devient fluctuant, incision, écoulement léger de pus. Les douleurs ne sont pas calmées; nouvelle incision sans soulagement ; l'amputation elle-même n'a pas arrêté la marche des accidents, qui se sont terminés très rapidement par la mort. C'était encore un cas d'ostéomyélite infectieuse.

Un troisième exemple : homme de trente-sept ans, avec des cicatrices sur la jambe ; traces bien nettes d'ostéomyélite de l'enfance ; légère hydarthrose; la douleur augmente, la température monte, le genou se gonfle, arthrotomie, pus dans l'articulation, les accidents continuent à marcher, amputation de la cuisse, guérison. Ici, ostéomyélite de l'enfance, réveil de l'affec-

tion par une anthrite purulente trente ans après. Ce sont là les cas les plus fréquents; mais, dans certains cas rares, l'ostéomyélite peut apparaître d'emblée chez l'adulte, et même dans un âge avancé.

M. LE FORT fait observer que, chez le malade de M. Berger, l'os était pris dans sa totalité, aussi bien dans sa longueur que dans son épaisseur; les accidents ont marché avec une grande rapidité, c'était bien là un cas d'ostéomyélite aiguë.

M. RECLUS observe actuellement un malade âgé de vingt-sept ans, présentant tous les caractères d'une ostéomyélite. A l'âge de quatorze ans, il avait eu de la douleur et de la fièvre, mais pas d'autres traces d'ostéomyélite. Il fit plusieurs applications de trépan, et trouva un abcès intra-osseux, d'une étendue considérable. Il paraissait guéri, quand les accidents reparurent de nouveau. M. Reclus dut faire de nouvelles applications de trépan; il évida ainsi la moitié inférieure du tibia. Il opéra de cette façon quatre abcès, le malade va bien. On peut, dans beaucoup de cas, par ces évidements, éviter des opérations plus radicales.

Tarsectomie. — **M. LE DENTU** présente les moules d'une malade qui était atteinte d'un pied-bot, d'origine paralytique avec renversement complet; cette malade marchait sur le dos du pied. Il enleva l'astragale, le cuboïde, l'angle antéro-externe du calcanéum et l'angle postéro-interne du scaphoïde. Le résultat a été très satisfaisant; le pied est redressé, et la marche est possible.

La séance est levée.

MINISTÈRE DE LA GUERRE

Tableau d'avancement du corps de santé militaire.

État de classement, par ordre d'ancienneté, des médecins aides-majors de première classe, inscrits au tableau d'avancement pour le grade de médecin-major de deuxième classe. — 1886. — MM. Rivaud, Camus, Lapeyre, Blanc, Bimler, Baratte.

1887. — MM. Baret, Labroue, Brault de Bournonville, Baur, Ferrand, Léchaudel, Clément, Lejeune (L.-M.), Ducros, Goumy, Lafille, Février (L.-E.-J.), Monnot, Pailloz, Godin, Desprez, Bernard, Gruet, Mesnier, Boussavit, Rostan, Salebert.

État de classement, par ordre d'ancienneté, des pharmaciens aides-majors de première classe, inscrits au tableau d'avancement pour le grade de pharmacien-major de deuxième classe. — 1887. — MM. Nicolas, G. Girard, Barthe, Guillot, Puaux.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1887-1888.

92. M. SECHEYRON. De l'hystérotomie vaginale. — 93. M. KADDOUR. Des pneumonies dans les opérations d'extirpation du sein. — 94. M. MARTIN DE GIMARD. Du purpura hémorrhagique. — 95. M. BAISLE. De la guérison de la pseudo-paralysie syphilitique. — 96. M. GUILLON. Du carcinome latent de l'estomac et du carcinome à forme fruste (étude clinique et chimique). — 97. M. GÉRARD. Des injections vaginales chaudes prolongées dans le traitement des péritonites chroniques. — 98. M. MEYVILLE. Traitement de certaines hernies dites irréductibles. — 99. M. LE ROY DE LANGEVINIÈRE. Des températures morbides de l'estomac et de leur interprétation clinique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret, en date du 24 janvier 1888, a été promu dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. David, aide-médecin, docteur en médecine.

— Par application des dispositions du titre IX de la décision ministérielle du 26 mars 1887 et de l'article 15 du décret du 22 novembre 1887, M. Gauillard, élève du service de santé militaire, reçu docteur en médecine, a été nommé à l'emploi de médecin stagiaire à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires, pour prendre rang du 20 janvier 1888.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. le docteur Carpentier est institué chef des travaux anatomiques.

— *Faculté libre de médecine et de pharmacie de Lille.* — M. le docteur Derville, ancien interne des hôpitaux, est nommé professeur suppléant.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. le docteur Gouilloud est nommé aide de clinique des maladies des femmes, en remplacement de M. Jubin, dont le temps d'exercice est expiré.

M. le docteur Devic est nommé aide de clinique des maladies des enfants, en remplacement de M. Brizard, dont le temps d'exercice est expiré.

M. Courmont, interne des hôpitaux, licencié ès sciences naturelles, est nommé préparateur du laboratoire de médecine expérimentale en remplacement de M. Gaillard, démissionnaire.

— *École de médecine d'Alger.* — M. Rouffilange, pharmacien de première classe, est nommé chef des travaux physiques et chimiques, en remplacement de M. Ducruzel, appelé à d'autres fonctions.

— *École de médecine de Toulouse.* — M. le docteur Bézy est nommé chef de clinique médicale.

M. le docteur Chabaud est nommé chef de clinique chirurgicale.

— *École de médecine de Tours.* — M. le docteur Ledouble, suppléant, est nommé professeur d'anatomie, en remplacement de M. Giraudet, décédé.

— *École supérieure de pharmacie de Paris.* — M. Monnier est nommé surnuméraire à la bibliothèque de ladite école.

— M. le docteur Legludic, médecin-adjoint du lycée d'Angers, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. Guichard, démissionnaire.

M. le docteur Jagot, professeur suppléant à l'École de médecine d'Angers, est nommé médecin-adjoint du lycée d'Angers, en remplacement de M. Legludic.

— M. le docteur Valette est nommé membre du comité d'inspection et d'achats de livres près la bibliothèque de Tulle.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Dumont (de Valhuon), Plouvier (de Méteren), Saissinel (de Toulouse).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons cliniques sur les tænias de l'homme, par M. le docteur BÉRENGER-FÉRAUD, directeur du service de santé de la marine et de l'École de médecine navale de Toulon. 1 vol in-8, avec 50 figures dans le texte. — Prix : 8 francs. — Paris, O. Doin.

De la rhino-bronchite annuelle ou asthme d'été, par le docteur Eugène LEFLAIVE, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8°. — Prix : 4 francs. — Paris, G. Steinheil.

Le Monde des rêves, le rêve, l'hallucination, le somnambulisme et l'hypnotisme, l'illusion, les paradis artificiels, le ragle, le cerveau et le rêve, par M. le docteur Max SIMON, médecin en chef à l'asile public d'aliénés de Bron. Deuxième édition, in-16. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 13. — MARDI 31 JANVIER 1888. 61e ANNÉE. MARDI 31 JANVIER 1888. — N° 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. BROUARDEL.

Accouchements précipités. Accouchements « post mortem ». Survie.

Nous arrivons à une question qui vous sera souvent posée. Un accouchement rapide peut-il avoir pour conséquence la chute de l'enfant sur le sol, et cette chute peut-elle occasionner une fracture du crâne?

Il est possible que l'enfant tombe à terre. Mais est-il possible qu'il se casse la tête? Les uns répondent « oui », les autres « non ». Il est certain d'abord qu'il paraît difficile, qu'une femme puisse accoucher dans la position verticale. Un médecin avait offert cent marcs à toute femme qui accoucherait debout. Presque toutes se sont plus ou moins accroupies, sauf une seule qui est restée debout. Cela seul diminue sensiblement les chances de violence de la chute. De plus, il ne faut pas croire qu'un enfant bondisse du ventre de la mère, comme le noyau d'une cerise qu'on presse entre ses doigts. Le frottement atténue beaucoup l'impulsion, et l'intensité de la chute se trouve mesurée, seulement par la distance de la tête de l'enfant au sol, au moment où il tombe.

Un autre élément à considérer est la longueur du cordon ombilical, car, étant donné une femme debout, il faudrait bien un cordon d'un mètre, pour que la tête de l'enfant aille jusqu'au sol. Or, le cordon, qui mesure ordinairement de 50 à 60 centimètres, ne se casse pas dans l'immense majorité des cas. Pour ma part, je me déclare incapable de rompre un cordon avec mes mains, si je ne lui fais une petite fissure avec mon ongle, et j'ai tenté souvent l'expérience à la Morgue.

Pourtant, M. Budin m'a apporté, l'autre soir, deux observations, qui se sont présentées le mois dernier à la Maternité, d'accouchement brusque, dans lequel l'enfant a été poussé subitement au delà des genoux de la femme, et le cordon a été rompu vers le milieu. Les femmes étaient dans leur lit, dans la position horizontale. M. Budin affirme que ces cordons n'étaient pas malades. Voilà deux observations bien extraordinaires, en opposition complète avec ce qui avait été vu jusqu'à ce jour, mais qui nous ôtent le droit de nous prononcer, absolument, contre la possibilité d'une rupture.

Une des conditions qui protègent le crâne de l'enfant contre les fractures, est l'élasticité extrêmement considérable des os qui le composent.

Je me rappellerai, toute ma vie, l'exemple de l'enfant d'un ingénieur des ponts et chaussées, sur la tête duquel la roue d'un fiacre avait réalisé un véritable scalpage. Le cuir chevelu détaché formait une calotte, qui ne tenait plus que par un lambeau, allant de l'oreille à l'occiput. Je l'ai recousu avec des points de suture, et il n'en a pas été autrement incommodé. Chez les enfants, le crâne résiste beaucoup plus que chez l'adulte. Il est élastique et rebondit comme une balle.

Je n'insiste pas sur les règles de l'expertise : vous devez examiner la femme, pour savoir si c'est une primipare ou une multipare (chez celle-ci, la possibilité du fait est plus facile à admettre); vous devez vous assurer si le cordon a été déchiré ou coupé, si le placenta a été expulsé en même temps que l'enfant, rechercher des taches d'enduit sébacé, d'épiderme, faire saisir tous les linges susceptibles de vous intéresser, etc.

On peut vous demander si l'enfant a respiré, s'il était né viable. A ce propos, il faut vous rappeler que le signe fourni par la respiration n'est pas absolu. A la suite des opérations de craniotomie, quand le bulbe n'a pas été atteint, l'enfant peut respirer encore. Il peut aussi avoir continué à respirer, alors même que la fracture du crâne serait absolument contemporaine de l'instant où il est venu au monde.

Vous aurez des expertises à faire au sujet d'enfants précipités dans les fosses d'aisance. Certaines femmes disent qu'elles se sont méprises sur la nature du besoin qu'elles éprouvaient, et qu'elles ont cru à des douleurs de défécation, lorsqu'il s'agissait de douleurs expulsives.

La première question à leur poser est celle-ci : « Comment étiez-vous au moment de l'accouchement? Assise sur la lunette, ou bien accroupie? Vous savez qu'il existe, au point de vue de la disposition des lieux, deux systèmes différents : ou bien c'est un simple trou à la turque, ou bien un appareil à cuvette avec soupape. L'enfant ne peut tomber que si la femme est accroupie, car, avec le dernier appareil, lorsque la femme est assise ou du moins à moitié assise, l'enfant ne sort pas verticalement, mais en avant (en crosse de pistolet), et sa tête va buter contre le rebord de la lunette.

Il y a une autre circonstance qui n'est pas du tout favorable à cette hypothèse, d'une chute accidentelle de l'enfant dans une fosse d'aisance. A Paris, il n'y a pas de cabinets dans lesquels le diamètre de l'orifice inférieur de la cuvette mesure plus de 12 centimètres; et le plus souvent, c'est 10 ou 11. Or, le diamètre occipito-frontal, chez l'enfant, est en moyenne de 11 centimètres, et la largeur des épaules, de 18 à 20 centimètres.

Enfin, nous nous sommes demandé, M. Descouts et moi, quel poids ces soupapes pouvaient supporter. Nous n'avons pas trouvé de soupape s'ouvrant sous un poids de moins de 10 kilogrammes posés doucement. Il faut donc une impulsion violente pour faire franchir de tels obstacles au fœtus, et c'est pourquoi on constate presque toujours des fractures sur les pariétaux, de petites hachures sur le cou ou sur les oreilles, etc., la mère ayant secoué l'enfant par les pieds, pour le faire passer.

Vous devez toujours vous informer s'il n'y a pas eu de recherches faites avec des tringles dans le tuyau de chute. C'est ce qui arrive presque toujours, parce que l'enfant est arrêté à un angle droit et obstrue le tuyau, ce qui provoque des sondages. Il est important de le savoir au point de vue de l'origine des lésions. Il faut vous rappeler aussi, que beaucoup d'érosions et d'éraflures à la surface du corps ne doivent être attribuées qu'aux aspérités des parois du tuyau de chute.

Je tenais à vous donner ces détails, parce que vous serez toujours obligés, dans ces circonstances, de vous transporter vous-mêmes, et d'aller visiter les *water-closet* avant de répondre si les faits allégués sont possibles ou non.

On s'est beaucoup préoccupé, il y a quelques années, des inhumations précipitées. On avait trouvé, en reprenant les lignes des cimetières, des femmes ayant un enfant entre les jambes, de là, toute une littérature sur cette théorie des inhumations précipitées. Le fait ne doit pas être interprété ainsi, et en voici la preuve. On avait apporté, pendant l'été, à la Morgue, une femme noyée. Le garçon qui l'avait reçue avait attribué le ballonnement du ventre au développement des gaz. Le lendemain, on trouva sur les dalles, à côté de cette femme, un petit cadavre. Mais on a trouvé en même temps l'explication, qui se présentait sous la forme d'un utérus retourné. Le travail de l'accouchement avait dû commencer pendant les dernières heures de la vie, et le développement des gaz avait achevé l'expulsion. Mais jamais nous n'avons eu d'accouchement *post mortem* à proprement parler.

Une femme peut-elle laisser mourir son enfant, parce qu'elle se trouve dans l'impossibilité de lui porter secours? Certainement oui, dans certains cas, tels que l'éclampsie, le coma, la syncope à la suite d'hémorrhagie. Or, dans les accouchements clandestins, les hémorrhagies sont bien plus fréquentes et abondantes que dans les accouchements ordinaires. Pour ma part, j'ai eu trois faits, dans lesquels la femme était morte d'hémorrhagie auprès du cadavre de son enfant, après l'avoir tué.

Qu'une femme puisse laisser mourir son enfant, à son insu, c'est donc vrai en principe, mais, si c'est vrai en fait, on en trouvera presque toujours la preuve. Pour suffoquer un nouveau-né, il faut un certain temps.

Des faits absolument exceptionnels peuvent se présenter. Il y en a un qui est resté célèbre par l'ardeur procédurière d'un commissaire de police. Dans un compartiment de deuxième classe, une dame accouche en présence d'une jeune fille qui, peu versée dans la pratique de ces sortes d'opérations, laisse le fœtus étouffer dans les membranes, dont elle ne le débarrasse pas. Et le commissaire de police en question voulait la poursuivre pour homicide par imprudence!

Une autre question qui peut se poser, non pas au point de vue criminel, mais à un point de vue médico-légal d'ordre financier, c'est la question des survies. Il peut y avoir un intérêt capital, sous le rapport des successions, à ce que la mère ou l'enfant soit mort avant l'autre. Lorsqu'il n'y a pas de témoignage suffisant, la loi admet que c'est la mère qui a survécu, comme étant plus forte. Il y a, dans le code, toute une théorie, très compliquée, au sujet des survies.

Il est souvent bien difficile de dire si l'enfant a vécu dans le sens légal du mot, ou s'il n'y avait qu'une apparence de vie. Dans tous les cas, ayez soin de noter les faits, au point de vue horaire, avec la plus grande fidélité. Passez toujours devant l'horloge qui fait foi dans le pays, car, souvent, le débat se réduit à une question de minutes ou de quarts d'heure.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 janvier 1888. — Présidence de M. Cadet de Gassicourt.

COMMUNICATIONS

Emploi de l'acide borique. — M. GAUCHER a pensé que ce corps pourrait être avantageusement employé à l'intérieur. Mais, en raison de sa toxicité, il a fait des expériences sur des cobayes. Il a fait manger des doses quotidiennes de 50 centigrammes d'acide borique à ces animaux. Il peut conclure de ces expériences qu'il faudrait faire absorber à un homme 75 grammes d'acide borique par jour pour l'empoisonner. La toxicité de cet acide n'est donc pas suffisante pour le rendre dangereux dans l'emploi thérapeutique.

Il a prescrit l'acide borique dans l'impétigo, en applications externes (3 grammes pour 30 de glycérolé d'amidon) et en a obtenu d'excellents résultats.

Chez un enfant atteint de gommes tuberculeuses ulcérées, il a fait appliquer la pommade boriquée et a obtenu la guérison de cette dermatose tuberculeuse.

Partant de ce fait, M. Gaucher a eu l'idée de donner l'acide borique à l'intérieur chez les tuberculeux. Il l'a donné à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme. Il s'agissait de tuberculeux avancés chez lesquels il a obtenu des améliorations manifestes, surtout dans les caractères de l'expectoration. Bien qu'il s'agisse, dans ces cas, de résultats insuffisants, il n'y a aucun inconvénient à poursuivre ces expériences. L'acide borique passe très facilement dans l'urine, de là même une nouvelle indication de cet agent thérapeutique dans les cystites. On sait que les chirurgiens emploient le borate de soude dans ces cas.

Traitement de la diphthérie. — M. GAUCHER présente, en outre, un travail sur le traitement de la diphthérie par l'ablation des fausses membranes et la cautérisation des surfaces dénudées par une solution concentrée d'acide phénique. Il cite deux faits dans lesquels, par ce moyen, il a obtenu des résultats inespérés. Il fait dissoudre 5 à 10 grammes d'acide phénique dans 10 grammes d'alcool, ajoute 15 à 20 grammes de camphre et un peu d'huile.

M. FÉRÉOL fait observer qu'il est souvent très difficile d'enlever les fausses membranes dans la diphthérie.

M. GAUCHER répond que, par un raclage énergique, on peut y arriver, au moins dans le plus grand nombre des cas.

M. JOFFROY a employé comme topique, au lieu de l'acide phénique, le chloral, qui a des vertus parasiticides beaucoup

plus accentuées. Il faisait des lavages fréquents avec une solution au deux-centième, puis touchait les fausses membranes avec une solution beaucoup plus concentrée, au quatre-vingtième par exemple. A cette dose, le chloral est caustique, la fausse membrane disparaît et il reste une ulcération que l'on continue à toucher ainsi. On transforme, en un mot, l'angine diphthéritique en angine érythémateuse évidemment déterminée par le traitement. Malheureusement ce traitement est inapplicable chez les petits enfants.

M. GAUCHER a remarqué que l'acide phénique agit mieux dans la diphthérie que le chloral qu'il a également essayé.

M. BLACHEZ croit qu'on peut arriver à détruire les fausses membranes par des traitements moins douloureux. Il a obtenu de très bons effets de l'huile de pétrole, beaucoup moins douloureuse. En outre, on sait que souvent, la gorge débarrassée de fausses membranes, celles-ci continuent à se développer dans le larynx. Enfin, si on sait ce qu'on fait chez les adultes, il n'en est pas de même chez les enfants, où on est obligé de procéder un peu à l'aveugle.

M. GAUCHER, à l'aide de son traitement, a surtout pour but de prévenir l'infection secondaire. Si on admet que la fausse membrane est la source de l'infection, il y a tout intérêt à la détruire.

M. RICHARD dit qu'il suffit d'ajouter à l'acide phénique de l'acide tartrique à la dose de un demi p. 100 pour le rendre beaucoup plus antiseptique. M. Laplace a fait, à ce sujet, des expériences tout à fait concluantes.

M. CADET DE GASSICOURT déclare qu'il y a beaucoup de cas dans lesquels la diphthérie est souvent une maladie primitivement locale. Il y a donc tout intérêt à détruire les fausses membranes.

Traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids. — **M. JUHEL-RÉNOY** fait une communication sur le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids. De juillet à novembre 1887, M. Juhel-Rénoy a traité quarante-trois cas de fièvre typhoïde par les bains froids. Il a eu une mortalité de 6,98 p. 100. On sait que la statistique de Brand donne 7,40 p. 100 de mortalité. Les 43 cas observés par M. Juhel-Rénoy peuvent ainsi se répartir : 14 fièvres très graves, 9 sérieuses, 10 moyennes, 7 légères, 3 mortelles.

M. Juhel-Rénoy entre dans quelques détails, au sujet de chacune de ses observations. Il se déclare partisan convaincu de l'emploi des bains froids dans la fièvre typhoïde.

Ces bains sont-ils dangereux? Non, répond-il, et il peut d'autant plus l'affirmer, que pour lui, ni la grossesse, ni les règles, ni les complications cardiaques ou pulmonaires, ni même la phthisie ne l'ont empêché de baigner dans l'eau froide, à dix-huit degrés, des malades atteints de fièvre typhoïde. Bien plus, il a vu des bronchites disparaître après l'administration de ses bains, dont il ne connaît qu'une seule contre-indication, la péritonite par perforation. Si les dangers sont presque nuls, en revanche, les avantages sont multiples et considérables; en effet les bains froids, à 18 degrés, répétés ensuite toutes les trois heures, jour et nuit, aussitôt que le thermomètre atteint 39 degrés, soulagent et fortifient les malades, font disparaître ou apaisent la céphalalgie, les insomnies, la soif, la diarrhée, transforment complètement l'habitus du malade, et abrègent la durée de la convalescence. On a reproché à ces bains d'être très pénibles pour les malades : il n'en est rien, selon M. Juhel-Rénoy; ils s'y habituent très rapidement. Enfin on a dit que leur application était très difficile, M. Juhel-Rénoy n'a éprouvé aucune difficulté à ce point de vue, un infirmier supplémentaire et trois baignoires lui ont largement suffi.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ dit que, malgré les efforts de l'école allemande et de l'école lyonnaise, cette méthode n'a pas été généralement admise en Europe. M. Quinquaud a démontré que le bain froid augmente la combustion de l'organisme. Voilà un premier point. Ce n'est donc qu'un moyen de soustraction de la chaleur. Or le danger de la fièvre n'est pas dans l'hyperthermie, mais bien dans l'exagération des combustions; relativement à la statistique, M. Dujardin-Beaumetz fait observer que MM. Bouchard, Pécholier et lui-même, peuvent en fournir au moins d'aussi bonnes. Il insiste, en outre, sur les difficultés de l'application pratique. On sait qu'il faut qu'en moyenne, toutes les trois heures, on donne un bain. Or, c'est matériellement impossible dans la plupart des services.

M. Dujardin-Beaumetz croit que les avantages des bains froids sont la propreté et l'action tonique et anti-nerveuse. Toutefois il préfère dans tous les cas les bains tièdes, qui ont tous les avantages sans les inconvénients des bains froids.

Il n'admet pas que les bains froids ne sont pas douloureux. Brand dit qu'ils doivent être administrés dès le début de la maladie; mais la plupart des malades atteints de fièvre typhoïde n'arrivent généralement à l'hôpital qu'après le septième ou le huitième jour.

M. FÉRÉOL félicite M. Juhel-Rénoy de son courage d'avoir repris une question qui paraissait jugée. Répondant à M. Dujardin-Beaumetz, il dit que, s'il était démontré qu'on obtienne de bons résultats avec les bains froids, il faudrait laisser de côté les théories qu'a rappelées M. Dujardin-Beaumetz. M. Féréol a tenté de revenir à cette méthode; il a constaté deux pneumonies chez deux malades ainsi traités, et cela l'a considérablement refroidi pour l'emploi de cette méthode. Toutefois, il demande à M. Juhel-Rénoy des renseignements précis sur la façon dont il a procédé, car, ainsi renseigné, M. Féréol serait tout disposé à renouveler les expériences qu'il a déjà faites.

M. HAYEM dit que la méthode des bains froids dans la fièvre typhoïde, est une méthode empirique. La fièvre typhoïde est une maladie spécifique; or, on n'a pas encore trouvé son traitement spécifique. Jusqu'à nouvel ordre, il faut donc se contenter de recourir à la méthode des indications. Or, la méthode de Brand est une méthode systématique, empirique. Toutefois, si la démonstration demandée par M. Féréol était faite, il faudrait l'adopter. Mais cette démonstration n'est pas faite. Cependant cette méthode donne de bons résultats, cela est incontestable. Pourquoi? parce qu'elle répond à certaines indications. Elle est surincontestablement un moyen hypothermique, mais elle est surtout un moyen puissant contre l'adynamie. Les lotions froides sont déjà un très bon moyen à ce point de vue.

Ce qui domine dans la fièvre typhoïde c'est l'infection, dont l'hyperthermie elle-même n'est qu'une conséquence. C'est donc contre elle qu'il faudrait agir. Aujourd'hui M. Hayem emploie le quinine; dans les cas simples, il se contente de l'expectation.

Sur la proposition de M. le Président, la discussion est remise à la prochaine séance.

La séance est levée.

FIÈVRES PALUDÉENNES QUOTIDIENNES

COMPLIQUANT LA SCARLATINE PENDANT LA FIÈVRE DE L'ÉRUPTION.

Par M. le docteur L. SORBETS, d'Aire (Landes).

Lucien M., âgé de quinze ans, est atteint de mal de gorge, le 5 janvier 1888. Comme la scarlatine règne dans le pays, il est pris d'une fièvre très forte et d'une éruption caractéristique généralisée. Le diagnostic de cette maladie éruptive est établi.

Au lieu d'une fièvre continue relativement modérée qui se montre dans des cas semblables, le malade est pris, en outre, vers six heures du soir, d'une fièvre excessivement forte, avec frisson, se terminant vers minuit, par une sueur abondante; P. 120; T. 40°.

Le premier et le second jour de l'éruption, le malade n'accusant pas fidèlement les symptômes qu'il éprouve, la pyrexie est attribuée à la période de l'éruption. Mais la périodicité et la rémittence nous ayant frappé par leur caractère particulier, nous mettons en usage immédiatement le traitement antipériodique : quinze pilules de sulfate de quinine de 10 centigrammes chacune sont prises : 8 le premier jour et 7 le second.

Dès ce moment, la fièvre paludéenne est enrayée, et, de six heures à minuit, la fièvre reprend son allure continue modérée. La scarlatine parcourt ses phases ordinaires, et elle se termine de la façon la plus naturelle, sans complication, grâce aux précautions signalées par Barthez. Cette précaution consiste à laisser, dans leur lit, les malades, pendant un mois environ, afin d'éviter tout refroidissement pendant la saison humide de l'hiver.

Dans nos contrées où l'élément paludéen vient s'ajouter souvent à nos affections inflammatoires, on ne saurait trop se mettre en garde contre toute surprise compliquant les diverses périodes d'une fièvre éruptive; ces cas toutefois sont assez rares : il est bon de les signaler.

HOPITAUX CIVILS DE PARIS

Le classement et la répartition des chefs de service, des chefs de clinique et des élèves internes et externes des hôpitaux et hospices civils de Paris, ont été arrêtés de la manière suivante pour l'année 1888, à dater du 1er février :

Hôtel-Dieu. — Médecin : M. le professeur G. Sée; chef de clinique : M. Durand-Fardel; interne : M. Parmentier; externes : MM. Boix, Morau, Rosenthal, Amarescu, Fonlladosa, Surer, Gascuel, Laîné, Salmon, Cherbuliez.

Médecin : M. Empis; interne : M. Thiroloix; externes : MM. Barnetche, Millet, Delaunay, Gresset, Sapiosa y Vera.

Médecin : M. Proust; interne : M. Méry; externes : MM. Larroussinié, Cartier (René), Dutost, Couvreur, Laforest.

Médecin : M. Bucquoy; interne : M. Besançon; externes : MM. Vassal, Ribelle, Yahoubian, Hulot, Touchard.

Médecin : M. Mesnet; interne : M. Iscovesco; externes : MM. Prouvost, Roux, Darnis, Estrabaut, Pornain.

Médecin : M. Dumontpallier; interne : M. Janet; interne provisoire : M. Ettlinger; externes : MM. Lasserre, Frey (Edmond), Binaud, Tuvache, Egret.

Chirurgien : M. le professeur Richet; chef de clinique : M. Castex; internes : MM. Macquart, Hallion, Prost; externes : MM. Arron, Marie (Auguste), Monbouyran, Lévi (Léopold), Zentler, Corbière, Stojanovits, Ceïde, de Massary.

Chirurgien : M. le professeur Panas; chef de clinique : M. Valude; internes : MM. Sébileau, Delagenière (Paul-Albert), Gibotteau; externes : MM. Devilliers, Chaffard, Rochon-Duvignaud, Pachon, Lévy (Samuel), Bresset.

Chirurgien : M. Tillaux; internes : MM. Demars, Rieffel; externes : MM. Hue, Béchet, Haran, Marc Sée, Delbet.

Hôtel-Dieu Annexe. — Médecin : M. Cornil; interne provisoire : M. Bouel.

Médecin : M. Barié; interne provisoire : M. de Bayle.

Hôpital de la Pitié. — Médecin : M. le professeur Jaccoud; chef de clinique : M. Bourcy; interne : M. Lesage; externes : MM. Loysel de la Billardière, Pascal, Martin (Victor), Renaud, Laporte, Andrerey.

Médecin : M. Hutinel; interne : M. Bouygues; externes : MM. Benoît (Auguste), Parisot, Linon, Thiercelin, Conchon.

Médecin : M. Brouardel; interne lauréat : M. Girode; interne : M. Wurtz; externes : MM. Barrié, Rénon, Dudefoy, Dufournier, Lesieur, Degueret.

Médecin : M. Audhoui; interne : M. Philippe; externes : Mlle Wiltouschewitch, MM. Grinda, Béreaux, Bellemain, Cachan, Luton.

Médecin : M. Lancereaux; interne : M. Bouisson; interne provisoire : M. Basset; externes : MM. Malbec, Bernard (Auguste), Anghelovici, Roubinowitch, Carpentier, Delabrosse.

Médecin : M. Troisier; interne : M. Hudelo; externes : MM. Terson, de Castro, Portillo, Bonenfant.

Chirurgien : M. le professeur Verneuil; chef de clinique : M. Guinard; internes : MM. Valat, Barraud, Faure; externes : MM. Bridier, Condamy, Finet, Lantzenberg, Jayle, Chibret, Constantinescu, Morestin.

Chirurgien : M. Polaillon; internes : MM. Pozzi, Poulalion, Mariage; externes : MM. Phulpin, Collas, Grilhaut des Fontaines, Mayet, Moingeard, Dauvergne.

Accoucheur : M. Maygrier; interne : M. Vilcocq; externes : MM. Lanselle, Greiner.

Hôpital de la Charité. — Médecin : M. le professeur Potain; chef de clinique : M. Sapelier; interne : M. Dutil; externes : MM. Daude-Lagrave, Teissier, Haralambie (Michel), Meugy.

Médecin : M. Blachez; interne : M. Boulloche; externes : MM. Haralambie (Dimitri), Souligoux, Nogué, Benoît (Paul), Sottas, Lemariey.

Médecin : M. Laboulbène; interne : M. Mordret; externes : MM. Cambours, Charmoy, Larger, Binot, Vaudremer.

Médecin : M. Desnos; interne : M. Alcindor; externes : MM. Larrieu, Aujay de la Dure, Bassin, Vatel.

Médecin : M. Féréol; interne : M. Despaigne; externes : MM. Mercier (Pierre), Chavane, Gauthier (Charles), Gellé.

Médecin : M. Luys; interne : M. Régnier; externes : MM. Roullet, Gauja, Laplanche, Lemercier.

Chirurgien : M. le professeur Trélat; chef de clinique : M. Barette; internes : MM. Delbet, Potherat, Guillemain; externes : MM. Faure-Miller (Harold), Courtillier, Diriart, Basso, Rascol, Slaïcovitz, Ravé.

Chirurgien : M. Desprès; internes : MM. Tuilant, Mussy; externes : MM. Druet, Letoux, Mangin-Bocquet, Piaget.

Accoucheur : M. Budin (suppléé par M. Auvard); interne : M. Lefebvre; externes : MM. Guitton, Caubet.

Hôpital Saint-Antoine. — Médecin : M. Hayem; interne : M. Tissier; interne provisoire : M. Huguenin; externes : MM. Daudé, Poillot, Stef, Malapert, Chesseret.

Médecin : M. Straus; interne : M. Dubarry; externes : MM. Foureur, Gottschalk, Pascaret, Mouton.

Médecin : M. Landrieux; interne : M. Isch-Wall; externes : MM. Martigny, Fontan, Trognon, Bitterlin, Oskierko.

Médecin : M. Raymond; interne : M. Hillemand; externes : MM. Besins, Deléage, Henne, Nageotte.

Médecin : M. Hanot; interne : M. Legry; externes : MM. Lemoult, Breteau, Sorel, Martinez.

Médecin : M. Robert Moutard-Martin; interne : M. Récamier; externes : MM. Gapin, Bastos, Couturier, Harou, Jacob (Louis).

Médecin : M. Gingeot; interne : M. Le Noir; externes : MM. Fort, Brunet, Mlle Kohan, M. Giresse.

Médecin : M. Tapret; interne : M. Boulay; externes : MM. Boutard, Donnet, Rouget, Cochery.

Chirurgien : M. Monod; internes : MM. Delagenière (Y.-H.), Vigneron, Vilpelle; externes : MM. Désiré, Zuber, Héan, Labat de Lambert, Moisson, Tollemer.

Chirurgien : M. Marchand; internes : MM. Rouffinet, Lamotte, Baumgarten; externes : MM. Guérard (G.), Digoy, Cagny, Dumas, Morisse, Vazelle.

Hôpital Necker. — Médecin : M. le professeur Peter; chef de clinique : M. Martinet; interne : M. Leudet; externes : MM. Bellencontre, Barjon, Duchaussoy, Fournier (C.), Rivalier, Morlat.

Médecin : M. Rendu; interne : M. Chartier; externes : MM. Genouville, Gotchaux, Orrillard, Dardel (A.), Martin (Joseph).

Médecin : M. Rigal; interne : M. Valette; externes : MM. Lauth, Didier, Baillet, Dumont (A.-H.), Amiard.

Médecin : M. Dieulafoy; interne : M. Widal; externes : MM. Cézilly, Dupasquier, Théodore, Himely.

Chirurgien : M. le professeur Le Fort; chef de clinique : M. Beurnier; internes : MM. Thiéry, Dagron, Oustaniol; externes : MM. d'Hotman, Lefèvre (Charles), Périnelle, Pannetier (P.), Rodier, Chapt.

Chirurgien : M. Guyon ; interne-lauréat : M. Hallé ; internes : MM. Albarran, Bureau, Rollin ; externes : MM. Collinet, Gallard, Chopard, Azéma, Trékaki, Guillot.

Hôpital Cochin. — Médecin : M. Gouraud ; interne : M. Souques ; externes : MM. Tournier (Auguste), Magniaux, Dagà, Lachèse.

Médecin : M. Dujardin-Beaumetz ; internes : MM. Leriche, Chrétien ; externes : MM. Ehrardt, Damaye, Blanc-Champagnac, Le Moniet, Desforges, Coquereau, Sabouraud, Gaillard.

Chirurgien : M. Anger (Théophile) ; internes : MM. Macon, Gauly, Chipault ; externes : MM. Lefèvre (Hippolyte), Desbrières, Terson, Le Joly Senoville, Boyals, Théry, Petit (Clément).

Chirurgien : M. Bouilly ; interne : M. Hamon ; externe : M. Dusser.

Hôpital Beaujon. — Médecin : M. Millard ; interne : M. Jacquinot ; externes : MM. Levêque, Théremin, Dedieu, Bert.

Médecin : M. Guyot ; interne : M. Chevalier ; externes : MM. Reymond, Cestan, Mascarel, Ortholan, Taurin.

Médecin : M. Gombault (Constant) ; interne : M. Parelle ; externes : MM. Vercoustre, Chamozzi, Gaudard, Maerle.

Médecin : M. Fernet ; interne : M. Laffitte (J.-B.) ; externes : MM. Moity, Gieseler, Duchenne, Cartier.

Chirurgien : M. Duplay ; internes : MM. Pichevin, Témoin ; externes : MM. Pellissier, Bois, Schwob, Bonnel, Eudlitz.

Chirurgien : M. Labbé (Léon) ; internes : MM. Gautier (Paul), Mauny ; externes : MM. Quignard, Aublé, Vincent, Benoit (O.), Legrand (P.), Bobinet, Janin.

Chirurgien : M. Anger (Benjamin) ; internes : MM. Charrier, Adler ; externes : MM. Wassilieff, Ménard (H.), Gasnier, Duchemin, Peillon.

Accoucheur : M. Ribemont ; interne : M. Bouffe ; externes : MM. Doger-Spéville, Laurent-Préfontaine.

Hôpital Lariboisière. — Médecin : M. Siredey ; interne : M. Coffin ; externes : MM. Maurel (L.), Sebillotte, Cocquelet, Bonnecaze, Arbel.

Médecin : M. Gouguenheim ; interne : M. Rogues de Fursac ; interne provisoire : M. Gaston ; externes : MM. Dumont (L.), Garrigues, Chevrau, Gallet, Fraisse, Trenel.

Médecin : M. Constantin Paul ; interne : M. Nodot ; externes : MM. Hellot, Puig, Jacques, Ménard (G.).

Médecin : M. Bouchard ; interne : M. Gaume ; externes : MM. Bardol, Veillon, Wirbel, Bonneau.

Médecin : M. Duguet ; interne : M. Vignalou ; externes : MM. Bataille, Bouchinet, Duplaix, Maré, Turbiau.

Médecin : M. Gérin-Roze ; interne : M. Courtois-Suffit ; externes : MM. Arnaud (L.), Belin, Chapdelaine, Frœhliger, Damourette.

Chirurgien : M. Berger ; internes : MM. Calot, Mauclaire ; externes : MM. de Marchena, Flaction, Simonet, Frustin, Mlle Dobrouskine.

Chirurgien : M. Peyrot ; internes : MM. Plicque, De Cressac ; externes : MM. Merlin, Franche, Planton, Barbarat, Oulié.

Chirurgien : M. Périer ; internes : MM. Reboul, Couder ; externes : MM. Bazin, Ferrand, Planet, David, Châtelot.

Chirurgien (maladies des yeux) : M. Delens ; internes : MM. Repin, Achalme ; externes : MM. Rancurel, Moussaud, Delacroix.

Accoucheur : M. Pinard ; interne : M. Mantel ; externes : MM. Artus, Mercier (J.).

Hôpital Tenon. — Médecin : M. Landouzy ; interne : Mlle Klumpke ; interne provisoire : M. Chantre ; externes : MM. Vinaver, Spillmann, Narodetzki, Paturet, Emerit.

Médecin : M. Barth ; interne : M. Cuvillier ; externes : MM. Pingat, Utudjian-Archagouni, Encausse, Papillon, Ratuld, Lombardi.

Médecin : M. Letulle ; interne : M. Vaquez ; externes : MM. Zysman, Bellot, Ehrhardt (Pierre), Pécharman, Salmeron, Prieur.

Médecin : M. Danlos ; interne : M. Hautecœur ; externes : MM. Goisque, Potel (M.), Gripon, Fourrey, Dufour (W.).

Médecin : M. Cuffer ; interne : M. Dautigny ; externes : MM. Cazenave, Pailhas, Mahuteaux, Prévot, Salmon (A.).

Médecin : M. Dreyfus-Brisac ; interne : M. Brühl ; externes : MM. Lagain, Roy, Adamski, Lacaze, Souillard.

Médecin : M. Moizard ; interne : M. Laffitte (A.) ; externes : MM. Mollard, Godet (F.), Bernardberg, Fournier (L.).

Médecin : M. Roques ; interne : M. Sardou ; externes : MM. Agut, Destrey (L.), Ribierre, Audollent, Douarre.

Chirurgien : M. Blum ; internes : MM. Chevalet, Beaumé, Avignet ; externes : MM. Vèzes, Dodieau, Gordon, Falcoz, Lowenthal, Ganéa.

Chirurgien : M. Reclus ; internes : MM. Buscarlet, Lafourcade, Marquézy ; externes : MM. Soulié (F.), Lucas, Chauveau (R.), Mugnerot, Chanteloute, Thérault.

Accoucheur : M. Bar ; interne : M. Deroche ; externes : Mlle Levine, M. Berdal.

Hôpital Laennec. — Médecin : M. Ball ; interne : M. Klippel ; externes : MM. Grunberg, Brocard, Duprat, Monsarral, Durante.

Médecin : M. Ferrand ; interne : M. Ardouin ; externes : MM. Batbedal, de la Nièce, Chaillou, Behr, Voizot.

Médecin : M. Damaschino ; interne : M. Martha ; externes : MM. Boeteau, Azoulay, Maturié, Diaz, Londe, Mlle Turiakoff-Abricossoff.

Médecin : M. Cornil (suppléé par M. Brocq) ; interne : M. Lion ; externes : MM. Potier, Martin (Paul), Mendel, Bezançon, Jacquinot.

Chirurgien : M. Nicaise (suppléé par M. Routier) ; internes : MM. Gampert, Arnould ; interne provisoire : M. Brésard ; externes : MM. Beretta, Pognon, Dominguez, Franquet, Grenier, Meslay.

Hôpital Bichat. — Médecin : M. Huchard ; interne : M. Gillet ; externes : Mlle Dawidowitch, MM. Bloch, Perrucher, Richer, Barraud.

Médecin : M. Lacombe ; interne : M. Chopard ; externes : MM. Jelenskiewicz, Virchaux, Barré, Guérin, Joulié.

Chirurgien : M. Terrier ; internes : MM. Dumoret, Baudouin (E.) ; externes : MM. Mosès, Mignot, Javillard, Murray, Courtet, Soupault, Luyt.

Hôpital Andral. — Médecin : M. Debove ; internes : MM. Regnault, Morel ; externes : MM. Chaumont, Duma, Monmarson, Szczypiorski, Potel (A.), Cantin.

Hôpital Broussais. — Médecin : M. Ballet ; interne provisoire : M. Gauthier (J.-A.).

Médecin : M. Comby ; interne provisoire : M. Leblond.

Chirurgien : M. Reynier ; internes provisoires : MM. Sainton, Calbet.

Hôpital Saint-Louis. — Médecin : M. le professeur Fournier ; chef de clinique : M. Morel-Lavallée ; interne : M. Baudouin (G.) ; externes : MM. Gouget, Zaguelmann, Brauman, Veslin.

Médecin : M. Tennesson ; interne : M. Lyon (Gaston) ; externes : MM. Lamy, Pinsonnat, Beaussenat, Lacavalerie.

Médecin : M. Quinquaud ; interne : M. Nicolle ; externes : MM. Petit (Henri), Miquel, Niclot, Fouré.

Médecin : M. Vidal ; interne : M. Maurin ; externes : MM. Milhau, Quétin, Vibert, Wintrebert.

Médecin : M. Besnier ; interne : M. Thibault ; externes : MM. Hamaide, Picot, Leredde, Bourgogne.

Médecin : M. Hallopeau ; interne : M. Wickham ; externes : MM. Roques, Michel (Maurice), Delteil, Laillier.

Chirurgien : M. Péan ; internes : MM. Lavaux, Jondeau, Moulonguet ; externes : MM. Chaker, Dubrueil, Maret, Saguet, Sandras, Floersheim.

Chirurgien : M. Le Dentu ; internes : MM. Jonnesco, Legueu, Panné ; externes : MM. Claisse, Dardel, Walch, Hannion, Soullier, Cautru.

Chirurgien : M. Lucas-Championnière ; internes : MM. Bellanger, Conzette, Wallich ; externes : MM. Laverny, Monnier, Targowla, Diamantberger, Georgescu-Carpatianu, Soutakis.

Accoucheur : M. Porak ; interne : M. Laskine ; externes : MM. Malaviale, Bernheim.

AUBERVILLIERS. — Médecin : M. Talamon; internes provisoires : MM. Poivet, Martin (Louis).

HÔPITAL DU MIDI. — Médecin : M. Mauriac; interne : M. Audain; externes : MM. Bernard, Grajon, Cahen.

Médecin : M. Du Castel; interne : M. Critzman; externes : MM. Marie (Armand), Mesnard (René), Boudaille.

Chirurgien : M. Humbert; interne : M. Renault (Jules); interne provisoire : M. Dulac; externes : MM. Ramadan, Papillault, Jouis.

HÔPITAL DE LOURCINE. — Médecin : M. Martineau; interne : M. Tournier; externes : MM. Durville, Brayer, Castellanon, Regnard, Menu.

Médecin : M. Balzer; interne : M. Reblaud; externes : MM. Foveau, Ozanon, Chevandier, Daniel, Jordanis.

Chirurgien : M. Pozzi; internes : MM. Bourges, Civel; interne provisoire : M. Aubert; externes : MM. Scialom, Soulier, Saintu, Barisien, Tripier.

HÔPITAL DE LA MATERNITÉ. — Médecin : M. Labadie-Lagrave; interne : M. Pilliet.

Chirurgien : M. Tarnier; interne : M. Létienne.

Chirurgien-adjoint : M. Bouilly; interne : M. Dupré (Marc).

HÔPITAL DE LA CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS. — Chirurgien : M. le professeur X... (M. Budin, chargé du cours); chef de clinique : M. Loviot; externes : MM. Bataillard, Jasinski, Cataliotti, Paillotte, Meneault.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — Médecin : M. Labbé (Edmond); interne : M. Clarot; externes : MM. Pottier (P.), Gesland, Le Juge de Segrais.

Médecin : M. Lecorché; interne : M. Cousin; externes : MM. Demetriades, Dubut, Iarca.

Chirurgien : M. Marc Sée; internes : MM. Sallard, Thomas; externes : MM. Mounier, Gerson, Leguy.

Chirurgien : M. Horteloup; internes : MM. Lautier, Enriquez; externes : MM. Moralès, Sicard, Pouy.

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. — Médecin : M. le professeur Grancher; chef de clinique : M. Queyrat; interne : M. Guinon; externes : MM. Baudron, Nugon, Lacombe, Lepetit, Gallet-Duplessis.

Médecin : M. Ollivier; interne : M. Luzet; externes : MM. Papillon, Hulman, Burnet, Courtey, Banzet.

Médecin : M. Labric; interne : M. Mosny; externes : MM. Dejean de la Bâtie, Tissier, Tolmer, Schtein, Magdeleine.

Médecin : M. Jules Simon; interne : M. Mouls; externes : MM. Brodier, Legrand (L.), Thierry (H.), Pompidor, Jourdan.

Médecin : M. Descroizilles; interne : M. Grandhomme; externes : MM. Geeraert, Marot, Vigouroux, Ducourtioux, de la Porte.

Chirurgien : M. de Saint-Germain; internes : MM. Pfender, de Lostalot-Bachoué; externes : MM. Fauquez, Plicot, Handjian, Pekmèze, Guay, Thomas (F.), Springer.

HÔPITAL TROUSSEAU. — Médecin : M. Legroux; interne : M. Pallier; externes : MM. Cadéac, Cornet, Mermillod, Maupaté.

Médecin : M. Cadet de Gassicourt; interne : M. Caussade; externes : MM. Brossart, Caton, Clerval, Frey (L.).

Médecin : M. d'Heilly; interne : M. Vimont; externes : MM. Triboulet, Jamet, Besson, Jay.

Chirurgien : M. Lannelongue; internes : MM. Canniot, Lyot; externes : MM. Dulout, Dupuy, Blin, Stchertertchoff, Mme Vinaver-Kirzenstein, MM. Lobstein, Fiquet, Kuzmierski.

HÔPITAL DES ENFANTS-ASSISTÉS. — Médecin : M. Sevestre; internes : MM. Legrand, Springer; interne provisoire : M. Vialet; externes : MM. Yersin, Aymard, Hervouet, Renaudin, Pezet.

Chirurgien : M. Guéniot; interne : M. de Grandmaison; externes : MM. de Brabant, Mignotte.

HOSPICE DE BICÊTRE. — Médecin : M. Déjerine; interne : M. Sollier; interne provisoire : M. Auscher.

Médecin : M. Bourneville; interne : M. Durand; interne provisoire : M. Matton.

Médecin : M. Charpentier; interne : M. Camescasse; interne provisoire : M. Lebon.

Médecin : M. Deny; interne : M. Homolle; interne provisoire : M. Marx.

Chirurgien : M. Féré; interne : M. Faure-Miller (R.); interne provisoire : M. Richerolle.

Chirurgien : M. Richelot; internes : MM. Brodier, Lelièvre; interne provisoire : M. Malherbe.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — Médecin : M. le professeur Charcot; chef de clinique : M. Gilles de la Tourette; interne : M. Huet; externes : MM. Caryophyllis, Athanassio, Rieder, Colin (H.), Bureau, Morax, Berbez, Carrel.

Médecin : M. Joffroy; interne : M. Michaut; interne provisoire : M. Breton; externes : MM. Coffart, Bouchacourt, Fougerat, Piffault, Iscovesco.

Médecin : M. Auguste Voisin; interne : M. Sauvineau; externes : MM. Nicolle, Elefteriou.

Médecin : M. Jules Voisin; interne : M. Macaigne; externe : M. Artault.

Médecin : M. Falret; interne : M. Bezançon (P.); externe : M. Bergé.

Chirurgien : M. Terrillon; interne : M. Vignard; externes : MM. Touche, Billoir, Corbin, Meunier (H.).

HOSPICE DES INCURABLES. — Médecin : M. A. Gombault; interne : M. Mallet; interne provisoire : M. Piole; externe : M. Breda.

Chirurgien : M. Félizet; interne : M. Roussan; interne provisoire : M. Decamps; externe : M. Pannetier (L.).

HOSPICE DES MÉNAGES. — Médecin : M. Robin; interne : M. Vignerot; interne provisoire : M. Pescher; externe : M. Bernard (F.).

MAISONS DE SAINTE-PÉRINE ET CHARDON-LAGACHE. — Médecin : M. Chauffard; internes : MM. de Fleury, Dupré (Ernest).

MAISON DE RETRAITE DE LA ROCHEFOUCAULD. — Médecin : M. Oulmont; interne provisoire : M. Pineau.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

L'administration de l'Assistance publique vient d'augmenter de quatre le nombre des internes titulaires et de quatre également celui des internes provisoires. Ce sont par ordre de mérite :

Internes titulaires : MM. Faure-Miller (R.), Homolle, Durand et Hélary.

Internes provisoires : MM. Champeil, Sainton, Souplet et Matton.

— Par décret, en date du 25 janvier 1888, a été promu dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. l'aide-médecin Bastier, docteur en médecine.

— Par décret, en date du 27 janvier 1888, ont été promus dan le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin principal. — MM. les médecins de première classe Balbaud, Infernet et Géraud.

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe Féraud, Pungier, Quédec, Bellot, Mittre et Retière.

Au grade de pharmacien de première classe. — M. Baus, pharmacien de deuxième classe.

Au grade de pharmacien de deuxième classe. — MM. les pharmaciens universitaires de première classe Carles, aide-pharmacien, et Payen, pharmacien auxiliaire de deuxième classe.

— Par arrêté ministériel, en date du 27 janvier 1888, un concours s'ouvrira le 1er août 1888, à la Faculté de médecine de Nancy, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon.

— Par application des dispositions du titre IX de la décision ministérielle du 26 mars 1887, et de l'article 15 du décret du 22 novembre 1887, les élèves du service de santé militaire, reçus docteur en médecine, dont les noms suivent, sont nommés à l'emploi de médecin stagiaire, à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires, savoir :

MM. de Vernejoul, pour prendre rang du 24 janvier 1888 ; — Dumont, pour rendre rang du 25 janvier 1888.

— *École de médecine de Clermont-Ferrand.* — M. Bourgade de la Dardye, professeur de clinique médicale, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de pathologie interne.

M. Dourif, professeur de pathologie interne, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique médicale.

— *École de médecine de Rouen.* — M. le docteur Brunon est institué suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

— M. Gordon, bibliothécaire de la bibliothèque universitaire de Montpellier (section de médecine), est promu à la seconde classe, pour prendre rang à partir du 1er janvier 1888.

— L'inauguration du monument funéraire et du buste, élevés à la mémoire du professeur Jules Béclard, aura lieu le jeudi 9 février prochain, à une heure et demie précise, au cimetière du Père-Lachaise.

— M. le docteur Fournel, médecin du bureau de bienfaisance, commencera un cours complet d'obstétrique, avec manœuvres, le lundi 6 février, à cinq heures, et le continuera tous les jours. On s'inscrit rue Suger, 4.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Les séances de l'Académie ont été rarement aussi remplies qu'elles le sont depuis quelque temps. Rapporteurs et lecteurs se succèdent à la tribune entre une discussion et une élection, sans préjudice d'un comité secret. C'est notamment ce qui a eu lieu hier. Après une abondante correspondance et la multitude habituelle de présentations, M. Marc Sée est monté à la tribune pour revendiquer les droits à peu près exclusifs du bistouri au traitement du furoncle et de l'anthrax. Il y a été suivi par M. Panas qui a exposé à ses collègues les résultats des opérations de cataracte par extraction, qu'il a pratiquées à la Clinique de l'Hôtel-Dieu, dans les trois dernières années, résultats qui établiraient définitivement, suivant lui, la supériorité de la méthode toute française de Daviel sur la méthode allemande dite de de Græfe. M. Panas a eu soin d'ailleurs de réserver, en les précisant, les cas où la méthode de de Græfe devrait continuer à être mise en pratique à titre exceptionnel.

M. Panas a fait place, à son tour, à M. Vidal, pour la lecture d'un rapport très favorable sur le nouveau procédé de réfrigération locale par le chlorure de méthyle et ses nombreuses applications à la thérapeutique médicale et à l'anesthésie locale chirurgicale de M. le docteur Bailly (de Chambly).

L'ordre du jour devait appeler hier le commencement de la discussion sur la prophylaxie publique de la syphilis, mais l'élection de deux correspondants, dont on trouvera le résultat au compte rendu, et le comité secret placé *in cauda*, ne l'ont pas permis. Seulement, afin de fixer le texte sur lequel devra porter la discussion, M. Fournier a été invité à résumer son rapport dans les propositions qui en constituent les véritables conclusions.

Nos lecteurs n'ont certainement pas oublié le beau rapport que M. Fournier a lu à l'Académie, au nom de la commission dont il était le rapporteur, dans les séances du 7 et du 14 juin dernier, sur cette grave question. Bien que nous l'ayons reproduit intégralement dans les numéros de la *Gazette des Hôpitaux* des 9 et 14 juin, nous croyons qu'il ne sera pas superflu de rappeler ici ces propositions. Elles sont au nombre de 34. Les voici à peu près textuellement :

1° Appeler l'attention de l'autorité sur le développement qu'a pris la provocation sur la voie publique et en réclamer une répression énergique.

2° Nécessité d'assimiler à cette provocation sur la voie publique divers modes non moins dangereux qu'a revêtus, surtout de nos jours, la provocation publique : boutiques, brasseries dites à femmes, débits de vin.

3° Signaler à l'autorité la provocation qui rayonne autour des lycées, des collèges.

4° Déclarer qu'au nom de la santé publique ces divers ordres de provocation constituent un délit qui doit être réprimé légalement.

5° Surveillance médicale des filles reconnues coupables du délit de provocation.

6° Visite périodique de ces filles.

7° Internement dans un asile spécial de celles qui seraient reconnues affectées de maladies vénériennes, de syphilis tout particulièrement.

8° Le nombre des lits affectés au traitement des maladies vénériennes étant actuellement insuffisant sera augmenté.

9° Cette augmentation se fera non par la création de services spéciaux dans les hôpitaux généraux, mais par la création de nouveaux hôpitaux placés en dehors de la zone d'enceinte.

10° Les médicaments, propres au traitement des maladies vénériennes, seront délivrés gratuitement dans tous les hôpitaux, spéciaux ou généraux.

11° Un service de consultations gratuites, avec délivrance gratuite de médicaments, sera annexé à l'asile sanitaire spécial, destiné au traitement des prostituées vénériennes.

Réformes dans l'Enseignement.

12° Ouvrir librement tous les services de vénériens et de vénériennes, à tout étudiant en médecine justifiant de 16 inscriptions.

13° Exiger de tout aspirant au doctorat, avant le dépot de sa thèse, un certificat de stage de 3 mois dans un service de vénériens ou de vénériennes.

14° Attribuer au concours le recrutement du personnel médical, chargé du traitement des vénériennes à Saint-Lazare ou dans l'asile hospitalier qui lui sera substitué.

15° Attribuer au concours le recrutement du personnel médical chargé de la surveillance des filles inscrites au dispensaire de salubrité publique.

16°, 17°, 18°, 19°, 20°, 21°, 22°, 23° et 24° Dispositions relatives à la composition des services et aux jurys des divers concours.

Prophylaxie de la syphilis dans l'armée et la marine.

25° Instituer dans l'armée une série de conférences ayant pour objet d'éclairer les soldats sur les affections vénériennes et les dangers de la syphilis en particulier, sur la nécessité d'un traitement convenable, etc.

26° Provoquer de la part d'un soldat récemment affecté de syphilis une déclaration relative à la femme dont il a contracté la maladie.

27° Consigner les établissements déguisés sous le nom de débits de vins ou de liqueurs et ne constituant en réalité que des maisons de prostitution non surveillées.

28° Écarter toute punition du programme prophylactique de la syphilis.

29° Supprimer les visites faites en commun et les remplacer par les examens privés, individuels, discrets.

30° Instituer un service de police spéciale autour des grands camps, tels que Satory, Saint-Maur, Châlons.

Relativement à la marine.

31° Il serait à désirer qu'à bord des bâtiments de guerre une visite médicale de l'équipage fût faite avant l'arrivée dans chaque port, afin d'interdire la communication avec la terre aux hommes qui seraient reconnus contaminés.

32° Dans toutes les villes du littoral, notamment dans les grands ports de guerre et de commerce, instituer un service régulier pour la surveillance et la visite médicale des prostituées, en vue de prévenir la contamination que contractent si souvent les marins dans les ports de relâche ou de débarquement.

Prophylaxie des contagions syphilitiques dérivant de l'allaitement.

33° et 34° La commission demande qu'un arrêté préfectoral complète, sous la forme suivante, les obligations auxquelles sont assujettis les bureaux de placement.

« Nul n'est admis à prendre une nourrice dans un bureau de placement que sur la présentation d'un certificat médical, garantissant la nourrice contre tout risque d'affection contagieuse qui pourrait lui être transmise par son nourrisson. »

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Jaccoud.

Pleurésie purulente, fistule pleuro-bronchique, pyo-pneumo-thorax.

Au n° 5 de notre salle des hommes, est entré, il y a dix jours, un malade dont, si l'état actuel est intéressant, les antécédents le sont peut-être encore davantage.

Cet homme, âgé de trente-quatre ans, de constitution moyenne, est menuisier-ébéniste, et par suite exposé continuellement à inhaler des poussières. Depuis plusieurs années, il est tourmenté par des bronchites, dont la première remonte à 1880. Mais celle-ci n'a-t-elle bien été qu'une simple bronchite? J'ai peine à le croire, car elle aurait été accompagnée d'hémoptysies et aurait duré six mois, convalescence comprise.

Le malade se remit assez bien et resta ainsi jusqu'en 1884, époque à laquelle il eut une nouvelle bronchite, laquelle dura six semaines environ. Mais cette fois le malade, tout en étant rétabli, conserva de la toux et de l'expectoration. Puis dans la même année, aux mois de juillet, août et septembre, il eut à plusieurs reprises de petites hémoptysies, sans pour cela, cependant, se trouver forcé d'interrompre son travail.

Il resta ainsi dans un état relativement satisfaisant, tout en continuant à tousser et cracher jusqu'au mois de juillet 1885, où un nouvel incident se produisit, tout différent de ce qu'il avait eu jusque-là, c'est-à-dire une maladie aiguë avec fièvre intense et douleur dans le côté gauche de la poitrine si violente, qu'elle lui arrachait de véritables cris de souffrance. Cette douleur persista pendant une vingtaine de jours et la maladie dura environ deux mois.

A la fin d'août ou même dans les premiers jours de septembre, il était encore une fois rétabli, mais plus que jamais il continuait à tousser et cracher.

De septembre 1885 à septembre 1886 il eut des intervalles assez longs de bonne santé, relative du moins, toussant toujours et expectorant, lorsque tout à coup, à cette dernière date, l'expectoration augmenta considérablement et devint tout à fait liquide et purulente. Dès le lendemain de cette sorte de vomique, il constata sur lui-même, au moindre mouvement, l'existence d'un bruit de clapotement dans le côté gauche de la poitrine. Néanmoins il continua à aller et venir à peu près comme par le passé, tandis que son état persistait avec ces deux caractères : expectoration abondante de pus et bruit de clapotement. Il rendait ainsi, chaque jour, plus d'un litre de pus, c'est-à-dire le matin à son réveil, en une fois, la valeur d'un tiers de litre, et, pendant le reste de la journée, un litre et un tiers environ.

La détérioration organique qui devait fatalement s'ensuivre, n'a été caractérisée que par un certain degré d'amaigrissement, si bien que cet homme a patienté ainsi tout l'hiver et une grande partie du printemps, c'est-à-dire jusqu'à il y a dix jours, où la perte de ses forces l'a poussé à entrer ici.

Le récit de son histoire pathologique, que je viens de rapporter tel qu'il nous l'a fait, paraît exact. Le bruit de clapotement est certain, il est parfaitement perceptible, même à distance, lorsqu'on imprime au thorax des mouvements de rotation, l'expectoration est bien celle d'un liquide purulent. Aussi le diagnostic suivant peut-il se faire d'emblée : pleurésie purulente, fistule pleuro-bronchique.

La pleurésie remonte, comme début, à l'époque des accidents aigus dont j'ai parlé en commençant, c'est-à-dire en juillet 1885, tandis que l'expectoration purulente n'est apparue que quatorze mois plus tard, en septembre 1886, en même temps que le clapotement thoracique, et brusquement par suite d'une perforation de la plèvre. La filiation des accidents est, comme vous le voyez, d'une précision mathématique.

Cet homme a donc eu, pendant plus d'une année, de 1885 à 1886, du pus dans la poitrine, et la tolérance des tissus a été telle, sans parler de celle de l'organisme, que, malgré la présence d'un pyo-thorax, ce n'est qu'au bout de quatorze mois, passés sans aucun incident pathologique, qu'il s'est fait une ulcération de la plèvre. C'est là un fait extraordinaire dont je ne connais pas d'exemple; sans incident, je le répète, puisque pendant tout ce temps il n'a pas eu le moindre accès de fièvre et qu'il a pu continuer à travailler comme par le passé.

Mais à partir du jour où la plèvre s'est ulcérée, la fistule ne s'est jamais fermée, ce qui est encore un fait très curieux, car l'expectoration et la vomique du matin n'ont jamais cessé, non plus que le bruit de clapotement.

Comme confirmation de cet état de la plèvre, l'examen du malade nous a montré : en arrière tous les signes d'un épanchement gazeux (toux amphorique, succussion, et de temps à autre tintement métallique), soit un pyo-pneumo-thorax. Mais au point de vue d'une intervention chirurgicale, peut-être nécessaire à un moment donné, cet examen est sans valeur pour déterminer la configuration du foyer purulent, son étendue et ses rapports avec les parois thoraciques. Un examen plus minutieux était donc nécessaire, il nous a montré tout d'abord au sommet droit quelques signes d'infiltration tuberculeuse. Puis, le malade étant couché sur le dos, nous trouvons en avant et à gauche une immobilité à peu près absolue de la moitié inférieure gauche de la paroi thoracique dans les mouvements respiratoires, et la palpation, du même côté, indique une abolition des vibrations vocales, sauf dans la région sous-claviculaire. A la percussion on constate une sonorité normale au-dessous de la clavicule, une sonorité un peu exagérée plus bas et une matité absolue dans l'espace semi-lunaire, depuis le mamelon jusqu'au rebord costal. L'auscultation enfin décèle, dans la région sous-claviculaire, des râles sous-crépitants et des craquements humides, puis, à trois travers de doigt plus bas, un timbre amphorique s'étendant jusqu'au mamelon; dans la partie moyenne les râles diminuent et le souffle amphorique prédomine avec, de temps en temps, du tintement métallique.

Conclusion : trois zones en avant : 1° une zone supérieure ou sous-claviculaire, poumon; 2° une zone moyenne, épanchement gazeux; 3° une zone inférieure, épanchement liquide.

En arrière, le malade étant assis : submatité, sauf à la partie moyenne où la sonorité est un peu exagérée; vibrations vocales perceptibles en haut, absentes au milieu et en bas; partie supérieure : râles sous-crépitants très abondants, phénomènes amphoriques et tintement métallique; en bas : râles de divers calibres allant jusqu'au râle muqueux. Conclusion : trois zones comme en avant : 1° zone supérieure, poumon près de la paroi thoracique; 2° zone moyenne, épanchement gazeux; 3° zone inférieure, râles sous-crépitants près de l'oreille, poumon refoulé près de la paroi thoracique postérieure comme en haut, par conséquent le foyer purulent n'occupe pas toute la partie inférieure de la cavité thoracique, mais en arrière, la partie moyenne seulement, c'est-à-dire là où s'est faite la fistule pleuro-bronchique, puisque c'est là qu'on entend le clapotement. Ce foyer occupe aussi la partie moyenne dans l'aisselle et, en avant, tout l'espace semi-lunaire. Le pyo-pneumo-thorax présente donc une configuration irrégulière. Le fait est très important à constater dans le cas où, comme je le disais tout à l'heure, une intervention chirurgicale deviendrait nécessaire.

Voilà la situation de cet homme, dont les accidents morbides se lient à une tuberculose pulmonaire, ainsi que le démontre la présence de nombreux bacilles dans les crachats.

Depuis son arrivée dans les salles l'expectoration a continué avec tous ses caractères, et cependant cet homme n'est pas très malade, quoique assez amaigri, car depuis bientôt deux ans il n'a pas eu d'accidents fébriles. L'appétit est conservé, les urines sont normales, le cœur est déplacé à droite, mais les bruits sont normaux et l'organisme s'est parfaitement habitué à ce déplacement.

Bref, vu la lésion dont il est atteint, cet homme se porte aussi bien que possible; aussi n'avons-nous aucune hâte d'intervenir, c'est-à-dire de pratiquer l'empyème, la seule opération praticable après une première ponction exploratrice.

En attendant, je lui ai prescrit le traitement suivant : des toniques et notamment le vin de quinquina; tous les jours 1 gramme d'acide salicylique comme antiseptique, et depuis qu'il a commencé à en prendre il me semble déjà que la capacité thoracique du foyer purulent a quelque tendance à diminuer; en tous cas l'expectoration est moins considérable, elle n'est plus d'un litre et demi dans les vingt-quatre heures, mais seulement d'un litre un tiers. Ceci nous confirme dans l'abstention de toute opération, du moins quant à présent.

Ainsi alcool, quinquina et acide salicylique à faible dose, pour pouvoir le continuer indéfiniment. Je prescris aussi ce dernier médicament en inhalations ainsi que depuis longtemps je le recommande chez les phthisiques et dans les cas de suppuration dans la poitrine. Au moyen d'un petit appareil spécial, je fais inhaler à mes malades, deux fois par jour (le matin et l'après-midi), un mélange de 100 grammes d'eau distillée et de 24 centigrammes d'acide salicylique, soit par conséquent 48 centigrammes dans les vingt-quatre heures; chaque séance a une durée de vingt minutes.

A PROPOS D'UNE PLAIE DU CRANE PAR ARME A FEU.

Par M. le docteur A. Ricard, ancien prosecteur des hôpitaux.

L'observation que nous publions plus loin est déjà ancienne : elle remonte au mois de mai 1881; mais elle redevient une actualité, à l'occasion des discussions récentes qui eurent lieu cette année, à la Société de chirurgie. Quelle conduite faut-il tenir vis-à-vis d'un blessé, dont le crâne est pénétré par un projectile? Faut-il s'abstenir complètement? Faut-il intervenir activement : trépaner, rechercher, trouver et extraire la balle? La solution de cette simple question ne saurait se donner d'une façon précise. Les cas sont trop dissemblables, trop complexes. Qu'il nous soit donc permis simplement, à l'occasion du fait que nous rapportons plus loin, de passer en revue les indications thérapeutiques, actuellement acceptées.

Lorsqu'un projectile a perforé l'enveloppe osseuse du crâne, qu'il a traversé les méninges et pénétré dans l'encéphale, la mort peut survenir immédiatement ou presque immédiatement, par le fait de l'importance ou de l'étendue des lésions.

Tels sont les deux principaux facteurs de la mort immédiate. Si le projectile a détruit un de ces points précis où se concentre l'activité nerveuse, que ce soit le bulbe, le pédoncule, ou la capsule interne, l'importance fonctionnelle des éléments atteints, explique suffisamment la cessation de la vie. Aussi l'étendue des lésions a-t-elle, relativement, une importance moindre, si ce sont les parties plus tolérantes de l'encéphale qui sont atteintes. Lorsque le blessé ne succombe pas aux accidents immédiats, on doit, dans la plupart des cas, attribuer la mort à l'évolution consécutive d'accidents inflammatoires : que l'inflammation se généralise, ou bien qu'elle soit localisée à l'orifice d'entrée, au trajet ou à la périphérie du projectile.

Ces accidents inflammatoires constituent le seul danger ultérieur, il importe donc de les prévenir, de diriger contre eux les ressources que nous donne la thérapeutique. Mais

que peut le chirurgien contre la balle intra-cérébrale? — Rien en général, car il ignore absolument où elle est.

Ce ne sont pas, en effet, les phénomènes cérébraux qui pourront donner le moindre renseignement, ils indiqueront qu'un centre a été lésé; mais est-ce par le passage de la balle ou par son séjour? la balle est-elle arrêtée ou a-t-elle continué sa course?

Peut-on même affirmer que la balle a pénétré, ou, si elle a pénétré, qu'elle est restée dans le crâne? Rappelons, entre mille autres, une observation intéressante de M. Berger. Il s'agit d'un jeune homme qui s'était tiré, entre les sourcils, un coup de pistolet de gros calibre. Aucun phénomène cérébral, pas de perte de connaissance, sauf une cécité double complète. Les orbites n'ayant point été touchés, on pouvait croire à la pénétration de la balle à travers la selle turcique, mais quelques jours plus tard le malade rendit sa balle dans ses garde-robes, ce qui démontra à l'évidence la non-pénétration dans le crâne. La balle avait heurté la paroi supérieure du pharynx, et il est probable que le chiasma avait été rompu.

Mais si les symptômes sont insuffisants pour apprendre ce qu'est devenue la balle, et où elle se trouve, il serait rationnel alors de la rechercher et d'essayer de la trouver, en pénétrant dans le trajet avec une sonde, un stylet, un instrument explorateur. Cette conduite est-elle recommandable? Il est évident qu'il ne peut s'agir que d'une exploration absolument aseptique, avec un instrument purifié, nettoyé et flambé; que, dans toute autre condition, cette exploration doit être *rigoureusement et absolument interdite*. Mais que donnera cette exploration, si la balle a réellement pénétré dans le cerveau? le stylet peut-il retrouver le trajet? Il est permis de penser que souvent le stylet s'égarera, qu'il pénétrera aussi bien dans la substance cérébrale, que dans le trajet lui-même; car ce trajet est oblitéré par des caillots, il ne constitue pas un canal béant, et rien ne prouve à l'explorateur qu'il est exactement dans la bonne voie. Ce trajet pourrait être en effet dévié, non rectiligne; et souvent l'obliquité avec laquelle la balle a pénétré, est absolument inconnue du chirurgien. Nous pensons donc, qu'en thèse générale, l'exploration du trajet constitue souvent un nouveau danger et que, la plupart du temps, elle est inutile.

Cependant, un explorateur électrique de Trouvé pourrait être présenté *à la surface* de la plaie cérébrale, et donner un renseignement utile sur le siège superficiel ou le voisinage du projectile. C'est ainsi qu'opéra M. Terrillon dans un cas. Chez un jeune homme qui depuis vingt-cinq jours avait reçu une balle à travers le conduit auditif externe, ce chirurgien put retrouver le projectile à l'aide de l'appareil de Trouvé et déterminer sa position. Aidé de ces indications, M. Terrillon put extraire la balle qui se trouvait sur la dure-mère.

En résumé, le chirurgien ne peut rien sur la balle intra-cérébrale, il ne doit rien tenter primitivement; il ne doit rien tenter également sur le trajet de la balle, et il ne peut agir que sur l'orifice d'entrée, mais il doit y agir.

En présence d'une plaie du crâne par arme à feu, le chirurgien doit, après avoir rasé au loin les téguments, examiner avec soin l'orifice d'entrée, explorer la perte de substance osseuse, reconnaître s'il y a des esquilles, des fragments d'os enfoncés, et, au besoin, débrider et inciser la plaie cutanée; ce qui ne saurait offrir de gravité, et donnera une grande facilité pour explorer l'orifice osseux. — Les esquilles reconnues, si elles existent, il les faudra extirper et régulariser la plaie, la laver antiseptiquement et soigneusement et l'oblitérer, sans faire d'exploration intra-cranienne. Ce traitement n'est certainement pas l'idéal; mais il est au moins inoffensif; et de plus, il permet, si la balle s'est arrêtée superficiellement, si elle est visible et facile à trouver, de l'extraire séance tenante.

Lorsqu'on consulte le livre d'Otis, si riche en faits, on arrive à conclure, avec l'auteur, que l'extraction a été au moins inutile, dans le cas où elle a été tentée. D'ailleurs, pourquoi ne pas faire, pour le cerveau, ce que chacun fait pour les membres, réserver l'extraction pour les projectiles superficiels et susceptibles d'être extraits sûrement et sans dégâts?

Sans admettre que le séjour de la balle soit chose innocente, et sans espérer que « la nature se familiarisera toujours avec elle », il faut cependant reconnaître que les cas de tolérance du cerveau, pour les corps étrangers, sont encore assez communs, et qu'ils légitiment l'abstention.

Dans la récente discussion qui eut lieu en juin dernier à la Société de chirurgie, on a cité un grand nombre de cas où la guérison est survenue malgré le séjour d'un projectile dans la cavité cranienne.

A l'occasion du fait rapporté par M. Chauvel, M. Verneuil cita deux cas, où cette guérison eut lieu, puis à une autre séance, un nouveau fait observé par M. le docteur Souloumiac. M. Lannelongue rappela deux cas observés chez des enfants, M. M. Sée deux autres et, dans l'un d'eux, le malade avait trois balles dans la tête. Si l'on ajoute les faits de MM. Monod, Polaillon et Berger, on trouve, rapidement réunis, une vingtaine de faits favorables à l'abstention. Voici encore un fait nouveau et inédit, à ajouter aux précédents :

Le nommé A. J., employé, âgé de trente-huit ans, demeurant, 21, rue Saint-Jacques, entre à l'hôpital Cochin, le 24 mai 1881, dans le service de M. Th. Anger; il présentait, à la face externe de l'index droit, une plaie profonde produite par une scie circulaire. Cette plaie comprenait toute l'épaisseur du doigt et commençait vers le milieu de la première phalange de l'index, et se dirigeait vers l'articulation métacarpo-phalangienne qui était ouverte. Les lambeaux furent rapprochés avec du diachylon, et un pansement ouaté fut appliqué.

Tout semblait marcher régulièrement, quand, le 28 mai, le malade se plaignit d'une raideur douloureuse de la nuque et d'une grande gêne dans les mouvements de la tête; les symptômes tétaniques allèrent en s'aggravant, le trismus devint permanent, et de véritables accès convulsifs se manifestèrent.

Le 1er juin, on ampute le doigt malade; et l'on pratique des injections sous-cutanées d'ésérine; mais, tout cela en vain, car les accès vont en augmentant, et le malade succombe le 3 juin.

Autopsie. — L'examen des viscères abdominaux fut complètement négatif, et rien d'anomal ne fut à signaler dans la cavité thoracique, si ce n'est quelques adhérences pleurales.

La moelle paraît saine, sauf une congestion manifeste dans la région cervicale.

L'hémisphère cérébral gauche était sain. Dans l'hémisphère droit, au niveau du lobe sphénoïdal, se trouvait une adhérence entre les méninges et la substance cérébrale. Au niveau de ce point adhérent, une coupe transversale du cerveau nous montre une balle déformée à pointe aplatie, siégeant à une profondeur d'un à deux centimètres dans la substance cérébrale. Cette balle avait une longueur de trois centimètres à trois centimètres et demi et une épaisseur de un centimètre et demi environ, elle était enveloppée par une membrane mince, transparente, assez adhérente, qui la séparait de la substance cérébrale absolument saine et non vascularisée.

En regardant alors du côté de la paroi osseuse, dans la région mastoïdienne de la portion écailleuse du temporal, au-dessus et

en arrière de l'oreille, on voit une cicatrice cutanée, adhérente à la paroi cranienne, qui présente, en cet endroit, une perte de substance d'aspect triangulaire et comblée par du tissu fibreux.

Le malade paraissait ignorer la présence du projectile. Robuste et vigoureux, il ne présentait aucune maladie constitutionnelle, digne d'être notée; il avait seulement fait remarquer que, depuis la guerre de 1870, il avait eu, à peu près chaque année, une attaque d'épilepsie, surtout à la suite d'excès de boisson; mais il n'avait nullement mentionné sa blessure à la tête.

En somme, ce malade, qui est mort d'une affection étrangère, était porteur d'un projectile assez volumineux, séjournant impunément dans le cerveau depuis onze ans.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 janvier 1888. — Présidence de M. Hérard.

CORRESPONDANCE

La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre du ministre de l'instruction publique, qui remercie l'Académie de l'envoi qu'elle lui a fait des conclusions qu'elle a votées à la suite d'une longue discussion sur le surmenage scolaire et lui envoie en retour quelques renseignements qui lui paraissent mériter son attention. Le ministre ajoute combien il se félicite d'être d'accord avec elle sur une question aussi importante;

2° Une lettre du ministre de la marine et des colonies qui demande l'avis de l'Académie sur un papier anti-asthmatique (Comm. des remèdes secrets);

3° Une deuxième lettre du même ministre qui demande du vaccin;

4° Deux lettres du ministre du commerce, l'une relative à la question du plâtrage des vins, l'autre sur un remède secret (Comm. des remèdes).

La correspondance manuscrite comprend :

1° Deux lettres de remerciements de M. Magnus Hüss et de M. Moitessier (de Montpellier);

2° Une lettre de M. le docteur Gingeot rappelant, à propos de la discussion relative au traitement du furoncle et de l'anthrax, un mémoire qu'il a publié en 1885, dans le *Bulletin de thérapeutique*, sur le traitement rationnel de l'affection furonculeuse;

3° Une lettre de M. Turquet, député de l'Aisne, qui appelle l'attention de l'Académie sur une affaire intéressant M. Damery, inspecteur des Ponts et Chaussées; il s'agit d'un nouveau poêle calorifère ventilateur destiné spécialement aux écoles (Comm. : M. Gariel);

4° Un travail de M. Mathis, chef des travaux cliniques à l'École vétérinaire de Lyon, sur la présence dans l'urine du phosphure d'hydrogène, coïncidant avec des lésions nerveuses centrales (Renvoyé à M. Albert Robin);

5° Une lettre de M. Chauveau qui envoie les statuts, le règlement et le programme d'un Congrès pour l'étude scientifique de la tuberculose, qui s'ouvrira à Paris le 25 juillet 1888;

6° La liste nominative des individus vaccinés dans la commune de Digoin par M. Tuloup (Gaspard), pendant l'année 1887 (Comm. de vaccine);

7° Le rapport sur les vaccinations et revaccinations pratiquées en novembre et décembre 1887 au 6e régiment de hussards, par M. le docteur Huguenard, médecin-major, et M. le docteur Cornille, aide-major (Même commission).

PRÉSENTATIONS

M. Dujardin-Beaumetz présente à l'Académie un appareil imaginé par M. Galande pour faciliter les inhalations de l'acide fluorhydrique dans le traitement de la phthisie pulmonaire.

Buste de Dechambre. — **M. Verneuil** au nom du comité, composé d'amis et d'anciens collaborateurs d'Amédée Dechambre qui, grâce à une souscription ouverte entre eux, ont fait faire, par un artiste éminent, le buste de ce regretté collègue, fait hommage à l'Académie de ce buste exposé sur le bureau.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DU FURONCLE ET DE L'ANTHRAX

M. Marc Sée. Dans la dernière séance de l'Académie, M. Verneuil vous a dit qu'il existait encore des chirurgiens qui faisaient usage de l'instrument tranchant dans le traitement de l'anthrax. Je dois avouer que je suis de ces retardataires, mais j'ai la consolation de voir que je ne suis pas isolé. M. Le Fort ne nous a parlé que du petit coup de lancette qui fait avorter les furoncles à leur début. Mais M. Trélat vous a rappelé qu'il nous vient parfois des anthrax qui ont atteint un tel développement et un tel degré de gravité, que le chirurgien n'a pas une minute à perdre, et qu'il doit, à tout prix, arrêter la marche envahissante de l'affection.

Or, il m'est avis que le bistouri seul est en mesure d'opérer un tel miracle. Les bains locaux, les pulvérisations phéniquées, pourront bien, dans ces cas, apporter un certain soulagement, calmer la fièvre, procurer du sommeil; ils ne sauraient enrayer absolument l'évolution du processus malade. J'en dirai autant de la cautérisation par le feu ou par les caustiques.

Comme M. Verneuil, je crois à la nature microbienne du furoncle et de l'anthrax; comme lui, j'admets que ce dernier résulte du groupement d'un nombre plus ou moins considérable de furoncles, peut-être avec un degré de virulence plus grand. Les furoncles, qui constituent l'anthrax, naissent les uns des autres et représentent une série de générations, d'abord distinctes, mais qui se confondent bientôt en une masse commune en apparence, bien que séparés encore par des cloisons fibreuses. Nés à des époques diverses, ils n'arrivent à leur terminaison que les uns après les autres.

Ce mode de développement de l'anthrax fera comprendre aussi ce que doit être une médication qui a la prétention d'arrêter cette affection dans sa marche envahissante. C'est de la périphérie que partent les légions de staphylococcus, qui vont semer les furoncles dans le voisinage, c'est sur la circonférence de la tumeur inflammatoire, que devra surtout porter l'influence de l'agent microbicide, et cette influence doit être telle, qu'elle tue le microbe sur tous les points de cette périphérie. Or, les diverses méthodes de traitement qui ont été préconisées, répondent-elles à l'indication que je viens de préciser? Je ne le crois pas.

Ici M. Marc Sée entre dans de longs détails du procédé opératoire qu'il met en usage dans le traitement des furoncles et des anthrax; puis il continue en ces termes : Les grands méfaits du bistouri, il faut le reconnaître, sont antérieurs, pour la plupart, à notre époque aseptique ou témoignent peut-être d'une antisepsie incomplète. A part l'écoulement sanguin, qu'elle supprime, la cautérisation n'a plus, aujourd'hui, aucun avantage qui doive lui faire donner la préférence sur l'instrument tranchant.

En résumé, dit-il en terminant, j'estime que la méthode des pulvérisations phéniquées, préconisée par M. Verneuil, peut être appliquée avec avantage chez des individus timorés, qui répugnent au contact de l'instrument tranchant, quand il s'agit d'un anthrax de petit volume, n'ayant point de tendance bien marquée à prendre beaucoup d'extension, mais que les anthrax en général, et particulièrement ceux qui s'accompagnent d'accidents généraux graves, et menacent de devenir très volumineux, sont justiciables du bistouri, qui, manié convenablement, constitue le moyen de traitement le plus efficace et le plus expéditif.

M. Verneuil ne peut point se prononcer sur le mérite du procédé opératoire de M. Marc Sée, qu'il n'a ni appliqué, ni vu appliquer. Quant à la méthode de la pulvérisation phéniquée, si M. Marc Sée voulait bien en faire l'essai, peut-être se convaincrait-il par lui-même de son efficacité, comme l'ont fait plusieurs de nos collègues.

M. Hardy a eu l'occasion, depuis la communication de M. Verneuil, d'avoir à traiter un furoncle chez une jeune fille. Ce fu-

roncle, siégeant sur la lèvre inférieure, défigurait entièrement cette jeune personne, qui en était extrêmement affectée. Je lui ai fait pratiquer des pulvérisations phéniquées, qui ont amené la guérison rapide de ce furoncle. Au bout de quatre jours, il n'y paraissait presque plus, la lèvre du cette jeune malade était presque complètement revenue à l'état normal.

On n'a parlé jusqu'à présent, à propos du furoncle et de l'anthrax, que de leur traitement chirurgical. On a complètement négligé de parler de leur traitement médical. Je crois qu'il y a autre chose à faire, dans l'anthrax, que se demander s'il faut ou non débrider, ou recourir à tel ou tel médicament topique; il y aurait de l'avantage à soumettre les malades, à une médication alcaline ou arsenicale, à s'abstenir d'une alimentation trop stimulante.

Je ne crois pas à l'origine microbienne du furoncle. Le furoncle se manifeste sur des régions du corps, plus ou moins exposées à subir des frottements, des fatigues. Tout le monde sait combien il est fréquent, chez les cavaliers, dans certaine région.

LECTURE

Opérations de la cataracte. — M. PANAS donne lecture d'un travail ayant pour titre : *Des opérations de la cataracte par extraction, pratiquées à la Clinique de l'Hôtel-Dieu, dans les trois dernières années, avec lavage de la chambre antérieure.*

Voici les conclusions qui suivent l'exposé statistique des résultats de la pratique de M. Panas.

Les résultats cliniques, que je viens d'exposer, établissent, d'une façon définitive, que l'opération de la cataracte est arrivée à atteindre, grâce aux progrès réalisés, toute la perfection désirable.

Non seulement l'antisepsie bien comprise a rendu le succès optique constant, ou à peu près, mais elle nous a permis de faire un retour complet à l'idéal opératoire, à la méthode toute française de notre immortel Daviel. Celle-ci, en respectant l'intégrité de l'iris, nous a affranchis des défauts optiques, des mécomptes et des complications souvent graves dont se trouve entachée sa rivale, la méthode dite de de Græfe ou allemande.

Sans être rejetée, cette dernière restera désormais comme opération d'exception pour les cataractes adhérentes et compliquées, de même que l'iridectomie sera le complément des cas, heureusement exceptionnels, où l'iris vient à se prolaber dans la plaie.

RAPPORTS

Nouveau procédé de réfrigération locale par le chlorure de méthyle. — M. VIDAL, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Bouchard et Moutard-Martin, fait un rapport sur un mémoire de M. le docteur Bailly sur ce sujet.

La technique et les applications, à la médecine et à la chirurgie, de la réfrigération locale par le chlorure de méthyle, ont été exposées à l'Académie, par M. le docteur Bailly, de Chambly (Oise), dans la séance du 18 octobre dernier.

M. le rapporteur, après avoir rappelé l'histoire relativement récente de l'application du froid comme agent anesthésique local, arrivant au présent, reconnaît que c'est à M. le docteur Debove que revient l'honneur d'avoir été le premier à appeler l'attention sur la valeur thérapeutique de ce nouvel agent. Depuis, M. le docteur Bailly a conçu l'idée d'en perfectionner et d'en étendre l'application.

Après de nombreux essais, il a reconnu que les tampons formés au centre de deux tiers d'ouate sèche et à la périphérie d'un tiers de bourre de soie, revêtus d'une enveloppe de gaze de soie, sont ceux qui emmagasinent, le plus rapidement et pendant le plus longtemps, le liquide réfrigérant. (Voir pour la description du procédé le numéro du 20 octobre 1887 de la *Gazette des hôpitaux.*)

M. le rapporteur, après l'exposé technique du procédé, passe à l'étude successive des applications du stypage, ainsi que l'appelle M. Bailly, à la thérapeutique médicale et à l'anesthésie locale pour les opérations chirurgicales.

1° Applications thérapeutiques. — Pour combattre la douleur, l'application suffisamment prolongée du tampon, imbibé de chlorure de méthyle, a une efficacité aussi grande que celle du jet du siphon. La facilité avec laquelle on peut en mesurer les effets, permet de porter, sans crainte, la réfrigération sur la face et d'en traiter les névralgies.

M. Bailly a réussi à calmer la douleur dans 26 cas de névralgie dentaire et dans 9 cas de névralgie faciale. Sur 10 cas de sciatique, il mentionne 8 succès, 1 résultat douteux et 1 insuccès.

Sur un ensemble de 62 cas de névralgies diverses, la guérison a été presque constante; sur 16 cas de lumbago, 14 guérisons rapides.

Ce procédé a été appliqué pour calmer des douleurs viscérales. Il a été essayé par MM. Dieulafoy, Bucquoy, Féréol, Lailler et Pozzi. D'heureux résultats ont été constatés par M. Bouchard, qui, depuis trois mois, expérimente le nouveau procédé de réfrigération, le stypage, pour me servir du néologisme de M. Bailly. Il a vu, dans un certain nombre de névralgies intercostales, de torticolis, de douleurs musculaires, de lumbagos, de névralgies dentaires, la douleur céder rapidement.

Un malade traité pour des coliques de plomb, un autre pour des crises gastriques d'origine tabétique, ont tiré un grand soulagement de quelques séances de stypage.

Enfin, M. Bouchard a eu occasion de constater les effets eupnéiques du stypage, dont les applications répétées ont soulagé à certains moments la dyspnée d'un asthmatique emphysémateux de son service.

2° Applications pour l'anesthésie locale. — M. Bailly a fait l'anesthésie par ce procédé avant d'ouvrir des abcès, d'inciser des panaris, avant l'ablation d'un cancroïde et une opération de fistule anale. MM. Léon Labbé, de Saint-Germain, Polaillon, Cazin ont pratiqué diverses opérations après anesthésie suffisante, produite par le stypage.

Ce procédé a été appliqué dans mon service par M. Bailly, pour plus de 120 opérations que j'ai faites, soit par les scarifications, soit par la galvanocaustique ou le râclage. La plupart de ces opérations ayant été faites à plusieurs reprises sur chaque individu, on a une moyenne de 360 applications. Sur ce nombre, il n'y a eu que trois fois production d'une phlyctène rapidement guérie.

En résumé, dit M. le rapporteur, la commission a reconnu les grands avantages du nouveau procédé de réfrigération locale de M. Bailly, elle a apprécié les progrès réels qu'il a fait faire à l'emploi thérapeutique du chlorure de méthyle, en rendant facile les moyens de graduer et de limiter les effets de ce puissant agent frigorifique. En conséquence, elle vous propose d'adresser des remerciements à l'auteur et de déposer honorablement son mémoire dans nos archives.

M. BOUCHARD. Le procédé de M. Bailly est un perfectionnement de celui de M. Debove. L'extension que M. Bailly a donnée aux applications de ce procédé de réfrigération est un véritable service pour la thérapeutique. Il m'est arrivé, dans mon service, de remplacer les pointes de feu par la réaction qui suit la réfrigération et d'en obtenir de bons résultats, surtout dans le traitement des affections utérines. C'est un perfectionnement incontestable.

M. BESNIER. Ce procédé peut rendre de nombreux services appliqué sur les muqueuses, à cette seule condition d'interposer une baudruche. Ce n'est pas un petit point, mais un grand point en thérapeutique.

Les conclusions du rapport de M. Vidal sont mises aux voix et adoptées.

Formule des conclusions du rapport de M. Fournier sur la prophylaxie publique de la syphilis. — M. FOURNIER, sur l'invitation de M. le Président, donne lecture des propositions qui constituent les conclusions du rapport sur la prophylaxie de la syphilis, qui devront servir de texte à la discussion qui sera engagée sur ce sujet mardi prochain (voir le Premier-Paris).

ÉLECTIONS

L'Académie a procédé dans cette séance à l'élection, par deux scrutins distincts, de deux correspondants nationaux dans la troisième division (médecine vétérinaire).

Les candidats sont classés dans l'ordre suivant :

En première ligne M. Arloing; en seconde ligne M. Abbadie; en troisième ligne M. Peuch; en quatrième ligne M. Signol.

Au premier scrutin, sur 44 voix, majorité 23, M. Arloing obtient 43 suffrages, M. Signol 1. M. Arloing est élu.

Au deuxième scrutin, sur 47 votants, M. Abbadie obtient 43 suffrages, M. Signol 2, 2 billets blancs. M. Abbadie est élu.

A quatre heures trois quarts, l'Académie se forme en comité secret pour entendre un rapport de M. Laboulbène sur les candidats au titre de correspondants nationaux (première division).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur Gueneau a été élu, dimanche dernier, conseiller général de la Côte-d'Or, pour le canton de Nolay.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Asa Gray, membre correspondant de l'Académie des sciences (sect. de botanique), et Duval, conseiller général de la Seine-Inférieure.

De la suggestion et de ses applications à la pédagogie, par M. le docteur Edgar Bérillon. In-8. — Prix : 1 franc. — Paris, Jacques Lechevalier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

ryngien est éclairé par la lumière de Drummond, afin de permettre à plusieurs personnes à la fois de bien voir l'image de la région explorée. M. le docteur Archambault, chef de clinique, est à la disposition des assistants, pour leur apprendre le maniement des instruments.

— MM. les docteurs Boissard et Berthod commenceront un nouveau cours d'accouchements, le lundi 13 février, à quatre heures et demie, rue du Pont-de-Lodi, 5. — Le cours aura lieu tous les jours à la même heure, et sera complet en quarante leçons.

Pour se faire inscrire, s'adresser à M. Boissard, 67, rue Saint-Lazare, ou à M. Berthod, 17, place de la République.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Manuel d'antisepsie chirurgicale, par le docteur Paul Troisfontaines, ancien assistant à l'Université de Liége, chirurgien-adjoint des hospices civils. 1 vol. petit in-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, G. Steinheil.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

19

RACHITISME, MALADIES DE LA PEAU, SYPHILIS

LE ROB LECHAUX

Préparé par Mario LECHAUX, pharmacien, 165, rue Sainte-Catherine (Bordeaux), contient exactement 40 centigr. d'iodure de potassium par cuillerée à bouche.

« Le ROB LECHAUX est une des meilleures « préparations dépuratives de notre époque. « Toutes les affections dans lesquelles l'hématose « est entravée, toutes les *dyscrasies*, les *accidents* « de la *scrofule* et du *lymphatisme*, sont justi- « ciables de cette médication. Elle rend des « services sérieux dans les *affections organiques* « *du cœur avec cyanose, œdème pulmonaire,* « *dyspnée intermittente* ou *continue;* dans la « *scrofule* proprement dite, avec adénites fran- « chement suppuratives ou caséeuses; dans la « *leucémie*, la *lymphadénie* et probablement dans « ces formes morbides peu connues dont les « tumeurs ganglionnaires multiples et inertes « sont les phénomènes les plus saillants; dans « les *affections scorbutiques*, le *purpura*, et enfin « dans beaucoup d'accidents imputables à la « syphilis héréditaire. » (*Abeille médicale*, 12 février 1883.)

Le flacon, **4** francs, dans toutes les pharmacies.

A titre d'expérimentation, envoi gratis d'échantillons à MM. les médecins qui en feront la demande.

55

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

St dép. dét. à Paris, Phie LEBEAULT, 53, Réaumur.

ENTREPOT GÉNÉRAL : **5, rue Bourg-L'Abbé, Paris.**

22

CAPSULES ET SIROP DE HOUDÉ

AU SULFATE DE SPARTÉINE

L'expérimentation physiologique et l'observation clinique s'accordent pour démontrer que le sulfate de **Spartéine** exerce une action prédominante et élective sur le fonctionnement du cœur, en augmentant l'énergie, la durée et la persistance des contractions et en régularisant le rythme cardiaque troublé.

Les **CAPSULES** et le **SIROP de HOUDÉ au Sulfate de Spartéine** sont donc tout indiqués, chaque fois que le myocarde a fléchi, lorsque le pouls est irrégulier, intermittent, arythmique, dans les *attaques d'asystolie*, dans *l'asthénie cardiaque*, la *dysnée du cœur* et la *péricardite*.

Dose quotidienne, de 10 à 15 centigrammes.

Dépôt: A. HOUDÉ, Paris, r. fg St-Denis, 42, et phies.

74

COTON IODÉ PRÉPARÉ PAR J. THOMAS

pharmacien de 1re classe.

Le Coton iodé est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique dont on peut graduer les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hôpitaux de Paris: le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les phies.

91

L'EAU DE LÉCHELLE

HÉMOSTATIQUE.

Combat efficacement les *hémorrhagies utérines* et intestinales, l'hémoptysie, l'atonie des organes, les affections des muqueuses. *Leucorrhée*, diarrhée, catarrhe, etc.

Dépôt général: 378, rue Saint-Honoré, Paris.

10

SIROP-ZED (A BASE DE CODÉINE PURE, DE TOLU ET D'EAU DE LAURIER-CERISE)

Aux propriétés somnolentes de la codéine s'ajoutent utilement celles si sédatives de l'eau de *laurier-cerise*, agissant là comme l'émulsion d'amandes des loochs; enfin l'action du tolu sur les sécrétions bronchiques, complètent l'ensemble d'un médicament certain.

Le sirop pectoral du docteur Zed est un calmant précieux contre les *accès spasmodiques de toux convulsive, coqueluche, toux des phthisiques, affections des bronches, insomnies*, etc.

Paris, 22 et 19, rue Drouot. Dr Zed

25

SAINT-RAPHAEL, VIN TANNIQUE

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE: Un petit verre après les principaux repas.

DÉPOT : Dans toutes les bonnes pharmacies.—

Vente en gros chez tous les droguistes.

22

Inappétence, Convalescence, Anémie, Maladies de poitrine, de l'estomac et des intestins.

VIN DEFRESNE A LA PEPTONE

Il ne contient pas seulement les principes solubles de la viande; il contient aussi la fibre musculaire elle-même fluidifiée, digérée, rendue assimilable.

Dose : 1/2 verre à madère au dessert.

PEPTONE — POUDRE — ELIXIR CHOCOLAT DE PEPTONE, etc.

DEFRESNE, auteur de la Pancréatine, 2, rue des Lombards, Paris, et Pharmacies.

39

LA TOILE VÉSICANTE LE PERDRIEL

(VÉSICATOIRE ROUGE)

est connue depuis plus de soixante ans. Elle doit à une formule particulière et au soin avec lequel elle est exécutée, un succès qui ne s'est point démenti. Par la promptitude de son action (*de six à dix heures*), on évite les accidents ordinaires des vésicants. Exiger la couleur rouge et la division centésimale noire (propriété de l'auteur), ainsi que la signature. Le Perdriel

15

PEPSINE BOUDAULT

Seule admise dans les hôpitaux de Paris.

Médailles aux Expositions internationales de 1867, 1868, 1872, 1873 et Philadelphie, 1876, première médaille pour *excellence* et *supériorité.*

Dyspepsies, gastrites et gastralgies et autres troubles de la digestion.

Sous forme de :

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 30 grammes. — Dose de 0g,50 à 1 gramme à chaque repas.

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 10 prises de 1 gramme.

Elixir et **Vin de Pepsine Boudault.** — Dose : une cuillerée à bouche.

Pastilles, Dragées, Pilules de Pepsine Boudault. — Dose de 3 à 4.

Exiger le cachet Boudault.

Pharmacie COLLAS, 8, rue Dauphine, Paris.

79

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cette farine, qui réussit très bien aux jeunes enfants, n'est autre qu'un mélange desséché dans le vide de lait de vache, de sucre et de croûte de pain, mélange ayant à peu près la composition du lait de femme.

Dr C. WURTZ, doyen honoraire et professeur. Faculté de médecine de Paris.

Se trouve dans toutes les pharmacies.

82

VALÉRIANATE PIERLOT

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme.*

Le VALÉRIANATE DE PIERLOT doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

27

STROPHANTHUS HISPIDUS

SEMENCES — STROPHANTHINE

TEINTURE — EXTRAIT HYDRO-ALCOOLIQUE

Phie MIDY, 113, Faubourg Saint-Honoré.

47

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la secrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

65

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPOT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

41

ERGOTINE. DRAGÉES D'ERGOTINE

de **BONJEAN**

La solution d'ERGOTINE BONJEAN est d'après les plus illustres médecins un des meilleurs hémostatiques (Ergotine, 10 grammes; eau, 100 grammes).

Les DRAGÉES D'ERGOTINE BONJEAN sont employées avec le plus grand succès pour *faciliter le travail de l'accouchement*, arrêter les *hémorrhagies* de toute nature (crachements, pertes de sang, etc.), contre les *dysenteries* et *diarrhées chroniques*, et enfin pour combattre la *phthisie pulmonaire* et enrayer sa marche.

Dépôt général : LABELONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

67

CACHETS DIGESTIFS H. MOURRUT

PEPSINE ET DIASTASE

Les cachets Mourrut sont la préparation la plus convenable pour administration de la Pepsine et de la Diastase. Ces deux ferments digestifs sont insolubles dans l'alcool, qui les précipite de leur dissolution dans l'eau; on ne doit donc pas les administrer dans un liquide alcoolique (BOUCHARDAT, *Annuaire*, 1880, p. 138).

Phie CHAMPIGNY, 57, r. Clichy; 10, r. Port-Mahon.

13

ÉLIXIR GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUE

(*Amers et ferments digestifs.*)

Dyspepsie, anorexie, vomissements de la grossesse, anémie, troubles digestifs de l'enfance, etc.

Paris, GREZ, Phien laur. des hôp., 34, r. La Bruyère.

91

BOLDO-VERNE. *Dans les congestions et les troubles fonctionnels du foie,*

les *cachexies* d'origine paludéenne et consécutives au long séjour dans les pays chauds, *la dyspepsie atonique, les fièvres intermittentes*, on prescrit dans les hôpitaux à Paris et à Vichy le **BOLDO-VERNE** à la dose de 50 à 100 gttes par jour ou 4 cuillerées à café d'**Elixir de Boldo-Verne.**

VERNE, Grenoble, et phies, France et étranger.

N° 16. — MARDI 7 FÉVRIER 1888. 61e ANNÉE. MARDI 7 FÉVRIER 1888. — N° 16.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE . . 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 6 février 1888.

LE CONCOURS DE L'INTERNAT DES HOPITAUX

Le concours de l'internat vient de se terminer par la nomination de soixante nouveaux internes titulaires, et de quarante-deux provisoires. C'est le cas de dire : beaucoup d'appelés et beaucoup d'élus.

Les candidats ne doivent pas se plaindre ; mais que pensent leurs aînés, jeunes ou vieux ? Si l'on n'y met ordre, nous assisterons à la dépréciation inévitable d'un titre si légitimement envié, et, au lieu de cette phalange d'élite, où l'on se comptait, le nombre des internes sera bientôt légion.

Pour peu qu'on laisse aller les choses, et qu'on veuille bien réunir dans un même recrutement les internes des Asiles et ceux des Prisons de la Seine, l'internat deviendra chose banale, bientôt dédaignée. Qu'on y prenne garde, il y a là un véritable danger.

L'administration est trop intéressée à avoir des internes dont la qualité l'emporte sur la quantité, pour ne point porter remède à un pareil état de choses. Nous ne demandons point si les soixante titulaires sont réellement indispensables, peu nous importe si certains services ont un nombre privilégié d'internes, et nous ne voulons pas savoir s'il y a quelque part des services où un titulaire perd complètement la première année de son internat ; nous n'avons point à connaître, dans les détails, par quels moyens il faut remédier au mal. Ce qu'il y a de vrai, c'est qu'il est facile de supprimer un certain nombre de places. Il n'y aurait peut-être pour cela qu'à prêter une oreille moins docile à certaines demandes qui, pour partir de haut, n'en sont pas moins exagérées.

Nous demandions ce que pensent les internes actuels, avant de connaître leur réponse, nous leur soumettons ces simples chiffres :

42	internes ont été nommés en		1886
52	—	—	1887
60	—	—	1888

Combien en 1889 ?

Si l'on ne s'arrête, il en sera bientôt de l'internat comme actuellement de l'externat, où le nombre des places dépasse celui des concurrents. — Quelques années encore, et c'en sera fini de l'ancien prestige.

Nous tenions à signaler ce fait aux internes actuels. Ce sont eux qui toujours se sont mis en avant pour les justes réclamations. C'est à eux que les anciens, dispersés par les exigences et les soucis de la pratique, ont remis le soin de la dignité et de l'honneur de l'internat. A eux donc de protester et de réclamer un chiffre moindre dans les nominations ultérieures. S'il y a des vides, rien ne peut empêcher de les combler par un nombre plus grand d'internes provisoires.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. TRÉLAT.

Résultats thérapeutiques de l'intervention chirurgicale chez les malades du service pendant l'année scolaire 1886-1887.

Je désire passer en revue l'ensemble des résultats thérapeutiques obtenus dans le service pendant l'année 1886-1887. C'est là pour moi un bon moyen de tirer de faits multiples des déductions générales utiles, des conséquences plus nettes au point de vue des indications thérapeutiques.

Le nombre des malades du service, chez lesquels une intervention chirurgicale a eu lieu, est de 308, chiffre peu différent de celui de l'année précédente qui était de 304. Sur ce nombre, nous avons eu 20 décès, soit 6,49 p. 100 ; l'an dernier, la mortalité avait été de 17 soit 6,7 p. 100. Ce sont là des chiffres heureux qui montrent que les progrès obtenus se maintiennent, puisqu'avec les années je suis tombé d'une mortalité de 15 p. 100 à celle de 6 et une fraction. C'est un progrès considérable, mais ce n'est pas encore le maximum de ce que nous pouvons espérer voir réaliser un jour.

Ces 308 malades opérés se divisent de la manière suivante :

Abcès, phlegmons, anthrax, lymphangites : 33 malades, 3 morts. — Tuberculose : 35 malades, 0 mort. — Tumeurs développées en un point quelconque du corps : 35 malades, 1 mort. — Fractures du crâne : 2 malades, 2 morts. — Affections de la tête, des sens, de la bouche : 27 malades,

2 morts. — Cou, thorax, abdomen : 15 malades, 4 morts. — Anus, rectum, colotomie, extirpation : 45 malades, 2 morts. — Hernies : 11 malades, 0 mort. — Organes génito-urinaires (hommes et femmes) : 58 malades, 2 morts. — Membres, ostéotomie : 23 malades, 1 mort. — Amputations diverses : 18 malades, 3 morts. — Fractures compliquées : 6 malades, 0 mort.

Soit un chiffre total de 308 malades opérés, sur lesquels nous comptons 20 décès.

Sur ces 20 décès, il en est un très petit nombre, 4 peut-être, qui eussent pu être évités : ainsi une femme morte de pneumonie, contractée dans un courant d'air à la suite d'une extirpation du rectum ; une femme opérée du sein ; une hématocèle et une amputation de cuisse suivies de septicémie.

Quelques détails maintenant sur ces différents groupes :

1° 3 individus, groupe des anthrax, phlegmons, etc., sont morts ; ils étaient entrés à l'hôpital dans un état fort grave ; deux d'entre eux, diabétiques, étaient absolument cachectiques ; le troisième sujet, une femme âgée de soixante-treize ans, était plongé dans la misère la plus absolue.

2° Sur les 35 malades opérés de tumeurs, nous en avons perdu un ; il s'agissait d'une tumeur ulcérée du côté droit du cou, entré dans un état affreux, avec fistule large et profonde, donnant issue à un liquide ichoreux, infect ; la tumeur était un sarcome à marche rapide. J'enlevai la partie superficielle de la tumeur, non pas comme opération curative, mais pour soulager le malade, et je cautérisai ensuite avec le thermocautère. Cet homme mourut dix jours après l'opération. Il serait mort infailliblement si nous n'étions pas intervenu.

3° Les 2 fractures du crâne, suivies de mort, ont été opérées en ce sens qu'on a enlevé les esquilles visibles et qu'on a relevé les portions voisines qui piquaient la substance cérébrale

4° Tête, sens et bouche. Ici 2 morts, toutes deux à la suite de l'ablation de tumeur étendue de l'isthme du gosier, morts qui ne sont pas survenues à la suite de septicémie, mais d'accidents d'origine nerveuse (syncopes, palpitations, étouffements, mort subite). L'un de ces malades est mort en voulant se soulever dans son lit pour se mettre sur son séant.

5° Cou, thorax, abdomen. Sur 15 opérés, 4 morts, parmi lesquels je citerai : *a*) une gastrostomie, au mois de juillet dernier, faite dans de très bonnes conditions, sous tous les rapports, et avec succès, le malade n'était nullement épuisé, mais il avait toujours pensé que l'opération lui permettrait de manger par la bouche. Or, quand il vit qu'il devait s'alimenter par l'estomac, il fut pris d'un désespoir sombre, silencieux, se refusa à se laisser nourrir et succomba le onzième jour dans un état d'épuisement absolu et d'inanition ; *b*) un cas de laparotomie faite pour une blessure par arme à feu ; il a donné lieu à une discussion à la Société de chirurgie En pareil cas, l'opération doit être des plus promptes et chez ce malade, venu à pied à l'hôpital, malgré sa blessure, et ne voulant pas dire ce qu'il avait, nous avons trop attendu pour intervenir.

6° Anus, rectum, extirpation de cancer ou colotomie lombaire ou iliaque : 45 malades, 2 décès. De ces deux morts, l'un est un jeune garçon de dix-sept ans, très mal en arrivant, très amaigri, se plaignant de véritables tortures lorsqu'il allait à la selle ; il était atteint de tumeurs multiples situées dans le rectum, qui n'empêchaient pas le passage des matières fécales, mais qui rendaient les selles horriblement douloureuses. Je fis la colotomie lombaire, l'opération réussit très bien, le malade éprouva un très grand soulagement et survécut 45 jours, succombant non pas aux suites opératoires, mais au progrès du mal, à la généralisation sarcomateuse dans l'intestin.

Le second décès est celui d'une femme, à laquelle j'avais fait l'extirpation du rectum, et qui est morte de pneumonie intercurrente, à la suite de ces visites du dimanche dans les hôpitaux, si déplorables pour la santé des malades.

7° Organes génito-urinaires : 2 morts, l'un à la suite de la taille sus-pubienne, l'autre à la suite d'une extirpation du rein.

Le premier sujet était dans un état extrêmement grave, au moment de l'opération, il succomba à des complications rénales ; l'autre était dans un état néphrétique très avancé, quand M. P. Segond, qui m'a suppléé pendant les vacances, l'a opéré ; il avait des abcès des reins, des kystes hydatiques au foie, une fistule urinaire, etc.

8° Amputations et désarticulations : 3 morts. Les conditions dans lesquelles se trouvaient les trois individus qui ont succombé, ne permettaient guère qu'ils fussent sauvés. L'un d'eux a subi la désarticulation de l'épaule pour une suppuration profonde du bras avec mise à nu de l'os et accidents septicémiques, il s'agissait en somme d'une ostéomyélite infectieuse à marche rapide. L'opération ne put enrayer les accidents. Parmi les amputations de la cuisse, je dois citer : 1° une femme de quarante-deux ans, tombée d'un quatrième étage et qui eut une fracture comminutive des deux jambes, avec contusion violente du thorax et de l'abdomen (hématémèses et selles sanglantes consécutives), contusion grave de l'épaule, plaie infectieuse d'une jambe, amputation le dixième jour, septicémie à marche lente, mort dix jours plus tard ; 2° un homme qui s'est véritablement tué : il avait une arthrite infectieuse suppurée du genou, la synoviale était gravement atteinte, les cartilages de la rotule altérés ; trois jours après une dernière incision, j'engage le malade à se laisser amputer la cuisse, il refuse absolument jusqu'au jour où il était réellement trop tard de le faire. L'opération fut faite *in extremis*.

Donc sur 308 opérés, 20 morts (ou 6,5 p. 100) sur lesquels 4 auraient pu survivre peut-être, s'ils n'avaient pas contracté d'accidents à l'hôpital.

Par contre, j'ai eu, sur ces 308 opérés, à enlever des tumeurs volumineuses, à faire des ovariotomies et des hystérectomies et toutes m'ont donné de très bons résultats.

Il en est de même de 6 cas de fractures compliquées qui ont toutes guéri et de 3 hernies étranglées où la cure radicale a été suivie de guérison dans les trois cas ; de même ainsi de 8 autres cas de hernie où la cure radicale à des degrés divers a donné 8 guérisons.

Sur 7 colotomies, 2 morts seulement, donc bon résultat. Sur les 18 amputations, nous en comptons 5 petites, des amputations de doigts, et 13 grandes, c'est-à-dire de cuisse, jambe, bras et avant-bras, dont 9 de cuisse sur lesquelles 2 morts (la femme tombée du quatrième étage, et l'homme à l'arthrite suppurée infectieuse du genou, dont j'ai parlé tout à l'heure).

Si je réunis à ces 13 cas ceux que j'ai eu l'occasion de pratiquer pendant les sept années précédentes, j'arrive au

chiffre de 65 grandes amputations sur lesquelles j'ai eu 11 morts ou 16 p. 100. Autrefois la mortalité montait à 49 p. 100, c'est donc un progrès considérable. Ces 65 amputations se décomposent de la manière suivante :

Cuisse. . .	31 amputations,	6 morts ou	19 p. 100.
Jambe. . .	22 —	3 —	13 —
Bras. . . .	7 —	1 —	14 —
Avant-bras.	5 —	1 —	20 —

Cette mort à la suite de l'amputation du bras est celle d'un vieillard de soixante-dix-sept ans, qui avait eu le bras écrasé.

Le résultat de cette étude nous montre combien la mortalité a été abaissée soit en bloc, soit en détail, pour ces diverses opérations; ce résultat est dû à l'antiseptie. Cet abaissement n'a pas été réalisé du jour au lendemain, il a été progressif, et il n'a pas dit son dernier mot, et j'espère que nous verrons encore la mortalité tomber de 16 p. 100 à 12 et même à 10 peut-être.

Autrefois l'on disait que si l'amputation sus-malléolaire, par exemple, ne donnait pas toujours un résultat très commode au point de vue fonctionnel, cependant elle donnait lieu à une mortalité bien moindre que l'amputation pratiquée plus haut. Tandis qu'aujourd'hui les chiffres ci-dessus nous montrent, sur 31 amputations de cuisse, 6 morts seulement ou 19 p. 100. Ce ne sont donc plus ni l'étendue de la plaie, ni le volume de l'os sectionné qui jouent un rôle important dans cette mortalité, mais bien la gravité de l'état antérieur des malades et la portion relative de septie qui filtre à travers le pansement, malgré les soins les plus délicats, montrant ainsi que l'antiseptie, si bien faite qu'elle soit, n'est pas absolue, mais relative encore.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Lucas-Championnière.

Des ligatures artérielles et du traitement des anévrysmes.

(Leçon recueillie par M. H. Delagénière, interne du service.)

I

La leçon, que je veux vous faire aujourd'hui, portera sur deux points connexes : la ligature des gros vaisseaux et le traitement des anévrysmes. Deux cas, simultanément observés dans le service, donnent une excellente occasion de vous montrer les résultats des procédés modernes de ligature, et les faits qui me paraissent devoir modifier profondément le traitement des anévrysmes.

La ligature des gros vaisseaux a surtout été étudiée en Angleterre et en Amérique, où les anévrysmes sont plus fréquents qu'en France. Chez nous les occasions d'opérer sont rares, et on s'est peut-être attaché, plus qu'ailleurs, aux cures sans ligature.

Autrefois, les ligatures étaient soumises à toutes les complications des plaies. Par conséquent, il y a bon nombre d'exemples de mort par pyohémie ou par érysipèle. Puis la ligature avait deux accidents à elle propres : la gangrène et l'hémorrhagie secondaire.

Aujourd'hui l'infection purulente et l'érysipèle devraient être disparus; et de fait, chez les chirurgiens suivant rigoureusement la méthode antiseptique, on n'en observe plus. Si, d'autre part, on démontre que les deux accidents, propres à la ligature, sont atténués ou disparus, on conçoit l'immense changement qui doit s'opérer dans nos déterminations opératoires.

Voici, il y a quelque temps, quel était le résultat physiologique d'une ligature, placée sur la continuité d'une artère. Les tuniques interne et moyenne sont coupées par le fil, mais la tunique externe résiste. Il se forme, au-dessus de la ligature, un caillot qui remonte jusqu'à la première collatérale. Le vaisseau se trouve donc oblitéré. Si c'est le tronc principal d'un membre, il se produit différents troubles de nutrition, refroidissement, fourmillements, crampes douloureuses, et si une circulation collatérale suffisante n'assure pas la vitalité du membre, il peut s'ensuivre une gangrène partielle ou totale, accident très redoutable quand il s'agit d'une artère principale, comme la sous-clavière et surtout l'iliaque.

Après une durée variable de six à douze jours, la ligature agit comme un corps étranger, étrangle l'artère, détermine la mortification de la tunique externe étranglée, coupe définitivement le vaisseau, puis est éliminée par la suppuration. A ce moment, si le caillot n'est pas assez long et assez solide pour résister à la pression du sang, il se fait une hémorrhagie secondaire, l'accident le plus redoutable.

C'est contre cet accident, qu'on a essayé successivement la ligature peu serrée avec un fil plat, ne serrant qu'à demi l'artère, la ligature temporaire et la ligature médiate. On proposa aussi différentes substances animales, crin, soie non tordue, corde à boyau, peau en lanières, qui devaient être résorbées, et ne pas couper le vaisseau.

Tout cela fut fait en vain. Ce fut alors le beau temps de toutes les méthodes de traitement des anévrysmes, destinées à éviter la ligature; en particulier de la compression digitale, de la compression directe et indirecte des anévrysmes.

Sir Joseph Lister fit dans ce traitement une véritable révolution, non pas seulement par la méthode antiseptique, mais par la découverte de la ligature au catgut. Il avait d'abord employé la soie, mais avait reconnu que cette substance ne disparaît pas complètement, et que l'élimination peut être observée. C'est alors qu'il reprit la pratique proposée de la ligature avec la corde à boyau, mais en la préparant d'une manière spéciale. Les premières expériences datent de 1868. A la suite de nombreux essais, il adopta la préparation suivante :

Acide phénique cristallisé.	20	grammes.
Eau.	2	—
Huile d'olives	100	—

Faire macérer les cordes à boyau pendant trois à six mois, en les disposant de façon à les empêcher de se détordre.

Cette formule, je l'ai suivie constamment. D'autres procédés ont été recommandés; aucun ne paraît devoir être préféré pour la généralité des cas.

Or, voici quelles sont les modifications profondes que l'introduction de cette substance apporte dans l'évolution du processus réparateur.

Quand un tronc artériel a été lié avec un catgut préparé, la plaie restant parfaitement aseptique, les tuniques interne et moyenne du vaisseau sont brisées comme par le fil de soie. Elles se rebroussent de même. Le caillot se forme dans les mêmes conditions. La ligature a donc les mêmes avantages.

Elle n'a pas les mêmes inconvénients. La ligature, n'ayant aucune tendance à être éliminée, n'a non plus aucune ten-

dance à couper la tunique externe de l'artère. Il y a plus. Le cordon de catgut qui enserre le vaisseau est un centre d'organisation. Il est pénétré par les éléments anatomiques nouveaux, et s'il ne s'organise pas lui-même, il constitue une gangue où ces éléments se développent. Il renforce donc ce qui reste des parois de l'artère. Au fond de la plaie, catgut et tunique externe du vaisseau forment un tout qui oppose une solide barrière à l'éruption sanguine.

Il est inutile d'insister davantage pour démontrer que les conditions de la ligature des vaisseaux vont être profondément modifiées. Plus de craintes des collatérales, plus de craintes des hémorrhagies secondaires.

Ce que M. Lister a observé en 1868, sur les artères du veau, et qu'il a revu depuis dans de nombreuses expériences, je l'ai vu moi-même dans des expériences que j'ai faites autrefois dans le laboratoire de Claude Bernard, en 1876. C'est ainsi que j'ai fait une série de ligatures sur la carotide du chien, qui démontraient parfaitement la réalité de ces faits. La ligature de l'aorte ne me donna que des résultats imparfaits, mais me permit encore de constater la rupture des tuniques internes.

Mais ce qui me paraît beaucoup plus intéressant que ces expériences, ce sont les opérations faites sur l'homme pour des anévrysmes, opérations nombreuses aujourd'hui. Heureusement, le professeur Lister lui-même a eu l'occasion d'en faire plusieurs, car il ne faut pas se dissimuler que, dans ce cas, comme dans beaucoup d'autres cas de la chirurgie antiseptique, les statistiques empruntées à des auteurs divers sont de médiocre valeur. Beaucoup de chirurgiens, qui disent faire de la chirurgie antiseptique, sont loin d'être purs de doctrine et de pratique. Pour ce qui concerne la ligature au catgut, il est très remarquable qu'il ne soit pas rare de voir le fil éliminé, et se comportant comme les ligatures septiques ordinaires, lorsqu'on se contente d'un à peu près d'antiseptie. En outre, le commerce fournit de détestable catgut préparé. M. Lister le prépare lui-même ; j'ai toujours procédé comme lui, ainsi que je le dirai tout à l'heure. Il y a là certainement l'explication de grandes divergences dans les résultats et dans les observations définitives.

Or, quels sont les résultats de M. Lister ? En 1880, il rapportait avoir neuf fois lié de grosses artères pour des anévrysmes, deux fois avec un fil de soie aseptique, sept fois avec le catgut. Il n'avait eu d'accident dans aucun des cas. Mais, tandis que les résultats de la ligature au catgut avaient été irréprochables, dans un cas de ligature de l'iliaque externe avec un fil de soie, il avait trouvé, dix mois plus tard, un petit abcès périphérique au nœud de soie, préliminaire d'élimination de ce fil. Il rapporte dans le même mémoire que M. Clatton avait vu aussi un fil de soie éliminé dans les mêmes conditions.

Les cas de M. Lister étaient d'autant plus remarquables qu'il avait eu l'occasion de faire la ligature sur la fémorale superficielle, sans se préoccuper de l'éventualité de l'hémorrhagie secondaire qui est, on le sait, très menaçante dans ces cas.

Voulez-vous me permettre de rapprocher, des faits publiés par M. Lister, ceux de ma propre pratique, qui se produisent dans des conditions analogues, car j'ai la prétention, en disciple fidèle, de prendre les mêmes soins que le maître et je prépare mon catgut moi-même.

Les cas de ligature de gros vaisseaux sont assez rares chez nous. J'ai eu, en 1870, pendant la guerre, l'occasion de lier l'axillaire et la fémorale à l'anneau avec fil de soie, suppuration, etc. Mes deux opérés ont guéri. En 1874, toujours avec fil de soie et suppuration, j'ai lié, pour un anévrysme diffus de la cuisse droite, la fémorale sous l'arcade crurale. J'ai eu une hémorrhagie secondaire au huitième jour ; j'ai alors lié l'iliaque externe ; dès le lendemain, gangrène du membre et mort rapide de l'opéré.

Depuis ce temps, j'ai fait quatre opérations pour anévrysmes. La première ne mérite guère d'être rapprochée de celles dont je viens de vous parler, si le fait de la conservation du catgut ne valait la peine d'être signalé.

Le 1er octobre 1883, j'opérai en ville, avec mon ami le docteur Morelot, un homme de cinquante-cinq ans, atteint d'anévrysme spontané de la pédieuse du pied droit. Je pratiquai l'extirpation du sac après avoir lié l'artère au-dessus et au-dessous du sac. La guérison se fit sans aucun accident et sans élimination de catgut.

En 1885, je fus appelé par mon ami et ancien élève, M. le docteur Crouzet (de Creil), auprès d'un homme atteint de fracture de la jambe droite, avec anévrysme diffus du membre. Les battements, le frémissement, le souffle et l'accroissement rapide de la tumeur ne laissaient aucun doute sur sa nature, et le 2 février 1885, avec l'aide des docteurs Crouzet et Roustan jeune (de Creil), je pratiquai la ligature de la fémorale à l'extrémité inférieure du triangle de Scarpa. Les suites furent excellentes. Guérison de l'anévrysme, aucune élimination, consolidation lente mais bien satisfaisante de la fracture.

Mes deux derniers cas se rapportent à ces deux malades que je vais vous présenter et que j'ai opérés dernièrement dans mon service.

Voici d'abord un homme de soixante ans, ancien officier, bien conservé et vigoureux. Il était atteint, comme vous pouvez le voir encore, d'une tumeur grosse comme le poing, située dans le pli de l'aine droite. Cette tumeur a débuté il y a quatre ans, à la suite d'un effort, et a grossi insensiblement jusqu'au mois d'août 1887. A cette époque elle a pris un développement considérable et c'est pour cette raison que le malade m'a été adressé par les médecins de son pays. La tumeur remontait à trois travers de doigt au-dessus de l'arcade, dans la fosse iliaque, et descendait de quatre travers de doigt au-dessous. Elle était le siège de mouvements d'expansion très nets, et de battements isochrones à la systole cardiaque. Enfin, à l'auscultation, elle présentait un souffle correspondant au retrait de la poche. La compression de l'artère au-dessus diminuait notablement les battements. Le 10 novembre, je pratiquai la ligature de l'artère au-dessus du sac et plaçai le fil sur l'iliaque externe à 2 centimètres environ de son origine. Les suites furent des plus simples. Le 3 décembre la cicatrisation était parfaite, aucun battement n'était perçu au niveau de la tumeur et vous voyez que, depuis, la guérison s'est parfaitement maintenue.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er février 1888. — Présidence de M. Polaillon.

COMMUNICATIONS

Influence du traumatisme sur la grossesse. — M. BERGER, à l'occasion du rapport fait dans la dernière séance par M. Marchand, communique l'observation d'une jeune femme, enceinte de six mois et demi, à laquelle il dut pratiquer une amputation intra-trochantérienne pour un ostéo-sarcome de la cuisse. Cette

femme guérit très rapidement des suites de son opération ; elle n'eut pas de fièvre traumatique et, dix-sept jours après cette opération, elle accoucha normalement d'un garçon qui, bien que né à sept mois et demi, vécut encore plusieurs semaines et finit par succomber à l'athrepsie. Cette observation montre qu'une opération très grave, même pratiquée dans la zone génitale, peut ne pas influencer directement la marche de la grossesse.

M. MONOD rappelle, à ce propos, l'observation d'une malade à laquelle il pratiqua l'ovariotomie, alors qu'elle était enceinte de six mois. Cette malade guérit des suites de son ovariotomie et accoucha, à terme, d'un enfant bien portant.

Ostéomyélite. — **M. THÉOPHILE ANGER** dit que l'on confond, à tort, sous ce nom, diverses affections, telles que certaines variétés d'ostéite, de périostite.

Il ajoute qu'il est des faits d'ostéomyélite primitive chez l'adulte dans lesquels il n'existe véritablement aucun antécédent permettant d'admettre, avec M. Lannelongue, que cette affection se rattache toujours à une maladie de l'enfance ou de l'adolescence. Il en cite un exemple. Il s'agit d'un homme de cinquante-six ans qui, sans aucun antécédent dans son enfance, sans traumatisme, sans aucune cause locale, vit apparaître des douleurs très vives dans une jambe et, en très peu de jours, ne put plus s'appuyer sur cette jambe. Cet homme était un arthritique. Toutefois ces douleurs n'avaient pas les caractères du rhumatisme. Cet état dura ainsi plusieurs semaines, sans qu'aucun moyen parvînt à calmer ces douleurs qui étaient intolérables. Bientôt survint de la fièvre et cette fièvre allait en augmentant. M. Anger n'hésita plus alors à diagnostiquer une ostéomyélite aiguë, infectieuse. En effet, il se fit un abcès sous-périostique, le pus s'étant fait jour par les canaux de Havers jusqu'au périoste décollé dans une certaine étendue. Il n'y avait que deux partis à prendre : ou bien trépaner l'os, ou bien pratiquer l'amputation. Le malade ayant refusé l'amputation, M. Anger trépana, mais trop tard pour arrêter les progrès de la maladie.

Voilà donc un exemple d'ostéomyélite aiguë, infectieuse, primitive, chez un adulte, sans traumatisme, sans cause locale ou générale, l'arthritisme ne pouvant être invoqué ici. L'affection, dans ce cas, a surtout été caractérisée par des douleurs vives, jamais localisées dans un point précis, par l'impossibilité de marcher et enfin par la fièvre survenue beaucoup plus tard. Les commémoratifs de ce malade ayant été fouillés avec le plus grand soin, on peut affirmer qu'il n'a jamais eu, ni dans son enfance, ni dans son adolescence, aucune affection osseuse à laquelle pourrait être rattachée l'ostéomyélite dont il a été atteint à cinquante-six ans.

M. LANNELONGUE tient d'abord à établir ce premier point qu'on observe aussi bien l'ostéomyélite dans l'enfance que dans l'adolescence. C'est donc une maladie de l'âge de la croissance qui comporte aussi bien l'enfance que l'adolescence. M. Trélat a dit que l'ostéomyélite était une affection qui s'observait aussi très fréquemment dans les hôpitaux d'adultes. M. Lannelongue n'a jamais nié ce fait. Il rappelle avoir décrit l'ostéomyélite prolongée. Or, ces faits d'ostéomyélite observés chez l'adulte ne sont la plupart du temps que des faits d'ostéomyélites prolongées. Toutefois, lorsqu'on se trouve en présence d'une affection osseuse aiguë chez un homme de cinquante à soixante ans, il est bien difficile de savoir exactement s'il y a eu quelque chose du côté des os, chez ce malade, à l'âge de cinq ou dix ans, ou même quatorze ans. En outre, M. Lannelongue admet parfaitement qu'il existe des faits d'ostéomyélite primitive chez l'adulte, comme dans le cas de M. Anger. Mais il croit pouvoir affirmer que ces faits sont beaucoup plus rares qu'on le croit.

M. BERGER, dans l'observation qu'il a citée, ne s'est occupé que de l'ostéomyélite infectieuse aiguë de l'adulte. Le plus souvent, il est vrai, les ostéomyélites de l'adulte se rattachent à l'ostéomyélite de l'adolescence ou de l'enfance. En cela M. Berger partage depuis longtemps l'opinion de M. Lannelongue, mais il faut reconnaître, dit-il, que les commémoratifs sont le plus souvent très difficiles à établir dans ces cas. Toutefois, il est bon nombre de cas dans lesquels on arrive à retrouver une affection osseuse ancienne. Indépendamment de ces faits, les plus fréquents, M. Berger admet parfaitement l'existence de l'ostéomyélite aiguë primitive chez l'adulte, soit que cette affection apparaisse d'emblée, sans cause appréciable, comme dans le cas de M. Anger, soit qu'elle apparaisse consécutivement à un traumatisme ou à une fièvre typhoïde.

M. TRÉLAT rappelle que l'ostéomyélite prolongée ou de l'adulte s'observe très fréquemment dans les hôpitaux. Il a maintes fois l'occasion d'en observer. Tout en admettant une relation, entre l'affection de l'adulte et celle qui a pu exister dans l'enfance, il fait observer qu'il peut s'écouler un très long délai entre ces deux expressions de la même affection. En voici un exemple : un homme a eu à treize ans une ostéomyélite du fémur droit ; il en a bien guéri, et n'a plus rien eu jusqu'à trente-quatre ans. A cet âge, il entra à la Charité avec un léger épanchement dans le genou ; un abcès se forme au creux poplité, puis une arthrite purulente ; l'arthrotomie, l'amputation elle-même, ne peuvent arrêter les progrès de la maladie et ce malade succombe, en quelques jours, à une ostéomyélite infectieuse aiguë.

A côté de ces faits, il en est d'autres dans lesquels l'ostéomyélite de l'adulte est bien manifestement primitive, mais, en général, l'ostéomyélite des adultes a une vieille histoire.

PRÉSENTATIONS

M. LANNELONGUE présente un kyste hydatique qu'il a extrait de la partie externe de la cuisse d'un enfant de huit ans.

Cette tumeur prenait bien manifestement son origine dans le muscle et c'est là un caractère très important en faveur du kyste hydatique, ainsi que le faisait observer Denonvilliers.

M. DESPRÉS a opéré récemment une dame qui portait, à la partie postérieure de la cuisse, une tumeur arrondie, fluctuante, et prenant bien manifestement son point de départ dans le muscle. Pensant avoir affaire à un kyste hydatique, il fit une ponction exploratrice qui n'amena rien. Il en pratiqua alors l'ablation, soupçonnant un sarcome, bien que la tumeur ne fût pas douloureuse. La tumeur enlevée et examinée au microscope, on vit qu'il s'agissait d'un myxome.

M. TRÉLAT, en présence d'une tumeur à caractères incertains, dit toujours que, s'il s'agit d'une tumeur ronde et dure, il faut penser à un kyste hydatique.

M. KIRMISSON a vu Billroth, à Vienne, pratiquer une néphrectomie, croyant avoir affaire à une tumeur maligne du rein, alors qu'il s'agissait d'un kyste hydatique. Une fois le kyste reconnu, le rein étant détaché de sa capsule, il fallut l'enlever.

M. QUENU présente des pièces anatomiques destinées à montrer que la névrite sciatique, chez les variqueux, est due à des varices des veines du nerf sciatique.

LECTURES

M. BRUN lit une observation de pyélo-néphrite, de néphrotomie, puis de néphrectomie (Comm. M. Périer).

Prix Gerdy. — Le sujet de concours pour le prix Gerdy (1888) est le suivant : Traitement des suppurations diffuses et enkystées du petit bassin.

La séance est levée.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

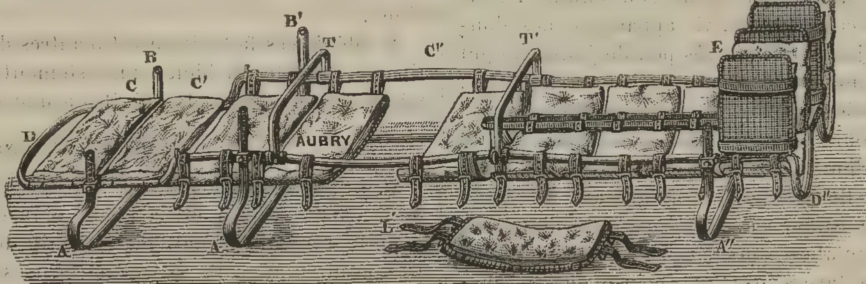
Gouttière à valves mobiles du docteur Nicaise.

Dans le traitement de certaines affections de la colonne vertébrale, du bassin, de la hanche, le chirurgien est souvent dans la nécessité d'employer la gouttière de Bonnet, afin d'immobiliser le malade.

Cet appareil présente cependant certains inconvénients; s'il y a des pansements à faire, on est obligé de soulever le malade, ce qui détermine des mouvements dans la partie lésée, et est généralement l'occasion de douleurs très vives; on peut, il est vrai, mobiliser certaines parties du fond de la gouttière, mais ces fenêtres sont généralement insuffisantes et si, pendant le traitement, il survient quelque complication, quelque escharre, il n'y aura pas à ce niveau de fenêtre pour faire un pansement. Enfin, cet appareil se salit rapidement; il est difficile à maintenir très propre; la toile qui le recouvre devrait être changée souvent, ce qui finit par devenir onéreux.

Avec la gouttière de Bonnet, il est presque impossible d'exécuter rigoureusement les pansements antiseptiques; dans les résections de la hanche par exemple.

Frappé de ces inconvénients, dans les résections de la hanche en particulier, aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte, M. le docteur Nicaise a pensé qu'il y aurait avantage à se servir d'une gouttière dont le fond, au lieu d'être fixe, serait formé de valves mobiles fixées sur un cadre solide; de cette façon, on pourrait panser le malade, en quelque point que ce soit, sans le soulever, sans le faire souffrir. M. le docteur Nicaise pria M. Aubry, un de nos meilleurs fabricants d'instruments de chirurgie, de faire une gouttière dans ces conditions.



Le fond de la gouttière est formé par des valves en treillis de fil de fer, à cadre résistant. M. Aubry apporta tous ses soins à la construction de l'appareil; après divers tâtonnements et des modifications indiquées par l'usage, on arriva à la gouttière représentée dans la figure ci-dessus.

Le cadre est supporté par trois pieds A A A, qui peuvent être allongés ou raccourcis. Ces pieds, en même temps qu'ils soulèvent l'appareil, en augmentent la solidité. En outre, sur le cadre se fixent les cerceaux mobiles I et I qui assurent encore la solidité de l'appareil.

Les plaques métalliques, plus ou moins concaves, sont fixées de chaque côté au cadre de la gouttière, par deux courroies en cuir que l'on peut allonger ou raccourcir.

Les plaques sont recouvertes par un coussin capitonné mobile, les coussins capitonnés peuvent être remplacés par des coussins en caoutchouc, que l'on remplit d'air ou d'eau. On voit en L une plaque détachée avec son coussin.

Le nombre de plaques, dont se composera la gouttière, peut varier selon les cas.

Il est inutile d'insister sur la description de la gouttière, la lecture de la figure suppléera aux détails qui peuvent manquer.

On conçoit donc qu'il est facile d'enlever une plaque sans remuer le malade, d'où une grande facilité pour faire les pansements, et tenir l'appareil dans une propreté absolue.

On n'a qu'à enlever la plaque du périnée ou celle du bassin, pour les besoins de la miction et de la défécation; il n'y a pas en effet, dans notre gouttière, d'orifice postérieur comme dans la gouttière de Bonnet. La suppression de cet orifice est un avantage, car son rebord détermine souvent, par pression, des douleurs et même des érosions de la peau.

La gouttière est supportée par des pieds qui l'élèvent un peu, au-dessus du plan du lit, d'une hauteur qu'on peut faire varier à volonté; ceci permet de se passer des appareils employés ordinairement, pour soulever les malades, poulie, moufles, grand cadre à suspension, entourant le lit, afin de permettre les fonctions journalières et les soins de propreté.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 30 janvier 1888, ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

10e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. Boiffin, médecin aide-major de deuxième classe, prosecteur à la Faculté de médecine de Paris.

12e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe.* — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Meslier, Parrical de Chammard et Cayla.

18e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de première classe.* — M. Letessier, médecin-major de deuxième classe.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Delmas, Deffis, Moreau; M. Pousson, médecin aide-major de deuxième classe, agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Balade, Méchain, Mabille, Lagrolet, Montallier, Lalesque, Muselli, Laconche, Chevallier, Lalanne, Vigen, Rouhet, Mieussens, Pédebidou, Aris, Neurisse, Lacoste, Larquier et Ressein.

Au grade de pharmacien aide-major de première classe. — M. Dexam, pharmacien aide-major de deuxième classe.

— Par décrets, en date du 2 février 1888, ont été nommés dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin en chef. — MM. les médecins en chef de la marine en retraite Aude et Rey.

Au grade de médecin principal. — MM. les médecins principaux de la marine en retraite Normand, Coste, Bonnescuelle de Lespinois, Desgranges et Barnier.

— La Société de médecine pratique, dans sa séance du 2 février 1888, a adopté, à l'unanimité, les conclusions suivantes de M. Vigier, nommé rapporteur dans la question du monopole de l'antipyrine.

« Considérant que le nom d'antipyrine, qui sert à désigner la diméthyloxyquinisine, a été employé dans les recueils scientifiques de tous les pays pendant l'année 1884, c'est-à-dire un an avant le dépôt du mot en France comme marque de fabrique;

Considérant que l'antipyrine n'a servi jusqu'ici qu'à des usages purement médicinaux et que la loi interdit en France les brevets portant sur un remède ou médicament;

Considérant, enfin, que les diverses réactions qui constituent la fabrication de la diméthyloxyquinisine sont connues depuis longtemps et appartiennent au domaine public;

Exprime l'avis que le nom d'antipyrine est usuel et sert à désigner, dans le langage médical et pharmaceutique, un médicament d'emploi journalier qui doit faire partie du droguier de toutes les officines et que les pharmaciens-droguistes ont le droit de délivrer à leurs clients, comme produit médicamenteux, la diméthyloxyquinisine, sous le nom commun d'antipyrine, quelle que puisse être l'origine du produit. »

— *Faculté des sciences de Paris.* — Le jeudi 9 février 1888, à huit heures et demie du matin, dans la salle des examens de la Sorbonne, M. Malbot soutiendra, pour obtenir le grade de docteur ès sciences physiques, une thèse ayant pour titre : Nouvelle théorie générale de la préparation des monammoniums (sels de monammoniums et monamines libres), par le procédé d'Hoffmann (série grasse et série aromatique).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 17. — JEUDI 9 FÉVRIER 1888. 61e ANNÉE. JEUDI 9 FÉVRIER 1888. — N° 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Habent sua fata libelli. Le sort des rapports a aussi ses vicissitudes. Voici un rapport dont la lecture a été accueillie par les applaudissements de l'Académie, qui semblait répondre à l'unanimité de ses sentiments et de ses vœux, sur la question qui en était l'objet. La discussion semblait en être vivement désirée. Elle vient après une longue attente. Elle est annoncée avec une certaine solennité. Les membres de l'Académie qui pourraient désirer prendre part à la discussion, sont invités à s'inscrire plusieurs semaines d'avance. Dans la dernière séance, le rapporteur est invité à donner lecture des propositions qui résument son rapport. L'ordre du jour en fixe définitivement la discussion à la séance d'hier. Personne ne s'est fait inscrire pour la discussion générale, ce que le président M. Hérard, dans un sentiment de bienveillance qui lui est naturel, interprète comme un acquiescement unanime, et un hommage rendu à la commission et à son rapporteur. Il ne restait donc qu'à passer à la délibération, et à la mise aux voix successive des trente-quatre propositions, en forme de conclusions. M. Fournier prend place à la tribune, et commence à en donner lecture une à une. Les trois premières sont adoptées haut la main; mais dès la quatrième, celle qui consiste à dire que les divers modes de provocation, énumérés dans les trois articles précédents, constituent un délit qui doit être réprimé légalement, et dans lequel l'Académie réclame une loi, définissant le délit de provocation publique et en confiant la répression à qui de droit, il s'est élevé, comme par un coup de vent, une nuée d'objections.

Dirons-nous que rien ne pouvait faire prévoir ces difficultés? Déjà en dehors de l'Académie, et en dehors du corps médical, le rapport de M. Fournier avait été, de la part d'un publiciste éminent, membre du parlement, l'objet d'une assez vive critique, portant surtout sur le fait de la compétence contestable, qu'aurait l'Académie à s'immiscer, sans y être provoquée ou invitée, dans des questions d'ordre social et de caractère administratif. Ce n'est pas nous assurément, qui contesterons jamais sa compétence et son droit d'intervention, par sa propre initiative, toutes les fois qu'il s'agit d'une question d'hygiène et de salubrité publique, en vue de sauvegarder les populations contre des dangers auxquels nul n'a le pouvoir de se soustraire. Ici la question est toute spéciale, et beaucoup plus délicate; la commission et son rapporteur l'ont si bien senti, que ce dernier, surtout, a fait les plus habiles et les plus méritoires efforts, pour justifier, dans l'espèce, son intervention. Oui assurément, il y a quelque chose à faire, des modifications à introduire dans le régime de surveillance et de répression actuellement en vigueur, mais lorsque M. Fournier vient lui-même, au nom de l'Académie, déclarer que la question réside tout entière à substituer, en matière de surveillance et de réglementation de la prostitution, le droit commun au régime du pouvoir absolu et arbitraire de la police, et que c'est là l'objet du rapport, il devait s'attendre aux difficultés et aux objections d'incompétence, qu'il rencontre au sein même de l'Académie.

HOPITAL NECKER. — M. PETER.

I. Hémorrhagies répétées, transfusions aqueuse et sanguine. — II. Gastrite. — III. Gastrite et dilatation stomacale.

I. Je voudrais, à propos d'un homme qui vient d'avoir de violentes hémorrhagies et chez lequel nous avons été, par suite de l'état anémique, dans lequel ces hémorrhagies l'avaient plongé, sur le point de pratiquer la transfusion, vous parler de cette opération. Il s'agit, en deux mots, d'un malade qui avait une hépatite, une gastrite et une splénite. Tout d'abord, nous avons fait appliquer un large vésicatoire sur la région épigastrique, et sous son influence l'intolérance de l'estomac violemment enflammé a cessé, le foie qui, par suite d'une hyperhémie considérable, mesurait 0m,195, a diminué rapidement de 5 centimètres, il est tombé à 0m,145 ; il en est de même de la rate qui avait doublé de volume et qui hier ne mesurait plus que 0m,14 et aujourd'hui 0m,13 seulement. L'organe hépatique n'est plus douloureux, l'ictère a disparu et, comme je vous le disais en commençant, les hémorrhagies auxquelles il s'était trouvé en proie ont complètement cessé. Hier j'ai fait mettre un second vésicatoire, cette fois sur la région splénique, qui était restée douloureuse; grâce à cette nouvelle application, les douleurs ont cessé également et le retrait de l'organe a continué. Bref,

rien que par la méthode des révulsions cutanées et sans avoir eu besoin de recourir à aucune médication intérieure, je suis très enclin à espérer le rétablissement de mon malade au moins jusqu'à un certain point, car, les premiers jours, je le considérais presque comme perdu. Je dis un certain point, car cet homme est un alcoolique mixte, c'est-à-dire alcoolique, à la fois, pour l'eau-de-vie, le vin et la bière, et qui a eu ce que j'appellerai une hépatite mixte.

Donc, comme je le disais en commençant, si les hémorrhagies auxquelles cet homme était en proie avaient continué, j'aurais eu recours à la transfusion. Hier, il a pris un litre de lait, du bouillon et un œuf à la coque. Je lui ai prescrit aussi ce matin les gouttes amères de Beaumé et je vais lui ordonner une alimentation de plus en plus réparatrice, les vomissements ayant complètement cessé.

Donc, cet homme eût pu mourir, succomber à une anémie profonde, quantitative et qualitative, prouvée non seulement par les pertes considérables de sang, mais aussi par l'auscultation des vaisseaux. Il avait en même temps une fièvre intense et une température de 39°8 le premier jour, 39°4 le lendemain, 40°2 le troisième jour, 39°6 le quatrième jour, tandis que ce matin, cinquième jour, la température est tombée à 37°2 avec 128 pulsations, pulsations qui sont celles de l'anémie.

La transfusion est tout autre chose que ce qu'on pense bien souvent. Un homme a perdu trois ou quatre litres de sang, plus même peut-être, une femme qui vient d'accoucher a une métrorrhagie et perd tout à coup, en quelques instants, trois litres de sang; l'un et l'autre sont sur le point de mourir dans une syncope. On transfuse à l'un ou à l'autre 250 grammes de sang ou même seulement 100 grammes et qu'est-ce que ce chiffre par rapport à la quantité perdue, et cependant cet homme et cette femme reviennent à eux, donc 100 ou 250 grammes = 3 litres. Que s'est-il donc passé? Une petite quantité de liquide a été introduite dans les veines, je dis petite, car sur les 250 grammes injectés, la moitié souvent seule est arrivée dans le vaisseau, le reste ayant pénétré dans le tissu conjonctif voisin. Le liquide injecté n'a donc pas agi quantitativement mais bien qualitativement. Il a agi en déterminant une excitation de la paroi interne des veines, sensible par les filets nerveux vaso-moteurs dépendant du grand sympathique. En somme, c'est donc par une action véritablement réflexe que la transfusion a réveillé la vie.

Cela est si vrai que, si vous injectez de l'eau au lieu de sang, vous obtenez une action presque aussi grande. Nous en avons la preuve dans les injections aqueuses faites dans les veines des cholériques, lors des dernières épidémies. En effet, les troubles sécrétoires, que présentent ces malades, les mettent dans un état très grave : or, qu'on leur injecte dans le système veineux, au lieu d'un litre d'eau, 100 ou 200 grammes seulement de ce même liquide, et le résultat est le même; la voix reprend sa sonorité, le pouls se relève. Il s'agit donc bien d'une action réflexe grâce à laquelle le plexus solaire se trouve, en pareils cas, ranimé.

Il en est de même des injections d'eau salée proposées et expérimentées par M. Hayem, si ce n'est que la présence du sel les rend peut-être un peu plus actives. Mais à Marseille, on s'est contenté d'eau pure et l'on est parvenu à ranimer un certain nombre de cholériques et à les rappeler à la vie.

La transfusion, en somme, peut donc être une opération très salutaire, non pas seulement parce qu'elle introduit dans le système circulatoire du sang vivant, mais aussi et surtout par action réflexe, en déterminant une excitation du grand sympathique, une excitation des nerfs vaso-moteurs qui animent les parois des veines.

II. Au n° 10 de notre salle des femmes, nous avons une jeune modiste, pâle, quelque peu coquette et qui, très probablement, mène, comme ses pareilles, une existence plus ou moins orageuse. Il y a trois ans, elle a fait une fausse couche, peut-être volontaire et provoquée, et depuis lors sa santé paraît avoir éprouvé d'assez nombreuses vicissitudes. Enfin, elle est entrée ces jours-ci à l'hôpital pour un mauvais état de son estomac : vomissements, troubles vagues et généraux.

Elle souffre dans les deux hypochondres; à gauche la palpation au niveau de la dixième côte gauche, le long du bord gauche du sternum, c'est-à-dire exclusivement sur le trajet du nerf phrénique, est douloureuse. De même la pression au niveau du pneumogastrique gauche est douloureuse, ainsi qu'au creux épigastrique. Ces phénomènes s'accompagnent d'inappétence et de vomissements fréquents. La malade ne peut prendre que du lait et des œufs seulement.

Mais pourquoi ces douleurs sur le trajet des nerfs voisins mais non conjoints? On comprend que le pneumogastrique soit douloureux, mais non pas le nerf phrénique, à moins qu'il s'agisse de quelque gastrite irradiée au péritoine stomacal et diaphragmatique gauche. Mais pour admettre cette propagation, il nous faut d'autres preuves, les avons-nous? Tout d'abord le thermomètre qui dans l'aisselle marque 37°2 donne au creux épigastrique 38 degrés, c'est-à-dire 2°5 de plus qu'à l'état normal qui est 35°5; et cela sans que cette malade ait de fièvre.

Cette élévation de la température ne correspond pas, par elle-même, à quelque gastralgie ou dyspepsie, mais à une gastrite, puisqu'il y a hyperthermie locale sans hyperthermie axillaire. Voilà donc pourquoi cette jeune femme vomit, pourquoi elle a de l'anorexie, un pneumogastrique et un nerf phrénique douloureux.

De là l'indication de la traiter par l'application de vésicatoires sur le creux épigastrique et par une alimentation de digestion facile.

III. Chez une autre femme, nous trouvons une température épigastrique de 36°4 avec dilatation de l'estomac par une grande quantité de gaz. Or, j'ai vu à la Charité une femme hystérique ayant un état hystérique de l'estomac, sans inflammation, sans hyperhémie ni hyperthermie, mais caractérisé par une sorte de paralysie hystérique de l'estomac. Chez elle tout traitement a échoué. Celle-là, au contraire, avec ses 36°4, a de la gastrite avec dilatation et parésie de l'estomac, accidents qui sont survenus à la suite de chagrins et d'ennuis prolongés et ont débuté par quelques troubles digestifs.

Depuis cinq ans, donc, elle se plaint de souffrir de l'estomac, elle vomit très souvent, les troubles digestifs sont devenus peu à peu permanents, enfin, depuis un an, elle a maigri considérablement.

Lorsqu'elle est arrivée dans le service, l'estomac descendait chez elle jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Elle vomissait presque tous les aliments, le lait, les œufs, surtout les liquides. Ce que voyant, j'ai résolu d'avoir recours au lavage de l'estomac qui, suivant moi, n'est pas seulement un lavage, un rinçage, mais aussi une douche intra-stomacale, c'est-à-dire l'introduction de vive force dans

l'estomac du tube de Faucher et d'un liquide qui viennent chatouiller, exciter la muqueuse stomacale. Il y a donc là d'abord une action physico-dynamique. Il y a aussi une action due à la nature et à la thermalité du liquide alcalin employé à la température de 18 à 25 degrés, tandis que celle de l'estomac est à 38 degrés; une action aussi due à la quantité de liquide introduit qui distend l'estomac, lequel revient forcément sur lui-même, dès que ledit liquide est retiré. Il y a là une sorte de massage du muscle stomacal.

Le lavage de l'estomac est donc en réalité un acte thérapeutique très complexe, toujours salutaire, si ce n'est dans certains cas d'ulcère simple de la muqueuse stomacale, où il a déterminé des hémorrhagies mortelles. Il faut donc bien se garder d'y recourir chez les malades chez lesquels on a lieu de soupçonner quelque gastrite ulcéreuse.

Chez notre malade qui avait un dégoût profond pour tous les aliments sans exception et qui vomissait presque constamment, nous avons réussi, après un lavage de l'estomac, à lui injecter un litre d'excellent lait mêlé de deux œufs. Elle l'a parfaitement gardé. Depuis lors nous avons continué lavage et injection, et elle va de mieux en mieux. C'est ainsi que, depuis cinq jours, elle ne vomit plus et nous donne l'espérance de pouvoir la guérir, ou tout au moins de rétablir les fonctions digestives et, par une bonne assimilation nutritive, de lui rendre des forces et diminuer la capacité de son estomac.

Nous complèterons le traitement par quelques révulsions (pointes de feu) sur la région épigastrique, pour faire cesser les douleurs du creux de l'estomac.

NOTE SUR L'OPÉRATION DU BEC DE LIÈVRE DOUBLE AVEC SAILLIE DE L'OS INTERMAXILLAIRE.

Par M. le docteur Terrillon, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien de l'hospice de la Salpêtrière.

Lorsque le bec de lièvre est double et en même temps compliqué d'une perforation complète de la voûte palatine, l'os incisif isolé des os maxillaires supérieurs, par une fente plus ou moins profonde, subit un déplacement considérable en avant. Ainsi dévié de sa position naturelle, il se place sur un plan antérieur à la ligne de courbure des os maxillaires. Il devient alors, à cause de sa saillie souvent très prononcée, un obstacle à la réunion des deux lèvres sur la ligne médiane.

Souvent cette saillie est peu prononcée, immédiatement après la naissance, mais elle s'accentue de plus en plus, car elle est sollicitée par les pressions que la langue de l'enfant lui imprime d'arrière en avant.

La face antérieure de l'os intermaxillaire supporte toujours un morceau de la lèvre supérieure, complètement séparé comme lui des lèvres voisines. Il est ordinairement petit, ne recouvrant qu'incomplètement l'os médian, et souvent il se trouve comme transplanté jusqu'à l'extrémité du nez; celle-ci n'est séparée de lui que par un sillon. Dans ces conditions, la cloison, qui part du lobule pour séparer les deux narines, n'existe plus.

Si nous ajoutons, à cette description, ce fait important que les bords des lèvres, correspondant aux fentes anomales, sont ordinairement courts et adhérents à la face antérieure des maxillaires, nous verrons combien la restauration d'une telle déformation est difficile et délicate.

Il est nécessaire, en effet, pour pouvoir réunir ensemble les deux lèvres latérales, de remplir plusieurs indications.

La première consiste à repousser en arrière le tubercule osseux médian, qui, par sa position trop antérieure, constitue un obstacle insurmontable à la réunion.

Il est nécessaire d'utiliser le petit lambeau médian, non seulement pour combler l'espace compris entre les deux lèvres, autant que cela est possible, mais aussi pour remplacer la cloison nasale. Si on n'utilise pas ce lambeau dans ce but, on exagère l'aplatissement de l'extrémité du nez, dont le lobule se trouve abaissé et attiré en arrière, lorsque le lambeau médian est abaissé pour être mis en rapport avec les deux lèvres; le petit lambeau doit donc être relevé, plutôt qu'abaissé.

Enfin l'accollement du bout des lèvres aux os maxillaires empêche leur mobilisation et constitue un obstacle à leur rapprochement sur la ligne médiane; il est donc nécessaire de détruire cet obstacle et de décoller la lèvre du maxillaire.

Tels sont les principaux préceptes qui doivent guider l'opérateur.

Pour arriver à ce résultat, plusieurs procédés ont été proposés; ils ont eu surtout comme but d'agir sur l'os médian qui constitue le principal obstacle.

Franco conseillait de le supprimer complètement et radicalement, préférant réunir ensemble les deux lèvres, mais sans soutien osseux postérieur.

Dupuytren semble avoir adopté aussi ce procédé défectueux.

Mais, depuis, on a essayé plusieurs moyens, non seulement pour repousser cet os intermédiaire et le remettre à sa place, mais aussi pour l'utiliser comme soutien.

Desault cherchait à le refouler lentement au moyen d'un appareil compresseur, placé en avant de lui et le repoussant d'une façon continue.

Mais ce moyen est lent, difficile à appliquer et réussit rarement, car le pédicule de l'os, qui l'unit au vomer, est souvent volumineux et résistant.

C'est alors que Gensoul eut l'idée de la saisir fortement avec une pince et de briser sa base d'implantation sur le vomer, de façon à le mobiliser et à le porter ainsi en arrière. Ce procédé est malheureusement défectueux, car la fracture de la base ne peut être limitée et peut porter sur une partie osseuse très élevée; il est dangereux, car ces fractures étendues et profondes peuvent provoquer des accidents graves.

Blandin, pour rendre la séparation de l'os intermaxillaire avec le vomer plus précise, enlevait un triangle osseux à la base du pédicule, en forme de coin, ce qui permettait sa mobilisation. Cependant l'hémorrhagie abondante produite par cette ablation osseuse, la difficulté de maintenir ces os ainsi détachés du vomer, ont fait abandonner cette pratique.

Ayant eu l'occasion d'opérer un enfant qui portait la malformation précédente à son plus haut degré, j'ai eu recours à un procédé plus simple que celui de Blandin et surtout moins grave, et qui a été employé surtout par Bardebben, et est très recommandé par Kœnig. J'ai même modifié, en quelques points, ce procédé pour le rendre plus pratique; il m'a donné dans ces conditions un excellent résultat.

Un jeune enfant, âgé de cinq mois, me fut présenté par M. le docteur de Grissac, en mai 1887.

Le bec de lièvre est double, avec fente du côté gauche, beaucoup plus étendue que la droite.

L'os incisif est reporté fortement en avant, avec une dent saillante, refoulant le nez en avant, mais sans être implanté exactement à l'extrémité de cet organe. Le lambeau cutané médian est court, arrondi, et ne recouvre que la moitié de la surface de l'os.

La voûte palatine manque des deux côtés dans toute son étendue, ainsi que le voile du palais.

L'enfant étant encore faible, malgré la facilité avec laquelle il se nourrit au biberon, je conseille d'attendre qu'il ait atteint son dixième mois, pour opérer le bec de lièvre.

Opération le 26 octobre 1887 avec l'aide de MM. les docteurs de Grissac et Villar.

L'enfant est endormi avec le chloroforme.

Au moyen d'un petit couteau du thermocautère très fin et donnant peu de chaleur rayonnante, je détache le lambeau médian cutanéo-musculaire de l'os médian qui est au-dessous de lui, jusqu'au niveau de la cloison du nez.

En même temps, je libère les deux lèvres de leur attache au maxillaire supérieur, à la base des deux ailes de la narine, de façon à pouvoir les rapprocher plus facilement de la ligne médiane.

Les premiers temps de l'opération peuvent être terminés sans perdre une goutte de sang. Relevant alors le lambeau médian détaché, je donne un coup de ciseau, d'avant en arrière, à la base du pédicule du lambeau osseux médian, mais de façon à ne couper que le tiers antérieur de cette base.

Je peux alors repousser lentement ce lambeau osseux médian, en arrière, sans provoquer de fracture, grâce à l'élasticité de la portion restante de la base. Ce morceau médian est bientôt assez refoulé en arrière pour se trouver dans l'alignement de la courbe générale des deux maxillaires; mais il reste encore assez adhérent par son pédicule osseux et par les parties molles du côté de la bouche, pour qu'on ne puisse craindre sa mortification et qu'on puisse espérer sa consolidation.

Ce deuxième temps étant terminé avec une perte de sang assez minime, je pratique les avivements nécessaires; ils portent d'abord sur les deux bords libres du lambeau cutané médian, qui se trouve transformé ainsi en un lambeau triangulaire, cruenté sur ses deux bords verticaux, mais restant adhérent par sa base. Il a la forme d'un V dont la base correspond à la cloison des fosses nasales.

Sur les bords correspondant aux deux lèvres latérales, un lambeau est taillé aux dépens des lèvres et rabattu en bas.

Avec trois longues épingles, qui traversent de part en part les deux lèvres et le lambeau médian, ces parties sont réunies et parfaitement affrontées, et le tout maintenu avec une suture entortillée sur les épingles.

Enfin un des lambeaux flottants sert à combler en partie l'encoche du bord libre des lèvres et il est fixé par deux petites sutures avec des fils de soie.

L'enfant a perdu peu de sang.

On maintient l'humidité en permanence sur les sutures, avec des morceaux de lint boriqué, imbibés d'eau boriquée. On nourrit l'enfant avec du lait donné à la cuiller.

Je pratique l'ablation des aiguilles et des fils après cinq jours et demi. Les lambeaux tiennent parfaitement, seul le petit lambeau inférieur, placé au niveau de l'encoche, s'est un peu sphacelé. Mais le résultat est parfait et surtout la lèvre supérieure nouvelle est sur le même plan que les autres. L'os médian est recouvert et parfaitement fixé. Grâce à la mobilisation du lambeau cutané médian qui a été remonté au moment du rapprochement des parties molles, le nez est peu aplati, seule, la narine gauche, qui correspondait à la fente la plus étendue, est elle-même plus large que l'autre.

L'enfant a pâli, mais se nourrit bien et est assez gai.

La restauration est aussi complète que possible.

Quant à la voûte palatine, on ne pourra songer à la restaurer que vers l'âge de huit ans, quand l'enfant aura pris assez de force pour supporter une opération aussi sérieuse. On jugera à ce moment s'il sera possible de prendre, sur les parties latérales de la voûte palatine, des lambeaux suffisants pour obtenir la restauration.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 février 1888. — Présidence de M. HÉRARD.

CORRESPONDANCE

La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre du ministre du commerce, transmettant la formule et l'échantillon d'un produit pharmaceutique (Commission des remèdes nouveaux);

2° Une lettre du ministre de l'instruction publique, transmettant une pétition du sieur Quarez, de Wallers (Nord), qui demande que l'Académie veuille bien expérimenter la méthode du docteur Langhlin (de Philadelphie) pour le traitement des maladies de poitrine (Comm. M. Cornil).

La correspondance manuscrite comprend :

1° L'envoi d'un pli cacheté de M. Collin fils (accepté);

2° Des lettres de remerciement de MM. Arloing et Abadie, récemment élus correspondants;

3° Une lettre de M. le docteur Cyr se portant candidat au titre de correspondant de l'Académie;

4° Une lettre de M. Gabriel Pouchet qui se porte candidat à la place vacante dans la section de physique et chimie médicales.

PRÉSENTATIONS

M. GAVARRET dépose sur le bureau, au nom de M. le professeur Henri Leloir (de Lille), un rapport manuscrit intitulé : « Organisation de l'enseignement de la dermatologie et de la syphiliographie dans les Universités allemandes et austro-hongroises. Étude comparative sur l'enseignement de la dermato-syphiliographie en France, en Allemagne et en Autriche-Hongrie » (Mission scientifique du ministre de l'instruction publique).

M. CHATIN (père) présente, au nom de M. L. Portes, pharmacien en chef de l'hôpital de Lourcine, une étude comparée de quelques procédés de vinification.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ présente, au nom de M. le docteur Galippe, la note suivante sur l'application du chlorure de méthyle liquéfié comme anesthésique local.

Il résulte d'une note déposée, le 27 mars 1886, sur le bureau de la Société de biologie, par M. le docteur Galippe, que le chlorure de méthyle liquéfié en solution dans l'éther ou non, appliqué à l'aide d'un pinceau, d'un petit tampon d'ouate ou d'un compte-gouttes, produit de l'anesthésie locale. Une semblable solution donne au début une température de 56 degrés centigrades et dans un milieu de 13 degrés centigrades ne revient à 0 degré qu'après deux heures et demie, même placée dans un simple verre à expériences.

On a pu, à l'aide de ce procédé, débrider le méat urinaire, ouvrir des abcès, inciser la peau, sans que les patients ressentissent aucune douleur. C'est surtout aux opérations qui se pratiquent sur la bouche et en particulier aux extractions dentaires que M. Galippe a appliqué ce procédé.

L'application du chlorure de méthyle liquéfié arrête facilement les hémorrhagies consécutives à ces opérations (extraction, ouverture d'abcès, excision de la muqueuse gingivale ou des tumeurs de la gencive).

LECTURE

M. GABRIEL POUCHET lit un travail intitulé : « Étude sur les combinaisons des phénols mono-atoniques avec le mercure et le calomel, et sur leur emploi en thérapeutique. » Ce travail devra avoir une suite.

ÉLECTIONS

L'ordre du jour appelle l'élection de deux correspondants nationaux (pour la première division).

Voici le classement des candidats :

En première ligne, M. Pitres (de Bordeaux); en seconde ligne, M. Wannebroucq (de Lille); en troisième ligne *ex æquo*, M. Leloir (de Lille) et M. Mordret (du Mans); en quatrième ligne *ex æquo*, M. Chedevergne (de Poitiers) et M. Lépine (de Lyon).

Au 1er tour de scrutin, sur 73 votants :

M. Pitres obtient. . . . . 44 voix.
M. Wannebroucq . . . . 16 —
M. Leloir. . . . . 10 —
M. Mordret. . . . . 3 —

M. Pitres est proclamé élu.

Au deuxième tour (pour la deuxième place), votants 76 :

M. Wannebroucq obtient. . . . . 43 voix.
M. Leloir. . . . . 30 —
M. Lépine. . . . . 2 —
Billet blanc 1

M. Wannebroucq est proclamé élu.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DU FURONCLE ET DE L'ANTHRAX

M. LÉON LABBÉ. Il semblerait ressortir de la méthode unique de traitement, que M. Verneuil a proposé pour l'anthrax et le furoncle, qu'il n'y ait qu'une seule espèce d'anthrax. Tous les chirurgiens savent bien cependant qu'il y a des anthrax de différentes espèces. Il y en a pour lesquels toute intervention chirurgicale est inutile. Il y en a, au contraire, qui réclament l'emploi des caustiques ou de l'instrument tranchant. Notre collègue, M. Poaillon, nous a fait connaître les succès constants qu'il a obtenus avec les caustiques. M. Richet a vu des cas d'anthrax dans lesquels,faute d'avoir eu recours au bistouri, il est survenu des désordres considérables. Dans cette forme grave d'anthrax, il est indispensable d'avoir recours à l'incision, et il faut aller quelquefois plus loin que l'incision, c'est jusqu'à l'excision de la tumeur qu'il faut aller. Quant au moyen préconisé par M. Verneuil, je suis loin d'en méconnaître l'utilité, et j'admets qu'il peut rendre encore des services, après même l'incision ou l'ablation. Mais ce contre quoi je m'élève, c'est cette sorte de tranquillité évidemment exagérée en présence d'un anthrax. Même après la communication de M. Verneuil, le bistouri ne doit pas encore être négligé.

M. VERNEUIL. Je ne demande à mes contradicteurs qu'une chose bien simple, c'est d'essayer ma méthode. Si, au bout de deux jours, vous n'obtenez aucun résultat, vous serez toujours à temps de recourir au bistouri ou au thermocautère. Je ne cesserai de dire à tous mes collègues : essayez les moyens doux avant les moyens violents.

DISCUSSION SUR LA PROPHYLAXIE PUBLIQUE DE LA SYPHILIS

M. LE PRÉSIDENT. L'ordre du jour appellerait la discussion du rapport de M. Fournier, mais personne ne s'étant inscrit pour la discussion générale, ce qui est évidemment un hommage rendu à la Commission et à son rapporteur, on va passer de suite au vote des conclusions.

M. FOURNIER lit les trois premières conclusions qui sont successivement mises aux voix et adoptées sans observations.

La quatrième conclusion, ainsi formulée : « L'Académie déclare qu'au nom de la santé publique, non moins que de la morale publique, ces divers ordres de provocation (voir le libellé des trois premières conclusions dans le numéro de jeudi dernier, 1er février), constituent un délit qui doit être réprimé légalement » donne lieu à une discussion.

M. LEGOUEST propose de modifier ainsi la proposition : dire : l'Académie estime, etc., au lieu de dire, déclare que, etc.

M. LAGNEAU est d'avis qu'il y aurait lieu, avant de mettre cette conclusion aux voix, de consulter un ou plusieurs jurisconsultes, qui diraient si, oui ou non, les faits signalés par la Commission peuvent être considérés comme un délit. Il y a très longtemps que, m'occupant de cette question, j'ai été frappé du silence de la loi sur ce point, tandis que les animaux sont beaucoup mieux protégés par la loi contre la possibilité de la transmission des maladies contagieuses. Je crois que la mesure proposée par la Commission serait très utile, mais je me demande si nous avons la compétence nécessaire pour trancher une pareille question. Je regrette qu'on ne puisse pas adjoindre à la Commission des juristes, mieux en mesure qu'aucun de nous, de nous fixer sur ce point litigieux.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ. Dans les propositions de la Commission, il y en a qui sont de nature à pouvoir être appliquées et par conséquent adoptées immédiatement; mais il y en a qui nous mettent dans la nécessité de recourir aux pouvoirs législatifs et nous devons, par conséquent, surseoir à leur vote. Il est certain que M. Fournier a raison, pour cet article-là comme pour l'article 6. Mais ces propositions sont de l'ordre de celles pour lesquelles, faute de pouvoir les voter, il y aurait lieu à prendre des mesures transitoires.

M. BROUARDEL. Nous demandons qu'on substitue, en matière de prostitution, le pouvoir législatif au pouvoir absolu et arbitraire de la police. Je suis d'accord, sur ce point, avec M. Fournier et la Commission. Mais je prévois dans l'application de la nouvelle réglementation proposée des difficultés. D'abord où commence la provocation? C'est là déjà un point de fait qui ne sera pas toujours aisé à fixer. Le tribunal va se trouver obligé de prononcer sur une question de raccrochage ; mais où trouvera-t-il des témoins? D'un autre côté, vous ne trouverez pas un tribunal qui consente à condamner une fille prise en flagrant délit de provocation à une profession immorale. Je demande le renvoi de l'article 4 à la Commission.

M. LE FORT signale les différences du système anglais et du système français sur le point en discussion. Chez nous, lorsqu'une femme se livrant à la prostitution a contaminé une ou plusieurs personnes, dès qu'elle est dénoncée, elle est aussitôt arrêtée et inscrite d'office, si elle ne l'était déjà. La voilà dès lors condamnée à une profession infamante. Lorsque j'ai eu l'occasion de m'occuper de cette question, il en était à peu près de même en Angleterre qu'en France. La surveillance de la prostitution était livrée à l'arbitraire de la police. Mais il est intervenu depuis lors en Angleterre une loi. On avait senti à Londres la nécessité de mesures nouvelles à cause du grand nombre de soldats et de marins qui étaient infectés. Vous savez quel est chez les Anglais le respect de la liberté individuelle. La loi anglaise a cherché à concilier ce respect pour la liberté individuelle avec l'intérêt de la santé publique. Lorsqu'une fille à Londres se livre à la prostitution, la loi anglaise la fait paraître devant un tribunal; la fille a le pouvoir de se défendre; c'est à la partie de prouver le délit. Si elle est condamnée, ce n'est pas à la prostitution, puisqu'elle est déjà prostituée, mais elle est mise dans l'obligation de se soumettre à une visite, et si elle est reconnue malade, elle est hospitalisée. Elle peut sortir au bout de trois mois, à moins que le médecin juge nécessaire de la retenir plus longtemps. Quand la fille est mineure, l'autorité paternelle est annulée. J'estime que le débat contradictoire devant un tribunal est une mesure applicable et préférable au régime de l'arbitraire administratif.

M. LAGNEAU. Sauf la difficulté de faire accepter par la magistrature la provocation comme un délit, je suis d'accord d'ailleurs avec M. Fournier pour signaler la provocation des élèves des lycées et des pensions; là il y a un délit réel qui tombe sous la loi, comme provocation à la débauche de mineurs. J'en dirai autant des filles de brasseries dont la plupart sont mineures. Pourquoi n'assimilerait-on pas ces dernières, comme cela se fait en Belgique et en Angleterre, aux enfants abandonnés et ne leur appliquerait-on pas les mêmes mesures? J'appuie le renvoi à la Commission.

M. FOURNIER répond à M. Dujardin-Beaumetz, relativement à la distinction qu'il a faite entre les propositions actuellement réalisables et celles qui ne le sont pas immédiatement, que la Commission ne pouvait séparer les mesures auxquelles elles se rapportent, l'Académie l'ayant chargée de faire un seul rapport et non pas deux.

A M. Brouardel, il répond que le tribunal n'aura pas à condamner. Actuellement, tout est livré au pouvoir absolu de la police; c'est elle qui fait tout en vertu d'un pouvoir discrétionnaire. Nous étions frappé depuis longtemps des abus de ce pouvoir; nous avons voulu lui substituer un tribunal régulier, une juridiction de droit commun.

J'accepte le renvoi à la Commission. Mais qu'on nous dise dans quel sens nous devrons modifier nos propositions.

M. BROUARDEL. Ma proposition est que les articles soient modifiés après discussion à laquelle seraient admis des jurisconsultes et des avocats.

M. LE FORT. Nous sommes peut-être plus d'accord au fond qu'il n'y paraît. Nous ne différons que sur un point, que cette atteinte grave faite à la liberté individuelle et à l'autorité paternelle soit jugée par les tribunaux.

M. HARDY. Ce n'est pas de délit qu'il s'agit ici, mais de contravention relevant de l'administration, tandis que le délit relève de la police correctionnelle.

M. VIDAL. Devant quel tribunal renverrez-vous?

M. FOURNIER. Nous avons dit tribunal, sans désigner lequel, par opposition aux mesures administratives.

M. VIDAL. L'Académie outrepasse sa compétence.

M. LE ROY DE MÉRICOURT. Une loi est absolument nécessaire et c'est ce que demande la Commission.

M. BROUARDEL. Le projet, tel qu'il est, n'est pas acceptable; il ne se tient pas; il faut qu'un jurisconsulte le remette sur pied.

M. LABORDE. Nous exprimons des desiderata; nous n'avons pas à entrer dans les questions juridiques. Restons donc dans notre compétence en nous bornant à exprimer des vœux.

M. LEGOUEST. Nous sommes compétents, mais seulement en matière d'hygiène.

M. LE FORT. Nous n'avons pas à réglementer article par article, bornons-nous à demander une loi.

M. BESNIER. La Commission demande une loi, M. Le Fort dit oui, M. Brouardel dit non. L'Académie doit ne se prononcer que sur les choses exécutables. C'est pour cela que je demande le renvoi.

M. BROUARDEL. Au point de vue du droit et de la possibilité d'application, je demande le renvoi.

M. LE PRÉSIDENT se lève pour mettre aux voix le renvoi à la commission des articles 4, 5, 6 et 7. Le renvoi est prononcé.

La séance est levée à 5 heures.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1887-1888.

115. M. Bosselut. Contribution à l'étude de la méningite tuberculeuse, chez les jeunes enfants âgés de moins de deux ans. — 116. M. Bouvier. Essai sur la chondrite et la périchondrite, dans la syphilis secondaire. — 117. M. Cazalis. De l'accouchement par le front.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 7 février 1888, M. Arnould, médecin principal de première classe, directeur du service de santé du 1er corps d'armée, à Lille, a été promu au grade de médecin inspecteur dans le cadre du corps de santé militaire, en remplacement de M. le médecin inspecteur Védrènes, placé dans la section de réserve. — A été maintenu dans ses fonctions actuelles, par application de la décision ministérielle du 16 octobre 1884.

— Par arrêté ministériel, en date du 30 janvier 1888, M. le docteur Febvre, médecin-adjoint à l'Asile public d'aliénés de Ville-Evrard, est nommé à l'un des emplois de médecin en chef créés dans le même établissement, par l'arrêté du 7 janvier 1888, en remplacement de M. le docteur Rey, non installé.

— Par décision ministérielle, en date du 1er février 1888, M. Licht, médecin aide-major de deuxième classe au 14e régiment de chasseurs, a été désigné pour le 8e régiment de même arme, par permutation avec M. le médecin aide-major de deuxième classe Foubert.

— Mardi soir a eu lieu, chez Marguery, sous la présidence de M. Le Roy de Méricourt, le banquet des anciens médecins et pharmaciens de la marine. Cette réunion, due à l'initiative de MM. Nicolas, Poitou-Duplessy et Riché, a été des plus cordiales. Vingt-neuf anciens camarades avaient pu se rendre à l'appel; quelques confrères s'étaient fait excuser, ne pouvant se rendre à cette première réunion.

Il a été décidé, à l'unanimité, que le prochain banquet aurait lieu le 8 mai. Tous les anciens camarades, qui ont eu l'honneur de servir dans le corps de santé de la marine, sont invités à adresser leur adhésion à M. le docteur Nicolas, 126, boulevard Péreire, Paris.

— A l'occasion des jours gras, les cours et examens de la Faculté de médecine de Paris seront suspendus le lundi 13 et le mardi 14 février 1888. Le secrétariat restera ouvert le lundi 13, et les consignations seront reçues aux heures ordinaires.

— *Hospices d'Amiens.* — Par suite du décès de M. le docteur Léger et de l'honorariat accordé à M. le docteur Herbet, les mutations suivantes viennent d'avoir lieu dans les services de l'Hôtel-Dieu :

M. le docteur Peulevé, chirurgien du service des Enfants, est nommé chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu. — M. le docteur Huber est chargé des deux services de la Maternité et des Enfants, réunis en un seul service.

Par suite de l'honorariat accordé à M. le docteur Richer, chirurgien de Saint-Charles, M. le docteur Ravin, médecin dudit hospice, a pris seul la direction du service médical et chirurgical de Saint-Charles.

— *Faculté des sciences de Dijon.* — M. Emery, professeur de botanique, est nommé doyen de la Faculté.

— M. le docteur L. Robuchon vient d'être élu conseiller d'arrondissement pour le canton de l'Yle-Dieu (Vendée).

— M. le docteur Alphonse Desmarres vient d'être élu vice-président de la Société de prévoyance mutuelle des Enfants de la Seine.

— M. le docteur Henri Martin est nommé membre du comité d'inspection et d'achats de livres près la bibliothèque d'Uzès.

— M. le docteur Bégin, bibliothécaire au département des imprimés de la Bibliothèque nationale, est admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite, et nommé bibliothécaire honoraire.

— M. le docteur Danner, médecin-adjoint au lycée de Tours, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. le docteur Charcellay, démissionnaire, et nommé médecin honoraire.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Bitot, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Bordeaux; de M. le docteur Pallé, médecin principal de première classe, en retraite, et de M. le docteur Dietz (de Munster).

— M. le docteur Valude, chef de clinique de M. le professeur Panas, commencera ses leçons d'optique physiologique, le jeudi 9 février 1888, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu, et les continuera les samedis et les jeudis suivants à la même heure.

— M. le docteur A. Voisin reprendra ses conférences cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, à l'Hospice de la Salpêtrière, le dimanche 12 février, à neuf heures et demie du matin, et les continuera les dimanches suivants, à la même heure.

— *Avis.* Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

39

COMPAGNIE LIEBIG
CAPITAL : 12 MILLIONS VERSÉS
SEUL VÉRITABLE

EXTRAIT DE VIANDE LIEBIG

Bouillon de viande debœuf concentré
GARANTI PUR

5 *médailles d'or et* 5 *grands diplômes d'honneur.*
Précieux pour ménages, malades, familles; usages nombreux pour potages et sauces.
Cet extrait ne se détériore jamais.
Exiger le *fac-simile* de la signature de l'inventeur baron Liebig, en encre bleue sur l'étiquette.
Se vend chez les principaux épiciers et pharmaciens.

55

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

S^t dép. dét. à Paris, Ph^ie Lebeault, 53, Réaumur.
ENTREPOT GÉNÉRAL : **5, rue Bourg-L'Abbé, Paris.**

33

VARICES, HÉMORRHOÏDES

HAMAMELIDINE LOGEAIS

Elle a pour *adjuvant indispensable* d^s le cas de *Varices* l'usage de compresses de **Mixture Logeais à l'Hamamelis** et dans le cas d'*Hémorrhoïdes* celui de **Bougies américaines à l'Hamamelis.**
Dépôt : Ph^ie Logeais, av. Marceau, et t^tes ph^ies.

190

LE PHOSPHATE MONO-CALCIQUE

CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.
Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.
Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.
Vin id. id. à 1 — 60.
Paris, 115, r. de Belleville, et bonnes ph^ies.

43

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

DRAGÉES DE GÉLIS & CONTÉ

AU LACTATE DE FER

Deux rapports académiques et de nombreuses expériences anciennes et récentes ont démontré leur supériorité sur tous les autres ferrugineux, et leur efficacité contre les *Pâles couleurs*, pour fortifier les *Constitutions lymphatiques* et combattre toutes les maladies qui ont pour cause l'*Appauvrissement du sang*.
Dépôt général : LABÉLONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

13

VÉRITABLES GRAINS DE SANTÉ

DU DOCTEUR FRANCK (*Codex n°* 603).
Aloès et Gomme-Gutte

Le plus commode des **Purgatifs**, très imité et contrefait.
Exiger le mot véritable sur l'étiquette, imprimée en 4 *couleurs* et sur des *boîtes bleues*.
Dépôt : Ph^ie Leroy, 2, r. Daunou, et toutes ph^ies.

110

ASTHME catarrhe, oppression, et toutes les *affections des voies respiratoires*, s^t guéris p^r les **TUBES LEVASSEUR**, O. ✻✻. Pharmacie, 23, rue de la Monnaie, Paris, et toutes les pharmacies de France. **3** *fr. franco.*

50

MALADIES DU CŒUR

Palpitations, Affections mitrales ou aortiques Anévrysmes, Hydropisies, guéris par **DRAGÉES TONICARDIAQUES LE BRUN (caféine iodoformée).** Dépôt G^ral : Ph^ie Cie F^g Montmartre, Paris.

66

PILULES DE BLANCARD

A L'IODURE FERREUX INALTÉRABLE

Approuvées par l'Académie de médecine de Paris

Employées dans **l'anémie**, la **chlorose**, la **leucorrhée**, **l'aménorrhée**, la **cachexie scrofuleuse**, la **syphilis constitutionnelle**, le **rachitisme**, etc., etc.

N. B. — Exiger toujours la signature ci-contre. Blancard

Pharmacien, 40, rue Bonaparte, Paris.

42

VICHY, PASTILLES DIGESTIVES

Fabriquées à Vichy, avec les Sels extraits des Eaux. Elles sont d'un goût agréable et sont prescrites contre les aigreurs et les digestions difficiles.

Boîtes de 1, 2 et 5 fr.

SELS DE VICHY POUR BAINS
Le rouleau pour un bain, 1 fr. 25.

SUCRE D'ORGE DE VICHY
Excellent Bonbon digestif. Boîtes de 1, 2 et 3 fr.

Exiger sur les produits ci-dessus les marques de la Compagnie.

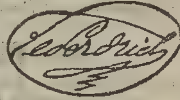
A Paris, 8, boulevard Montmartre ; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré, où se trouvent à prix réduits toutes les eaux minérales naturelles sans exception.

39

LA TOILE VÉSICANTE LE PERDRIEL

(VÉSICATOIRE ROUGE)

est connue depuis plus de soixante ans. Elle doit à une formule particulière et au soin avec lequel elle est exécutée, un succès qui ne s'est point démenti. Par la promptitude de son action (*de six à dix heures*), on évite les accidents ordinaires des vésicants. Exiger la couleur rouge et la division centésimale noire (propriété de l'auteur), ainsi que la signature.



77

PHOSPHATINE FALIÈRES

Cette préparation permet aux médecins de donner aux enfants le phosphate de chaux sous la forme d'un aliment très agréable.
Le phosphate de chaux (phosphate bi-calcique) contenu dans la **Phosphatine Falières** est d'une pureté parfaite et complètement assimilable. Son mode de préparation a été introduit dans le nouveau Codex à la suite de nos observations sur son incontestable supériorité dans la médication phosphatée.
Son emploi est indiqué chez les *enfants*, au moment du sevrage, chez les *femmes enceintes* ou *nourrices*, chez les *vieillards* et les *convalescents*.

Une cuillerée à bouche contient 25 centigr. de phosphate de chaux.
Paris, 6, avenue Victoria, et pharmacies.

58

ÉLIXIR FERRO-ERGOTÉ MANNET

L'emploi du fer associé à l'ergot de seigle est formellement indiqué dans : *la dysménorrhée des jeunes filles, incontinence d'urine, pollutions et pertes séminales* (Millet, Trousseau, Bretonneau); *dans les accidents multiples de la métrite chronique* (Gallard); *pour éviter les métrorrhagies* (Dujardin-Beaumetz). — 2, pl. Vendôme, Paris.

52

MALADIES DE POITRINE

CRÉOSOTE DE GOUDRON DE HÊTRE

Vin, Huile et Sirop } **créosotés.**
Capsules d'huile de faînes
Id. d'huile de foie de morue

Seules formules vraies des docteurs Bouchard et Gimbert. — Ph^ie H. Mayet, 9, rue St-Marc.

79

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cette farine, qui réussit très bien aux jeunes enfants, n'est autre qu'un mélange desséché dans le vide de lait de vache, de sucre et de croûte de pain, mélange ayant à peu près la composition du lait de femme.

SE TROUVE DANS TOUTES LES PHARMACIES.

46

VIN DE VIVIEN

A L'EXTRAIT DE FOIE DE MORUE.

Ce vin, agréable au goût, contient par cuillerée 0^gr,12 d'extrait, soit exactement les principes actifs de la meilleure huile. — 3 fr, 50 le flacon.
Dragées d'extrait créosoté : le flacon de 100, 3 fr. 50.
50, boulevard de Strasbourg.

47

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.
Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.
Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.
Prix du flacon : CINQ FRANCS.
Vente au détail. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.
Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la secrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.
Prix de la boîte : DEUX FRANCS.
Vente au détail : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans les principales pharmacies de France.
Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

65

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.
Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.
Prix du flacon : QUATRE FRANCS.
Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.
Vente en gros : Chez tous les droguistes.

72

PILULES SUISSES

(*Pilules de coloquinte composées*)
PURGATIVES, LAXATIVES, DÉPURATIVES
MM. les médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. Hertzog, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

74

SOLUTION PAUTAUBERGE

au chlorhydro-phosphate de chaux créosoté.
Chaque cuillerée contient 10 centigrammes de créosote et 50 centigrammes de sel de chaux; elle doit être prise dans de l'eau sucrée.
Bien tolérée par les voies digestives, cette Solution est facilement acceptée et complètement absorbée; très efficace dans les **Tuberculoses, Affections chroniques broncho-pulmonaires, Scrofules, Rachitisme.**
L. Pautauberge, 22, rue Jules-César, Paris.

59

BAIN DE PENNÈS

HYGIÉNIQUE, RECONSTITUANT, STIMULANT,
Remplace **Bains alcalins, ferrugineux, sulfureux,** surtout les **bains de mer,**
Exiger Timbre de l'État — Pharmacies. Bains.

74

LES CAPSULES DE ROUSSEAU

AU VALÉRIANATE D'AMMONIAQUE

permettent d'absorber sans répugnance ce médicament. — Chaque capsule renferme 0^gr,10 de Valérianate cristallisé. Ph^ie 54, rue de Rome, Paris.

94

PELLETIÉRINE DE TANRET

Lauréat de l'Institut.

C'est le tænifuge le plus sûr et le plus facile à prendre. Elle ne se délivre que par doses préparées pour adultes et avec le mode d'emploi.
LA PELLETIÉRINE TANRET EST ADOPTÉE PAR LA MARINE ET LES HÔPITAUX DE PARIS.
Gros : Ch. Tanret, 14, r. d'Alger, Paris.
Détail à Paris : Ph^ie, 64, r. Basse-du-Rempart.

N° 18. — SAMEDI 11 FÉVRIER 1888. 61e ANNÉE. SAMEDI 11 FÉVRIER 1888. — N° 18.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Thérapeutique utérine antiseptique.

Par M. le docteur Noël HALLÉ, interne médaille d'or des hôpitaux.

I

La gynécologie, plus peut-être que les autres branches de la chirurgie, a reçu, dans ces dernières années, une remarquable impulsion en avant. Ce développement est le résultat direct des idées actuelles sur le rôle pathogénique des germes de l'air, et de la doctrine générale de l'antisepsie.

Il suffit de rappeler les résultats obtenus partout aujourd'hui, dans les grandes opérations abdominales qui ont pour but l'ablation des néoplasmes de l'ovaire, de l'utérus et du petit bassin : la laparotomie antiseptique, ainsi appliquée, est bien la plus merveilleuse conquête de la thérapeutique chirurgicale nouvelle. Mais c'est là de la haute chirurgie, demandant une installation, une expérience et une pratique spéciales, qui restera toujours le privilège du petit nombre.

La doctrine antiseptique n'a pas été moins féconde en résultats dans la thérapeutique courante, journalière, pour ainsi dire, des maladies génitales de la femme. Le traitement des métrites, de la métrite interne chronique entre autres, est entré, sous l'influence des idées nouvelles, dans une voie rationnelle et vraiment logique. Les méthodes récemment employées contre cette affection, méthodes renouvelées plutôt que neuves, ont déjà fait leurs preuves. La condition expresse de leur innocuité est l'asepsie rigoureuse avec laquelle elles sont appliquées : le secret de leur succès est dans leur action antiseptique même. Aussi, espérons-nous être utile, en résumant ici les méthodes nouvelles du traitement de l'endométrite; c'est exposer, du même coup, les principes généraux de l'antisepsie, dans l'intervention chirurgicale sur l'utérus, par la voie vaginale.

Un rapide coup d'œil sur l'état de la thérapeutique utérine, il y a vingt ans à peine, montrera, mieux que tout argument, la légitimité et la valeur des méthodes nouvelles.

Il y a peu de temps encore, l'utérus était, pour le chirurgien, un terrain opératoire redouté, et à juste titre. Bien souvent, un simple examen de l'utérus malade, par le doigt, le spéculum, l'hystéromètre, fait sans ménagement et sans précautions, était le point de départ d'accidents locaux inflammatoires, d'accidents généraux fébriles, plus ou moins intenses, quelquefois graves, toujours gênants par les retards qu'ils apportaient au traitement. A plus forte raison, les interventions, dans l'intérieur de la cavité utérine, étaient-elles dangereuses. La dilatation du col et de la cavité du corps, par l'éponge préparée ou la laminaire, l'extirpation des polypes muqueux ou fibreux, accessibles par le vagin, étaient souvent suivies des plus sérieuses complications : frisson, fièvre, douleurs pelviennes, traduisant l'existence de lymphangites, cellulites ou phlébites péri-utérines, de pelvi-péritonites, pouvant avoir toutes les terminaisons, jusqu'à la mort par infection purulente.

Aussi, en présence d'une endométrite chronique, les praticiens, pour la plupart, usaient de ménagements, et se contentaient d'un traitement fort anodin, heureux, s'ils ne guérissaient la maladie, de n'avoir pas déterminé par le traitement quelque complication sérieuse. Quand le médecin avait, à intervalles réguliers, appliqué le spéculum, porté sur l'ulcération du col ou dans le canal cervical, avec précaution, le crayon de nitrate d'argent, placé dans le vagin des tampons imprégnés de topiques variés, ordonné des injections astringentes ou émollientes, des bains et le repos; essayé, en désespoir de cause, du traitement médical anti-diathésique et des stations hydro-minérales, il avait épuisé toutes les ressources de la thérapeutique. Des endométrites, ainsi traitées, les unes guérissaient après des semaines et des mois : c'était le petit nombre. D'autres s'amélioraient momentanément; puis, à la première relâche du traitement, reprenaient de plus belle. Un grand nombre résistaient obstinément à tous les efforts. Désespoir des praticiens sérieux, ressource pour de nombreux charlatans, la métrite interne chronique était, de l'aveu de tous, une affection toujours tenace et récidivante, souvent tout à fait rebelle, qui condamnait un grand nombre de femmes à une existence misérable.

Qu'on ne nous accuse point de charger le tableau : il suffit de se reporter à nos auteurs classiques sur le sujet, même aux plus récents, et de lire les discussions qu'a soulevées la question dans le cours de ces dernières années; partout apparaissent manifestement les dangers et l'insuffisance de la thérapeutique utérine courante.

Il y a trente ans à peine, Aran écrivait dans son chapitre

de la métrite interne chronique (1) : « C'est une chose très connue aujourd'hui de tous les praticiens, que le caractère rebelle du catarrhe utérin, et cette maladie ne justifie que trop, par la résistance qu'elle oppose au traitement le mieux dirigé et la facilité avec laquelle elle récidive, le pronostic généralement porté en ce qui la concerne. » Sans aller aussi loin que Scanzoni, qui considérait les catarrhes chroniques anciens, comme au-dessus des ressources de l'art, Aran croit la guérison possible et durable, mais à la condition d'une persévérance très grande de la part du médecin et des malades.

Et plus près de nous : « On l'a dit bien des fois, et c'est une vérité devenue aujourd'hui banale, que rien ne témoigne de notre impuissance à guérir sûrement une maladie déterminée, comme l'abondance et la variété des moyens thérapeutiques conseillés pour la combattre. Cela est vrai surtout à propos de la métrite chronique... (2) »

La conclusion est la même dans nos plus récents traités de pathologie externe : « La métrite chronique est une affection longue et rebelle, ne guérissant spontanément que dans des cas exceptionnels, amenant souvent une détérioration complète de l'état général et des principales fonctions, menaçant quelquefois l'existence par l'abondance et la répétition des métrorrhagies, et conduisant en général à la stérilité (3). »

M. le professeur Duplay va plus loin encore : « Les maladies inflammatoires de l'utérus appartiennent plus, dit-il, à la pathologie interne qu'à la chirurgie;... leur traitement chirurgical n'a qu'une importance secondaire. »

Cet abandon fait à la médecine est le meilleur aveu de l'impuissance de la thérapeutique chirurgicale classique (4).

Cette impression d'impuissance et de découragement, devant la métrite chronique, est commune chez tous ceux qui ont pu suivre, ou pratiquer eux-mêmes, pendant quelques années, les séances régulières de spéculum, en usage dans beaucoup de services hospitaliers.

II

Les idées actuellement en cours, sur l'étiologie et la nature des lésions inflammatoires, permettent de comprendre, à la fois, l'insuffisance et les dangers de l'ancienne thérapeutique utérine. Elles ont conduit les chirurgiens à la recherche de nouveaux moyens de traitement, qui, logiquement appliqués, ont déjà donné d'excellents résultats.

Les inflammations chroniques du col et du corps utérin, inflammations catarrhales et suppuratives, peuvent vraisemblablement être envisagées comme des lésions de nature septique, résultant d'inoculations directes par la voie vaginale. Si la légitimité de cette hypothèse n'est pas encore complètement établie, elle s'appuie du moins sur des présomptions sérieuses. Si on n'a pas encore isolé, cultivé et inoculé les divers micro-organismes pathogènes, qui peuvent produire sur ces muqueuses les lésions tenaces de la métrite chronique, on a du moins la certitude de leur présence dans bien des cas. Presque toujours, les produits de sécrétion qui s'écoulent du col utérin, dans les cas de catarrhe ancien, contiennent des micro-organismes abondants, bactéries ou cocci faciles à observer. Ces organismes n'existent pas dans la légère sécrétion muqueuse transparente, qu'on peut recueillir à l'orifice du col utérin normal. Leur disparition a pu être constatée, dans un certain nombre de cas, après la guérison par les méthodes nouvelles de traitement. D'ailleurs la certitude complète sur ce point de pathogénie est faite pour un des organismes infectieux, qui cause, le plus fréquemment peut-être, l'endométrite chronique, pour le coccus de la blennorrhagie. On sait combien il est fréquent de le retrouver dans les produits de sécrétion de la muqueuse utérine, sur laquelle il provoque ces lésions profondes et tenaces, qui sont la caractéristique bien connue de son action.

En l'absence même de cette certitude, les conditions étiologiques, reconnues depuis bien longtemps, qui déterminent l'apparition de la métrite chronique, plaident en faveur de sa nature infectieuse et microbienne. Laissant de côté les cas fréquents et indiscutables, où une blennorrhagie uréthro-vaginale a précédé, à plus ou moins longue échéance, l'invasion de la métrite, quelles causes trouvons-nous invoquées par tous les auteurs? Les excès de coït, pendant les règles principalement, la masturbation et surtout l'accouchement, accouchement normal et, plus souvent encore, accouchement pathologique, telles sont les circonstances qui précèdent l'apparition de la métrite interne. Le lien entre les causes et la lésion nous semble aujourd'hui facile à saisir. Ne trouve-t-on pas réunis, dans tous ces cas, l'introduction possible de germes, des lésions traumatiques, plus ou moins étendues du col ou de la cavité utérine, et souvent un terrain vascularisé, congestionné, tout prêt à recevoir et à cultiver ces germes?

Bien qu'on ne puisse encore donner la preuve scientifique de chacun des points de cette étiologie; bien qu'on ne doive rien préjuger des recherches ultérieures qu'elle demande, on ne peut s'empêcher de reconnaître combien elle est séduisante. Cette doctrine générale de l'inoculation septique est aujourd'hui bien plus satisfaisante pour l'esprit que l'influence mystérieuse des diathèses, regardée comme prépondérante par un grand nombre d'auteurs dans l'étiologie des métrites. Sans nier la part d'action de ces diathèses, il faut, croyons-nous, les reléguer au second plan, et les regarder comme des modifications de terrain, rendant plus faciles peut-être le développement et l'action de l'agent pathogène, mais qui, sans l'intervention de cet agent, sans l'inoculation septique, resteraient toujours impuissantes à créer, de toutes pièces, un catarrhe purulent et des lésions profondes de la muqueuse (1).

C'est en s'appuyant sur ces notions théoriques, que le chirurgien peut aborder le traitement de l'endométrite chronique par les procédés nouveaux. En présence de cette affection, caractérisée par le catarrhe, par l'augmentation de volume et la sensibilité du corps utérin, le plus souvent aussi par l'ulcération du col, par les douleurs et les métrorrhagies, il faut nécessairement instituer un traitement chirurgical, qui atteigne tout le mal : ce traitement devra donc porter sur toute la face interne de la cavité utérine. Attaquer seulement les lésions visibles du col et du canal cervical, comme on l'a fait si souvent, c'est s'exposer presque fatalement à l'insuccès : on laisse persister en effet,

(1) Aran. *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus et de ses annexes.* Paris 1858, p. 453.

(2) Gallard. *Leçons cliniques sur les maladies des femmes.* Paris 1873, p. 379.

(3) Bouilly. *Manuel de pathologie externe.* Paris 1886, t. IV, p. 352.

(4) S. Duplay. *Traité de pathologie externe.* Paris 1886, t. VII, fasc. III, p. 673.

(1) Doléris. De l'endométrite et de son traitement, *Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie*, février 1887, p. 91.

au-dessus du point qu'on soigne, la lésion intra-utérine, foyer septique qui sera le point de départ de la récidive. Le traitement de l'endométrite chronique sera donc total et antiseptique, pour être radical.

Mais cette nature septique de l'affection oblige, dans l'examen et la préparation des malades, à des précautions spéciales. Les cavités utérines et vaginales sont un champ opératoire infecté : on devra donc se comporter vis-à-vis d'elles comme vis-à-vis de tout autre foyer septique; c'est dire, en un mot, que le premier examen de ces malades sera aussi réservé que possible, qu'il devra être exempt de tout traumatisme. Le toucher, l'examen au spéculum et à l'hystéromètre, seront précédés d'une injection antiseptique. Le doigt et les instruments seront nettoyés soigneusement et enduits de vaseline au sublimé ou à l'iodoforme. L'examen sera limité aux manœuvres strictement nécessaires au diagnostic. Quand le chirurgien aura reconnu l'existence de l'endométrite et l'absence de complications péri-utérines contre-indiquant le traitement, il pourra dès lors passer au premier temps de celui-ci : la désinfection du champ opératoire.

III

Antisepsie vaginale. — C'est le premier acte du traitement chirurgical de la métrite. Le vagin, chez les femmes atteintes de métrite chronique, est forcément infecté : les sécrétions septiques venues de l'utérus y séjournent, et y servent de milieu de culture aux germes de l'air. Si, parmi ces derniers, il en est d'inoffensifs, il en est bien probablement aussi de pathogènes. De plus, dans bien des métrites, les blennorrhagiques entre autres, il persiste longtemps des lésions des culs-de-sac vaginaux analogues à celles de la cavité utérine. Il faut que les instruments divers, spéculum, pinces, corps dilatants qui seront appliqués sur l'utérus traversent la cavité vaginale, sans risquer de s'y contaminer; ce serait faire de mauvaise antisepsie, que de gratter une cavité utérine en laissant, dans le vagin, libre culture aux organismes pathogènes qui deviendraient, à coup sûr, le point de départ d'une réinoculation utérine, rendue plus grave encore par le traumatisme opératoire.

Cette asepsie du vagin ne peut être que bien imparfaitement obtenue par la seule pratique des injections telles qu'elles sont habituellement employées. Un ou deux lavages vaginaux, faits avec une solution faiblement antiseptique, à une température relativement peu élevée, sont insuffisants. Voici la série des moyens très simples qui nous paraissent atteindre plus sûrement le but. Des injections, répétées plusieurs fois dans les vingt-quatre heures, devront être tout d'abord prescrites : elles seront faites avec une solution de bichlorure à un demi-millième, employée chaude, c'est-à-dire à 38 ou 40 degrés. La haute température du liquide employé est importante : les liquides à cette température mouillent et nettoyent mieux, pénètrent mieux dans les anfractuosités, entraînent mieux les sécrétions adhérentes au col et aux culs-de-sac vaginaux.

Après ces injections, qui peuvent être répétées par la malade, pendant la période d'attente, souvent longue, qui précède son entrée à l'hôpital, ou seulement pendant les quelques jours avant le début du traitement, il est bon de pratiquer une fois le tamponnement antiseptique du vagin. Après une injection, le spéculum est doucement introduit. Le col et les culs-de-sac sont abstergés avec un pinceau ou de l'ouate aseptique; si du mucus adhérent reste encore au fond du vagin, il est soigneusement abstergé avec de l'ouate imbibée de sublimé à 1/1000, solution dont on peut également badigeonner le col et les parois du vagin. Puis, la cavité vaginale est remplie de tampons iodoformés. Si on ne dispose pas de tampons préparés à l'avance, il suffit d'étendre, sur les parois du vagin, de la poudre d'iodoforme à l'aide d'un pinceau, et de placer ensuite des tampons d'ouate aseptique. La gaze iodoformée peut être aussi employée. Les tampons d'ouate iodoformée de divers calibres sont ce qu'il y a de plus commode : un premier, de petit volume, est placé devant l'orifice du col, ou entre ses lèvres s'il est béant. Les culs-de-sac vaginaux sont comblés par de petits tampons mous : un ou deux, plus gros, sont placés dans le vagin. Le but à atteindre est le suivant : étendre l'iodoforme au contact de toute la surface à désinfecter, et empêcher le contact des parois vaginales malades. Le pansement ainsi pratiqué, un tampon plat d'ouate iodoformée est placé entre les lèvres, puis recouvert d'une feuille d'ouate aseptique, maintenue en place elle-même par un bandage en T. Tout cet appareil sera laissé en place pendant vingt-quatre heures au moins; puis les tampons seront graduellement retirés à l'aide des injections : seul le pansement vulvaire est maintenu d'une façon constante jusqu'à l'intervention : celle-ci suivra le plus près possible l'ablation des tampons. On le voit, deux ou trois jours suffisent amplement à ces soins préparatoires dont on ne saurait trop souligner l'importance. C'est un véritable pansement antiseptique préparatoire du vagin et du col.

Nécessaire avant la cure chirurgicale de la métrite, cette antisepsie vaginale est indispensable, au même titre, avant toute autre opération sur le vagin ou l'utérus : c'est pourquoi nous avons insisté sur les détails de son application.

IV

Traitement de l'endométrite. — Dilatation utérine lente antiseptique, grattage ou nettoyage, cautérisation et pansement de la cavité utérine : opérations plastiques sur le col, le vagin et le périnée, tels sont les moyens qui sont actuellement à la disposition du chirurgien pour combattre la métrite. Tous ne sont pas utiles dans tous les cas : souvent la dilatation suffira dans les cas légers. Le plus ordinairement elle sera suivie du grattage. Dans un nombre de cas encore assez important, la restauration du col, du vagin et du périnée, viendra rendre aux parties leur forme et leur situation physiologiques, terminer la cure et parer aux récidives.

Étaler la surface malade; la soumettre au contact continu d'un topique antiseptique, pour y détruire les germes; pratiquer l'exérèse des néoformations diverses, produits de la lésion septique ancienne : tel est en deux mots le but de la dilatation et du grattage. Comme on le voit, les moyens thérapeutiques employés par la chirurgie antiseptique dans l'intérieur de l'utérus ne diffèrent pas de ceux qu'elle met en œuvre, pour la cure de toute néoplasie infectieuse.

V

Dilatation lente antiseptique. — La dilatation de l'utérus n'est point un procédé nouveau : c'est l'emploi qu'on en fait aujourd'hui dans la cure de l'endométrite qui l'élève au rang d'une méthode thérapeutique vraiment neuve.

Hippocrate déjà conseille, dans certains cas d'affections utérines, l'introduction régulière, jusque dans la cavité de la matrice, de bâtonnets enduits de substances médicamenteuses.

Mais, chez ses successeurs et jusqu'à nos jours, la dilatation de l'utérus était restée réservée à des cas spéciaux, rares en somme. Les accoucheurs l'employaient parfois : c'était la méthode mise habituellement en œuvre contre les atrésies cicatricielles du col. Simpson en rendit l'emploi plus fréquent en indiquant l'éponge préparée comme un bon moyen de l'obtenir.

Des agents divers furent plus récemment employés pour la produire, laminaire, gentiane, tupelo. Puis, on se préoccupa, avec l'avènement de l'antisepsie, de désinfecter ces tentes dilatatrices et de les imprégner d'un agent médicamenteux antiseptique, sans leur enlever les propriétés physiques, qui les faisaient employer. Sans vouloir rechercher à qui la priorité revient dans cette série de découvertes successives, qui ont amené la dilatation utérine antiseptique à son degré de perfection actuel, rappelons seulement les noms de Sloan, de Sundorf, de Wincker, à qui reviennent l'emploi de la laminaire, du tupelo et de la gentiane; de Herff de Darmstadt, de Hegar et Kaltenbach, partisans convaincus de la thérapeutique intra-utérine. L'historique de la question a été fait en détail par Haussmann, et résumé par M. Porak, dans un récent mémoire (1). Très employée depuis ces dernières années en Allemagne, comme en font foi les nombreux articles parus dans le *Centralblatt* sur ce sujet, la dilatation utérine a été plus longue à s'acclimater en France. C'est après les travaux de Vulliet (de Genève), de MM. Doléris et Porak, chez nous, que la méthode a pris sa forme définitive.

La dilatation antiseptique lente de l'utérus peut être pratiquée par deux procédés un peu différents. Dans le premier, dilatation par les tentes aseptiques, le chirurgien introduit, dans la cavité utérine, un corps dilatable sous l'influence de l'imbibition par les sécrétions utérines. Dans le second, de petits tampons inertes sont introduits en nombre progressivement croissant dans la cavité, qu'ils dilatent graduellement.

Ces deux procédés qui poursuivent le même but, et l'atteignent en somme par le même moyen, séjour d'un corps étranger dans la cavité utérine, méritent d'être exposés et conservés ; ils nous paraissent avoir chacun leur indication.

A. *Dilatation par les tentes aseptiques*. — C'est le vieux procédé de dilatation des orifices et trajets fistuleux, par les corps végétaux dilatables, appliqué anciennement déjà à l'utérus, mais soumis récemment aux règles de l'antisepsie.

Les agents dilatants employés ne diffèrent guère de ceux dont on usait jadis : ce sont le plus ordinairement la tige de laminaire, ou l'éponge à la ficelle. On les a remplacés par le tupelo (*Nyssa aquatica*) ou la gentiane : tous ces corps végétaux prennent, par la dessiccation et la compression (éponge), un très petit volume; ils se dilatent très notablement sous l'influence de l'imbibition par l'eau et par les humeurs de l'économie. Pour les employer sans crainte de produire des accidents d'infection, il fallait trouver un procédé pour les rendre aseptiques : de plus, il était indiqué de chercher à leur incorporer quelque topique antiseptique, dont l'action sur la surface malade viendrait s'ajouter à celle de la dilatation. Ce double but a été atteint par l'emploi de l'éther iodoformé dans la préparation de ces tentes aseptiques. Ce liquide a la propriété de pénétrer profondément les tentes qu'on y plonge, sans les dilater en aucune façon. Après un séjour, même assez prolongé, dans l'éther, celles-ci gardent leur propriété de se dilater dans l'eau ou les solutions aqueuses. Herff de Darmstadt à l'étranger, MM. Doléris et Porak, en France, sont les premiers à avoir employé l'éther iodoformé. On trouvera dans le travail récent de M. Porak, cité plus haut, tous les détails sur la question, et une étude très complète de l'action des divers liquides antiseptiques sur les tentes dilatatrices. Nous nous en tiendrons à l'éther iodoformé, le plus communément employé et qui donne d'excellents résultats. Le mode d'emploi est des plus simples. Les tentes de laminaire, de tupelo, ou d'éponge, qu'on trouve préparées dans le commerce, sont tout simplement immergées dans l'éther iodoformé. Un séjour de quelques heures est suffisant avant l'emploi : elles peuvent y rester huit jours et plus, sans rien perdre de leur propriété dilatante. Au moment d'employer la laminaire, on la retire de la solution, et on la laisse un instant sécher à l'air. En quelques secondes, l'éther s'est évaporé, laissant déposer l'iodoforme sous forme d'une poudre impalpable, d'une sorte de vernis à la surface. A l'aide d'une section, on peut se rendre compte que la pénétration par l'éther et l'iodoforme a été complète. On retrouve des grains d'iodoforme, jusqu'au centre du bâtonnet.

Pour pratiquer la dilatation utérine par ce procédé, il sera bon d'avoir à sa disposition un assortiment complet de tentes de volume divers, depuis les plus fines, analogues comme diamètre à des bougies uréthrales, numéro 8 ou 10, jusqu'aux plus grosses. Les utérus malades présentent de grandes variétés, au point de vue de leur capacité et de la facilité avec laquelle on pénètre dans leur cavité. Tantôt, il faudra commencer la dilatation par les plus fines laminaires : d'autres fois, on pourra, d'emblée presque, employer l'éponge.

Quoi qu'il en soit, voici le mode d'application des tentes dilatatrices. On a fait prendre à la malade, pour la dilatation, tantôt la position génu-pectorale, tantôt la position ordinaire du spéculum. Nous avons toujours vu recourir à cette dernière, qui ne nous a paru donner lieu à aucune difficulté spéciale.

Le col est bien saisi dans le spéculum. Le cathétérisme utérin à l'aide d'un hystéromètre mou et un peu volumineux, tel que celui qu'a fait construire M. le docteur Caulet, est pratiqué tout d'abord : il indique déjà la longueur de la cavité utérine, la facilité avec laquelle on y pénètre, sa capacité, et donne les plus utiles indications sur la nature et le volume de la tente à employer. La laminaire, fine ou moyenne, est prise à l'aide d'une pince dans la solution éthérée, agitée un moment à l'air, puis portée doucement dans la cavité utérine; un peu de vaseline iodoformée facilite quelquefois l'introduction. D'autres fois, s'il existe une déviation utérine, il est bon de donner à la tige, restée légèrement flexible, une courbure correspondante. Souvent, la pénétration est un peu difficile, surtout au niveau de l'orifice du corps, et l'utérus mobile est repoussé par la tige. Il faut alors faire usage d'une pince fixatrice du col, longue et fine, à mors dentés larges. Cette pince sert à prendre et à fixer

(1) Porak, Considérations sur les tentes aseptiques et sur leur emploi dans le traitement de l'endométrite, *Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie*, juin-juillet-août 1887, p. 253 et suiv.

solidement le col. Un mors est introduit dans le canal cervical, l'autre au dehors. Une des deux lèvres est ainsi fortement saisie, et grâce à une légère traction sur la pince, l'utérus ne peut plus fuir devant l'instrument. Elle permet de diriger le col et de l'entr'ouvrir dans le sens le plus favorable. Cette fixation du col à l'aide d'une pince à griffe est importante. Dans bien des cas, elle est indispensable pour l'intervention intra-utérine. Son emploi est facile : la douleur déterminée par la prise du col avec la pince est minime, le saignement nul ou peu abondant.

La tente, de volume convenable, introduite dans la cavité utérine, avec ou sans l'aide de la pince, doit être soigneusement poussée jusqu'au fond. Trop souvent, surtout s'il existe une hypertrophie cervicale, on croira avoir atteint le fond de la cavité utérine, alors qu'on sera arrêté seulement à l'orifice interne du col : la mensuration préalable à l'aide de l'hystéromètre mou qui pénètre toujours, sauf le cas d'atrésie, permettra d'éviter cette erreur.

La tente dilatatrice est introduite tout entière dans l'utérus. Dans bien des cas, la tige, ainsi introduite, a tendance à ressortir, à être expulsée hors du col : il faudra la maintenir en place à l'aide de tampons placés sur le col, ou mieux encore, en introduisant dans le col même, à côté de la tente, quelques-uns des petits tampons de Vulliet dont nous parlerons plus loin.

La tente dilatatrice est dans l'utérus, bien maintenue en place; des tampons iodoformés sont placés dans le vagin. La malade est replacée dans son lit et garde le repos.

La dilatation, rapide pour l'éponge, est réalisée après huit ou dix heures; après quinze à vingt heures pour la laminaire. Mais les tentes peuvent être, sans inconvénient, laissées plus longtemps en place. C'est généralement après quarante-huit heures qu'on les retire pour les remplacer par de plus volumineuses, jusqu'au jour où on juge la dilatation suffisante. L'extraction est facilitée par l'anse de fil que porte la tige à son extrémité et qu'on a laissée pendre hors du col. La tente, retirée de l'utérus après ce temps de séjour, a doublé, triplé ou quadruplé de volume, suivant sa bonne qualité. Les cônes d'éponge, gros comme le petit doigt, ont atteint et dépassé le volume du pouce; les laminaires, grosses comme un crayon, ont pris le volume du doigt.

Si les tentes employées sont de bonne qualité et bien préparées, leur dilatation les a laissées régulières et cylindriques, et si l'opération a été aseptiquement conduite, elles n'ont pris aucune odeur.

Cette dilatation utérine, ainsi pratiquée, ne détermine aucun accident. Pas de réaction, pas d'élévation de température, à la condition d'une asepsie parfaite. Elle est peu douloureuse; quelques douleurs chez certaines femmes au moment de l'introduction, chez presque toutes une sensation de pesanteur ou de cuisson sourde pendant deux ou trois heures, et c'est tout.

Souvent il se produit, pendant le séjour de la tente, ou au moment de son extraction, un écoulement aqueux assez abondant, plus ou moins coloré en rose et mélangé de mucus.

Les deux agents dilatants, le plus communément employés, laminaire et éponge, ont chacun leurs indications, leurs avantages et leurs inconvénients. La laminaire, facile à obtenir en tiges très fines, sera presque toujours employée au début de la dilatation. Elle a l'inconvénient de sortir très aisément de l'utérus; si elle n'a pas été bien fixée par un tamponnement exact, ou si sa pénétration n'a pas été bien complète, elle a tendance à retomber dans le vagin pour peu que la malade se remue ou se lève. C'est un inconvénient contre lequel on peut toujours se mettre en garde.

L'éponge, dont le pouvoir dilatant est supérieur, sera substituée à la laminaire dès que la dilatation en permettra l'introduction ; elle reste bien en place, adhère même à la face interne de l'utérus, et remplit bien son but topique. Les quelques difficultés, qu'on éprouve parfois à l'extraire, sont peu de chose auprès de ses avantages.

La dilatation aseptique, ainsi pratiquée, modifie d'une façon très avantageuse et très rapide les lésions de l'endométrite chronique. La surface malade est étalée, comprimée et mise au contact de la substance antiseptique qui imprègne et pénètre la tente. On doit considérer ces agents, dit fort bien M. Doléris (1), « comme des véhicules permanents d'une substance topique antiseptique, dont ils sont imprégnés, mise et retenue au contact de la muqueuse, au fur et à mesure que cette muqueuse s'étale sous l'influence de l'ampliation de la cavité ». C'est là, en effet, l'hypothèse la plus probable sur leur mode d'action. Quoi qu'il en soit, cette action est certaine. Après quelques séances de dilatation répétées à deux jours d'intervalle pendant huit à dix jours, on voit le catarrhe utérin se modifier et diminuer. On peut constater la disparition graduelle des micro-organismes dont il était rempli avant le début du traitement. Dans les cas récents et légers, la dilatation antiseptique seule peut même suffire à la guérison complète.

Il est, en tous cas, une catégorie de métrites internes chroniques où ses effets sont merveilleux, où elle est l'indication urgente et formelle: ce sont les métrites hémorrhagiques. Toujours la dilatation, bien faite, arrête rapidement l'écoulement sanguin.

B. *Dilatation par les tampons* (2). — C'est un procédé analogue au précédent, et donnant aussi de bons résultats dans des cas déterminés. Employé par M. Vulliet dès 1883, il a été communiqué à l'Académie de médecine par son auteur en avril 1886, et a fait l'objet d'un rapport étendu de M. Charpentier. M. Vulliet a démontré et mis lui-même en pratique son procédé, à Paris, dans le courant de l'année 1886.

Il emploie de petits tampons de coton aseptique, dont le volume varie depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'une amande; ces tampons, peu serrés, munis d'un fil, sont immergés dans l'éther iodoformé à 1/10, séchés et conservés en flacon bouché. Le procédé consiste à en introduire à chaque séance, tous les deux jours, un nombre graduellement croissant dans la cavité utérine préalablement cathétérisée. C'est la méthode de dilatation par les obturations progressives, comme l'a appelée son auteur. Elle produit une bonne dilatation qu'on peut tout à l'aise pro-

(1) Doléris. De la dilatation utérine, etc.; — Des agents de dilatation considérés comme véhicules permanents des substances antiseptiques, *Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie*, janvier 1887, p. 27.

Véper. *De la dilatation artificielle de l'utérus en gynécologie*, thèse Paris 1887.

(2) Vulliet. De la dilatation de l'utérus par le procédé des obturations progressives, *Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie*, octobre 1887, p. 466.

Toussaint. *De la dilatation artificielle de l'utérus et de ses applications au traitement des affections de cet organe*, Th. Paris 1887.

longer et étendre autant qu'il sera nécessaire. A l'aide de ce procédé, on arrive à rendre la cavité utérine accessible au doigt et à l'œil. M. Vulliet y place un spéculum, il a même obtenu des photographies et des moulages d'utérus ainsi dilatés.

Mais, l'emploi des tampons iodoformés est un peu difficile. La dilatation est plus longue à obtenir par ce procédé que par les précédents. Son action sur les lésions de l'endométrite est d'ailleurs identique. Dans quelques cas particuliers, l'emploi des tampons a sur celui des tentes de réels avantages ; dans les cas, par exemple, où le cathéter et *a fortiori* la laminaire ne peuvent franchir l'orifice cervical interne, par suite d'étroitesse ou de déviation, la dilatation du col, par les tampons, triomphe assez vite de l'obstacle. Mais, dès qu'on peut introduire la laminaire ou l'éponge, pourquoi continuer à employer les tampons? A la fin du traitement, au contraire, quand la dilatation a été obtenue par les autres procédés, les tampons peuvent servir à la maintenir et à pratiquer, pendant un temps plus ou moins long, un véritable pansement de la cavité utérine. En résumé, dans l'endométrite, le procédé des tampons est pour nous un procédé d'exception réservé à quelques cas, et qui doit être employé seulement comme adjuvant du précédent, plus simple et plus facile.

Nous n'avons pas à parler ici des autres procédés de dilatation utérine rapide par les divulseurs, ou les cathéters gradués comme ceux d'Hegar; ils poursuivent un autre but et n'ont plus le mode d'action topique et antiseptique de la dilatation lente. Résumant l'action de celle-ci, on peut dire qu'elle modifie très avantageusement les lésions de la muqueuse utérine dans l'endométrite chronique; qu'elle est souveraine contre les formes hémorrhagiques; que, dans certains cas, elle peut suffire à la cure complète, par son action topique et antiseptique. C'est encore un procédé de diagnostic de grande valeur, permettant l'exploration de la cavité utérine.

Enfin, elle précède les autres modes d'intervention intra-utérine, pansements, lavages, cautérisations diverses, le grattage surtout, qui est, dans les cas rebelles, le moyen radical de traitement.

VI

Grattage de la cavité utérine. — L'idée de la méthode et son application sont françaises : c'est Récamier qui, en 1846, propose et applique le premier le grattage de la cavité utérine dans l'endométrite chronique. Il poursuivait le même but que nous atteignons aujourd'hui par cette opération : débarrasser la cavité de l'utérus des produits morbides, des fongosités produites par l'inflammation ancienne et mettre ainsi la muqueuse en état de se cicatriser. Mais pratiquer et répéter, sans précautions antiseptiques, le curetage de l'utérus, devait fatalement amener des accidents inflammatoires, des complications mortelles même, qui le firent violemment attaquer, puis proscrire avec raison.

Repris par Simon (de Heidelberg) en 1877, par Hegar, par Kaltenbach, puis par tous les partisans de la thérapeutique intra-utérine, employé sous le couvert de l'antisepsie rigoureuse, le curetage de l'utérus, l'ancien procédé de Récamier, sort de l'oubli et devient une méthode de traitement efficace et inoffensive.

Quand, après la dilatation antiseptique complète, répétée et maintenue pendant un temps suffisant, on voit persister ou se reproduire le catarrhe muco-purulent du corps et surtout les hémorrhagies, c'est au grattage qu'il faut avoir recours. En l'absence de fibromes, de polypes muqueux ou de néoformation épithéliale intra-utérine, on peut en effet admettre, presque à coup sûr alors, l'existence de fongosités de la muqueuse. Souvent même, les symptômes et les signes fournis par l'exploration de la cavité utérine sont tels, dès le début du traitement, qu'on peut d'emblée diagnostiquer l'endométrite fongueuse et poser en principe la nécessité du curetage. Malgré cela il sera nécessaire, dans tous les cas, de le faire précéder de la dilatation utérine antiseptique, qui, seule, peut le rendre facile, efficace et inoffensif.

C'est, d'ailleurs, une opération simple à pratiquer; on peut la faire sans anesthésie, mais il est préférable d'employer le chloroforme pour pouvoir agir plus à loisir et pour opérer plus complètement. L'éponge dilatatrice ou les tampons intra-utérins sont retirés ; la cavité utérine bien lavée à l'aide d'une sonde utérine spéciale ou plus simplement d'une sonde en gomme ordinaire, avec une solution antiseptique (sublimé à 1/2000 par exemple). Une des lèvres du col est saisie solidement avec la pince à griffe et l'utérus est abaissé légèrement : le spéculum court à écartement parallèle, les valves ou les écarteurs vaginaux divers servent à découvrir le col abaissé. Il est facile alors d'introduire une curette dans la cavité et de gratter soigneusement toute la surface interne de l'utérus. La curette de Récamier, longue et étroite, est généralement abandonnée ; on en a construit plusieurs modèles qui peuvent avoir leur utile emploi. La curette de Volkmann, la curette à boucle, sont peut-être les plus commodes; avec elles on est à l'abri de la perforation de l'utérus, accident opératoire qu'on a reproché aux curettes étroites. Il existe des curettes à manche tubulé auxquelles on adapte le tuyau de l'irrigateur et qui permettent de faire l'opération sous un courant de liquide antiseptique. Nous les avons vu employer par notre maître M. Richelot, et elles nous ont paru fort avantageuses. Le liquide entraîne constamment les produits du grattage et les caillots sanguins ; l'opération y gagne en facilité et en asepsie.

Le curetage ramène des débris, de véritables fongosités molles, en plus ou moins grande quantité. Il s'accompagne d'un écoulement sanguin, parfois assez abondant au début, mais qui cesse rapidement dès que l'opération se termine. On reconnaît que le grattage est suffisant quand la curette ne ramène plus de fongosités, quand on a surtout, dans l'utérus, la sensation d'un contact dur et lisse; le bruit produit par le grattage de la paroi débarrassée de ses fongosités, est assez spécial et sert aussi à guider l'opérateur.

Quand le curetage est jugé complet, un lavage intra-utérin, fait largement, entraîne les caillots et les derniers débris. La cavité utérine peut être abstergée avec de petits tampons iodoformés, et pansée de même. Le vagin soigneusement nettoyé est garni de tampons iodoformés, et une couche d'ouate maintenue sur la vulve à l'aide d'un bandage en T.

Le grattage, simplement suivi du pansement de l'utérus, peut suffire. La plupart des opérateurs conseillent d'y adjoindre l'application d'un caustique sur la surface interne de l'utérus.

On la badigeonne immédiatement avec une solution d'acide phénique à 1/30 ou 1/40 : avec la teinture d'iode ou le perchlorure de fer. C'est certainement un complément

utile du traitement, qui ne peut avoir que des avantages (1).

Les suites de l'opération, ainsi pratiquée, sont des plus simples. Pas d'hémorrhagie consécutive; peu ou point de douleur; pas d'élévation de température. Le pansement vaginal et intra-utérin est laissé trois ou quatre jours en place et enlevé avec des injections antiseptiques. Les résultats sont excellents : les hémorrhagies et le catarrhe disparaissent complètement à la suite.

Récemment M. Doléris a proposé, à la place du curetage, l'écouvillonnage de l'utérus (2). Le nettoyage de la cavité est fait après dilatation à l'aide d'un écouvillon de crin dur, qui suffit, d'après l'auteur, à entraîner les fongosités de la muqueuse. C'est un procédé certainement moins complet et moins exact que le curetage, mais qui peut rendre des services à ceux qu'effraie l'emploi de la curette et qui craignent la perforation de l'utérus. Cet écouvillonnage se pratique avec les mêmes précautions, suivant les mêmes principes, et est suivi, d'après son inventeur, des mêmes résultats que le curetage.

Les auteurs, qui recommandent l'usage du traitement chirurgical intra-utérin, dilatation et curetage, dans l'endométrite chronique ancienne, ne lui reconnaissent guère qu'une contre-indication : les affections inflammatoires des annexes. Quand, par un examen approfondi, on aura acquis la certitude qu'il n'existe aucune complication inflammatoire du côté des lymphatiques, des trompes et du péritoine, on pourra sans crainte intervenir. Si l'asepsie de l'intervention est parfaite on n'aura pas à craindre de complication inflammatoire.

VII

Restauration du col, du vagin et du périnée. — Après la guérison de l'endométrite chronique par la dilatation ou le grattage, on voit persister, chez un certain nombre de femmes, des lésions qu'il importe de traiter, si on veut que la guérison soit durable. Les déchirures étendues du col, l'éversion de la muqueuse, l'hypertrophie de ses lèvres, le prolapsus des parois vaginales et de l'utérus, sont autant de conditions pathologiques qui entretenaient la lésion utérine. On doit s'attacher à guérir ces lésions, sous peine de récidive.

C'est une véritable restauration des parties, qui leur rend leur volume, leur forme et leur situation normales. L'influence de cette réparation est très considérable; avec elle les derniers symptômes fonctionnels disparaissent : elle réalise la *restitutio ad integrum*, que le chirurgien a le devoir de chercher chez ces malades.

Nous ne pouvons qu'énoncer brièvement ces opérations : leur description précise voudrait à elle seule une longue étude; il nous suffira d'avoir indiqué leur utilité dans un bon nombre de cas.

La déchirure uni ou bilatérale du col, qui succède souvent en même temps que l'endométrite à un accouchement laborieux, a été l'objet d'études suivies de la part d'Emmet. Il a montré l'importance de cette lésion, ses relations avec le catarrhe, l'ulcération du col et la métrite, et indiqué la nécessité d'y remédier par l'intervention chirurgicale (1).

L'opération d'Emmet ou trachélorrhaphie comprend essentiellement l'avivement des lèvres de la déchirure, avivement large enlevant la partie de muqueuse malade qui les recouvre et le tissu cicatriciel : puis la suture des surfaces avivées. Elle diminue le volume du col, et lui rend sa forme physiologique. L'étendue et la forme de l'avivement, l'épaisseur des tissus à enlever, les précautions à prendre pour assurer la persistance d'un canal cervical suffisant, la disposition des sutures varient suivant les cas, avec la lésion : on trouvera dans Emmet l'étude complète de la question. De nombreuses statistiques, aujourd'hui publiées, permettent d'affirmer la valeur de cette intervention. Elle a la plus heureuse influence immédiate sur la guérison de la métrite et n'entrave pas pour l'avenir les fonctions utérines.

A côté de l'opération d'Emmet, il faut placer ici les divers procédés d'amputation partielle ou totale de la portion intra-vaginale du col, qui s'adressent à l'éversion de la muqueuse et à l'hypertrophie des lèvres. Le chirurgien sera souvent obligé d'y avoir recours s'il veut parfaire la guérison.

L'opération de Schrœder s'applique aux cas d'éversion avec dégénérescence de la muqueuse cervicale, sans hypertrophie totale du col. Cette opération, assez compliquée, difficile à exposer brièvement, et délicate à pratiquer, comprend l'excision de la muqueuse malade en éversion, et la restauration du canal cervical à l'aide de la face externe ou vaginale du col, rebroussée en dedans et maintenue en place par la suture. Nous l'avons vu pratiquer avec succès par M. Richelot.

Aux cas d'hypertrophie vraie totale du col, on devra remédier par l'amputation : excision biconique des deux lèvres, amputation par les procédés de Sims, de Hegar, de Simon. Toutes ces opérations, dont la description demanderait de longs détails, ont un caractère commun qui les distingue de l'amputation cervicale par les anciens procédés : toutes sont complétées par la suture dont l'importance est capitale pour la suite (2).

Enfin, le dernier acte du traitement chirurgical sera dans quelques cas la restauration du vagin ou du périnée : le prolapsus des parois vaginales et de l'utérus, en dehors des troubles fonctionnels qu'il cause, crée une véritable prédisposition à la métrite. Y porter remède, ce sera assurer la guérison et prévenir la récidive. Souvent donc, la colporrhaphie ou la colpopérinéorrhaphie termineront l'œuvre commencée par la dilatation utérine (3). Les indications et le manuel opératoire de ces opérations sont aujourd'hui classiques, et les résultats plastiques obtenus très satisfaisants.

VIII

Conclusions. — Si on envisage dans leur ensemble les divers procédés de traitement dont nous venons de donner la description, ou l'indication sommaire, on voit que les ressources thérapeutiques, contre les métrites anciennes et les déformations du col du vagin et du périnée qui les accompagnent si souvent, sont aujourd'hui fort nombreuses. Dans ces cas, le chirurgien antiseptique peut et doit intervenir activement. La seule question délicate et que nous n'avons pas qualité pour traiter, c'est celle des indications. Quels

(1) Hegar et Kaltenbach. *Traité de gynécologie opératoire*, traduction P. Bar. Paris 1885, p. 420.
Terrillon. Métrite hémorrhagique et curage de l'utérus, *Bulletin médical*, 3 août 1887, p. 707.

(2) Brissay, *Fragments de chirurgie et de gynécologie opératoire*. Paris 1887, p. 108.

(1) Emmet. *La pratique des maladies des femmes*. Traduction A. Ollivier. Paris 1887, p. 459.

(2) Hegar et Kaltenbach. *Loc. cit.*, p. 378.

(3) Brissay, *Loc. cit.*, p. 115.

cas sont justiciables de la dilatation utérine, quels, du curetage, quels, des opérations sur le col ? Autant de questions qu'une longue pratique de la gynécologie opératoire peut seule permettre de résoudre. Nous pouvons dire néanmoins que toute endométrite ancienne, ayant résisté aux procédés anodins du traitement, est justiciable au moins de la dilatation, et le plus souvent aussi du curetage. Ces deux interventions successives suffisent souvent à la guérison : si, après elles, persiste une lésion du col, éversion, déchirure, ulcération, hypertrophie, s'accompagnant de troubles fonctionnels, il ne faut pas hésiter à agir contre elle avec les procédés chirurgicaux : de même s'il y a prolapsus vaginal et utérin. Si les diverses étapes de ce traitement sont successivement parcourues, la durée de la cure est longue, sans aucun doute. Mais qu'est-ce qu'un traitement de six semaines à deux mois pour une maladie qui date parfois de plusieurs années et qui, abandonnée à elle-même, menace de durer toute la vie ?

Quelques chirurgiens, plus hardis, convaincus de la nécessité, dans la plupart des cas, de l'emploi de tous les moyens thérapeutiques, n'hésitent pas à abréger la durée du traitement. Après l'antisepsie préalable et la dilatation de l'utérus, ils pratiquent dans la même séance le curetage, l'opération d'Emmet ou l'amputation du col, et la colporrhaphie (Bouilly. Comm. orale). Non seulement le traitement est ainsi fort abrégé, mais la restauration simultanée de toutes ces lésions connexes et qui s'enchaînent entre elles, endométrite, lésion du col et prolapsus, assure une guérison plus sûre et plus durable.

Quant aux résultats de cette thérapeutique chirurgicale, ils sont réellement fort encourageants. Des observations et des statistiques ont été publiées déjà. Nous avons, pour notre part, vu mettre en œuvre cette année, dans le service de chirurgie de l'hôpital Bichat, par nos maîtres MM. Terrier et Richelot, les divers procédés de ce traitement, dans un nombre assez notable de métrites. Toujours l'amélioration a été rapide à la suite de la dilatation ou du curetage : souvent la guérison complète a été ainsi obtenue. D'autres fois il a fallu avoir recours aux opérations sur le col ou le vagin pour la parfaire. Nous suivons actuellement encore plusieurs malades ainsi traitées, chez lesquelles la guérison est parfaite et se maintient depuis deux ou trois mois. Les observations, qui nous ont conduit à cette étude forcément incomplète, seront d'ailleurs publiées ultérieurement dans la thèse de notre collègue et ami M. Péraire.

Très efficace, cette thérapeutique est en outre tout à fait inoffensive, mais à la condition expresse d'une antisepsie rigoureuse pendant toute la durée du traitement. Jamais nous n'avons observé d'accidents sérieux. Très rarement, les interventions ont été suivies d'une élévation passagère de température. Mais toujours alors, il a été possible de relever, de la part de l'opérateur, des aides, ou dans la préparation des instruments et objets de pansement, quelque faute contre l'antisepsie.

Nous pouvons conclure, de cette Revue rapide, que le traitement de l'endométrite chronique et des lésions qui l'accompagnent est aujourd'hui œuvre de chirurgien. Ce traitement nécessite de véritables opérations, qui ne sont inoffensives et efficaces qu'à la condition d'être pratiquées suivant toutes les règles de la méthode chirurgicale moderne, c'est-à-dire de la méthode antiseptique.

ABOUCHEMENT ANOMAL DE L'ANUS A LA VULVE

OPÉRATION, GUÉRISON.

Par M. le docteur DE LA BARRIÈRE (d'Eauze).

Une petite fille de trois mois et demi, nommée Marie Th..., habitant une commune du département du Gers, fut présentée à mon examen dans les premiers jours de décembre dernier.

Je trouvai que la petite Marie Th... ne présentait aucune apparence d'anus ; mais, qu'au niveau de la vulve, se trouvait un orifice anomal très étroit, n'admettant qu'avec difficulté l'extrémité d'une sonde de Belloc et livrant passage aux matières fécales.

Bien que jusqu'alors aucun phénomène de rétention ne se fût manifesté, je pensai qu'un orifice aussi étroit serait bientôt insuffisant, dès que les matières fécales auraient acquis une certaine consistance, et je me décidai, le 10 décembre, à pratiquer l'opération, assisté de mon confrère M. le docteur Lacombe.

L'enfant, bien enveloppé dans une couverture, fut placé sur le bord d'une table, sur un coussin, et maintenu dans la position de la taille, les cuisses fléchies et écartées.

Je pratiquai alors une incision s'étendant de l'ouverture anomale à la pointe du coccyx, en ayant soin de rester sur la ligne médiane, afin de conserver autant que possible l'intégrité du plancher musculaire du périnée. En procédant couche par couche, je pénétrai à une profondeur de deux centimètres et demi environ. M. le docteur Lacombe, introduisant alors la sonde de Belloc, par l'orifice anomal, repoussa vers l'incision la paroi postérieure du rectum ; à ce moment, je pris la sonde cannelée et j'arrivai doucement sur l'ampoule rectale.

L'isolement du rectum fut difficile, surtout au niveau de la cloison recto-vaginale, que j'avais eu soin cependant de tendre sur une bougie tenue dans le vagin. Je sectionnai alors le rectum à un centimètre et demi environ en arrière du petit orifice et je l'amenai en bas de façon à mettre en contact les bords incisés de la muqueuse avec les lèvres de la plaie.

Après un lavage à l'eau phéniquée, je réunis la peau à la muqueuse par huit points de suture au fil d'argent. La réunion par première intention s'est effectuée, sans aucune suppuration, et la sortie des matières fécales s'opère aujourd'hui naturellement et *sans incontinence*.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 février 1888. — Présidence de M. POLAILLON.

COMMUNICATIONS

Kystes hydatiques des muscles. — M. LANNELONGUE, revenant sur la communication qu'il a faite dans la dernière séance, rappelle que le principe de Denonvilliers était le suivant : Chaque fois que vous avez affaire à une tumeur dure, musculaire, pensez à un kyste hydatique. Il insistait sur ce fait qu'on ne sentait pas de fluctuation, contrairement à ce qu'a dit M. Trélat.

M. RECLUS a observé trois cas de kyste hydatique des muscles dans lesquels la fluctuation était des plus nettes. Non seulement il a constaté la fluctuation, mais encore une crépitation amidonnée, sur laquelle Gosselin avait déjà appelé l'attention, confondant à tort cette crépitation amidonnée avec le frémissement hydatique.

M. DESPRÉS a signalé une observation qui contredisait la théorie de Denonvilliers. Il a fait une thèse sur les tumeurs des muscles. Dans cette thèse, il avait rappelé un mémoire de M. Ferney sur les tumeurs hydatiques des muscles. M. Ferney avait recueilli six observations dans lesquelles on avait commis six erreurs de diagnostic. Ces tumeurs sont indolentes, n'altèrent en rien les fonctions des muscles. Quand la tumeur se développe dans le tissu cellulaire, elle est manifestement fluctuante. Elle n'est dure que quand elle est petite et encore intra-musculaire.

Dans ces cas, elle donne la sensation d'un fibrome et n'en diffère que par son évolution beaucoup moins longue.

M. LANNELONGUE n'a parlé que des tumeurs qui sont dans les muscles. La fluctuation peut aussi faire défaut quand la tumeur est très tendue par le liquide.

M. LE DENTU a vu, il y a vingt-deux ans, étant interne de M. Richet, un kyste hydatique des muscles du dos. Il y avait une fluctuation manifeste.

Des varices des nerfs, chez les variqueux. — **M. QUENU** communique un travail sur les varices des veines des nerfs, chez les vieux variqueux. Il rappelle avoir montré des pièces, à ce sujet, dans la dernière séance. Chez tous les cadavres atteints de varices profondes, M. Quenu a trouvé des varices des veines des nerfs. Ce fait avait été signalé par M. Gendrin, qui expliquait ainsi la fréquence des névralgies sciatiques chez les variqueux.

M. Quenu a ensuite porté ses recherches sur soixante-sept malades venus le consulter pour des symptômes de névralgie sciatique. Les douleurs étaient calmées par la position horizontale; or, tous ces malades étaient atteints de varices. Ils présentaient les douleurs à la pression, dans les points localisés, qui sont caractéristiques de la sciatique. Plusieurs pathologistes admettent que la névralgie sciatique, chez les variqueux, tient à des phénomènes de compression, c'est là une fausse interprétation, selon M. Quenu. En effet, les faits anatomiques qu'il a observés démontrent que c'est à ces varices des nerfs, et non à des phénomènes de compression, que sont dues les douleurs observées chez les vieux variqueux. Ces recherches ont une importance pratique; lorsqu'on découvre des varices, chez un malade atteint de douleurs sciatiques, le traitement de ces varices par un bas élastique remontant jusqu'au pli de l'aine, peut rendre les plus grands services.

M. BERGER croit très vraie l'observation de M. Quenu. Il a lui-même constaté souvent l'existence de varices chez des malades atteints de névralgie sciatique. Toutefois, il ne faudrait pas rattacher, dans tous les cas, les douleurs des variqueux à ces varices des nerfs. Il y a aussi un état particulier des muscles, qui peut donner lieu, non seulement à des douleurs, mais aussi à une certaine impotence du membre atteint.

M. Berger ne pense pas que les bas, remontant jusqu'à l'aine, soient aussi utiles que le croit M. Quenu. Ces bas s'enroulent, forment corde et gênent plutôt qu'ils ne soulagent les malades.

M. LE DENTU n'a pas rencontré aussi souvent ces varices des nerfs dont a parlé M. Quenu; il n'a pas non plus observé si fréquemment des névralgies sciatiques chez les malades atteints de varices. Par contre, il a vu très souvent des phlébites précédées ou accompagnées de double névralgie sciatique. Ces faits ne sont pas explicables par les recherches de M. Quenu.

M. TERRIER a vu bien fréquemment des varices des nerfs sur les membres atteints de varices. Il a constaté des altérations des nerfs et des troubles de la sensibilité, qu'il a attribués à ces varices des nerfs; aussi M. Terrier est-il disposé à accepter les conclusions de M. Quenu.

M. DESPRÉS fait observer que ces névralgies sciatiques coïncident souvent aussi avec des arthrites sèches du genou et de la hanche.

M. QUENU fait observer à M. Berger qu'il faut distinguer les douleurs, dont les points sont bien manifestement sur le trajet du sciatique, des douleurs qui ont pour siège les muscles eux-mêmes.

M. Quenu maintient l'utilité des bas élastiques remontant jusqu'à l'aine. Il suffit de les bien appliquer et de les bien entretenir.

Il répond à M. Le Dentu que le fait anatomique qu'il a montré ne saurait être douteux. Enfin il s'associe aux observations de M. Terrier, relatives aux troubles trophiques et aux troubles de la sensibilité constatés chez les variqueux.

Abcès paludéens. — **M. SABOYA** (de Rio-de-Janeiro), fait une communication sur une variété d'abcès froids, qu'il a observés à la suite de fièvres paludéennes, à Rio-de-Janeiro. Dans un premier cas, il s'agit d'une femme de vingt-quatre ans, qui avait été atteinte de fièvre paludéenne grave. Quelque temps après, elle présentait dans le bras une tumeur offrant tous les caractères des abcès froids. Elle en eut d'abord trois au bras gauche, puis deux au bras droit. Ces abcès furent ouverts. Elle a été ainsi atteinte de vingt-huit abcès froids consécutifs, qui furent tous ouverts, et cette malade a fini par guérir.

M. Saboya a observé un assez grand nombre de cas analogues. Il a fait examiner histologiquement le contenu de ces abcès; on y a trouvé des microbes semblables à ceux qu'on a trouvés dans la fièvre paludéenne.

Ces abcès se forment avec une grande rapidité, sans aucune réaction inflammatoire; ils sont généralement sous-cutanés, quelquefois sous-aponévrotiques. Une seule fois, M. Saboya a vu se produire de la pyohémie, dans un cas où les pansements n'avaient pas été faits selon les règles de l'antisepsie.

M. LANNELONGUE a distingué les abcès froids, qui sont tuberculeux, des autres collections purulentes froides, qui peuvent être observées sous diverses influences, en particulier sous l'influence du paludisme.

M. CHAUVEL demande à M. Saboya quel était ce microbe de la fièvre intermittente, qui est encore mal défini en France. Il ajoute que ces complications de fièvres intermittentes sont très rares, car il ne les a pas observées en Algérie, où il a vu un très grand nombre de ces fièvres.

M. SABOYA enverra des préparations à M. Chauvel; il se rappelle très nettement que ces microbes ressemblaient absolument à celui qui a été décrit par les médecins italiens, comme le microbe de la malaria.

M. MARC SÉE dit que la communication de M. Saboya est une preuve de plus à l'appui de cette opinion, que la fièvre intermittente est une maladie microbienne. Elle montre aussi qu'il y a des abcès paludéens, comme il y a des abcès tuberculeux.

PRÉSENTATIONS

Salpingite. — **M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE** présente une trompe avec un ovaire extrêmement adhérent, qu'il a extraits chez une femme atteinte d'ataxie, considérée, par M. Landrieux, comme réflexe de la tumeur qu'elle portait dans le ventre.

Il présente également deux trompes atteintes de salpingite, qu'il a extraites d'une femme qu'il croyait atteinte de grossesse extra-utérine.

Hypospadias. — **M. ANGER** présente un malade atteint d'hypospadias périnéale. L'orifice est à quelques centimètres de l'anus. Le malade est cryptorchide. Il a été opéré le 17 décembre, et guéri dix jours après.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Urologie clinique et maladie des reins (1)
par F. LABADIE-LAGRAVE.

Le livre de M. Labadie-Lagrave fait partie de la série des traités de pathologie médicale publiés par lui en collaboration avec M. le professeur G. Sée, sous le titre commun de *Médecine clinique*. Ces deux auteurs ont entrepris, on le sait, de donner, aussi rapidement que possible, une sorte de compendium médical qui doit comprendre une vingtaine de volumes.

Dans le livre de M. Labadie-Lagrave, 386 pages sont consacrées à l'anatomie et à la physiologie normales du rein, ainsi qu'à l'urologie clinique: c'est la première partie de l'ouvrage. Dans la seconde est tracée l'histoire des maladies médicales et chirurgicales des reins. On trouve en première ligne la pathologie générale des

(1) In-8° de 1178 pages. — Prix : 18 fr. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

néphrites qui compte près de deux cents pages; vient en dernier lieu la description des néphrites médicales et chirurgicales. Nous nous permettrons d'exprimer un regret, c'est que cet ouvrage n'ait pas été publié en deux volumes; il eût été rendu beaucoup plus maniable et la première partie, destinée à être consultée pour des recherches pratiques d'urologie, eût été ainsi matériellement beaucoup mieux appropriée à sa destination.

La partie consacrée à l'urologie clinique renferme à la fois un exposé de la séméiologie générale de l'urine et un manuel des recherches d'urologie qui doivent être faites de toute nécessité au lit du malade, pour ainsi dire, et de celles, plus délicates, qui peuvent être exécutées à l'aide d'un outillage relativement restreint, dans un laboratoire clinique.

D'autre part on trouvera succincte, mais précise, faite d'après les données les plus récentes, l'histoire des grands processus symptomatiques tels que la polyurie (je dirais mieux, les polyuries), l'anurie, l'albuminurie, la peptonurie, l'hématurie, l'hémoglobinurie, la glycosurie, etc.

On trouvera, à la fin de cette première partie, des tableaux synoptiques qui résument, d'une façon saisissante, les principales réactions des substances anomales le plus souvent recherchées dans l'urine; ces tableaux, très bien établis et très clairs, seront très appréciés pour les recherches cliniques.

La seconde partie débute, nous l'avons dit, par un exposé de la pathologie générale des néphrites : troubles circulatoires du rein, anémie et congestion, hémorrhagies, hydropisies, urémie, thérapeutique et étiologie générales des néphrites. A signaler particulièrement l'étude de l'urémie et le chapitre consacré à l'étiologie générale des néphrites. On y trouvera résumées et clairement exposées toutes les données scientifiques actuelles. On sait combien tout ce domaine de la pathologie a été profondément remanié sous l'influence des travaux récents: il est précieux d'avoir de tout ce mouvement un tableau à la fois complet et précis.

Le restant de l'ouvrage renferme l'histoire des néphrites, des dégénérescences du rein, y compris les néphrites ascendantes, les néphrites infectieuses chirurgicales, les tumeurs du rein, ses parasites, ses anomalies, l'hydronéphrose et la périnéphrite. Nous n'insisterons pas à leur propos. M. Labadie-Lagrave a déjà fait ailleurs une étude appréciée des maladies du rein. Celle-ci toutefois ne fait pas double emploi. Les livres vont vite du reste par le temps de production scientifique rapide et de contrôle international dans lequel nous vivons.

L'espace nous manque pour donner une véritable analyse de cet ouvrage; ce serait du reste chose difficile, étant donnée la masse énorme de matériaux qu'il renferme. Cependant, il n'est pas encombré; la division adoptée permet d'y trouver aisément le renseignement désiré. Les lecteurs sauront en apprécier à la fois l'érudition et l'esprit à la fois clinique et critique : ce sont les qualités d'un livre classique.

Albert MATHIEU.

Cours d'accouchements (1), par M. le docteur CHARLES.

Le livre d'accouchements, que vient de publier le docteur Charles, est le résumé de son enseignement à la Maternité de Liège.

A côté des conseils pratiques, fruits de vingt années d'expérience, l'étudiant trouvera dans ces deux volumes les relations des dernières conquêtes de la science obstétricale, résultant des publications les plus récentes, tant en France qu'à l'étranger.

Le premier livre s'occupe de l'anatomie du bassin et des organes génitaux, de la physiologie de la génération, de la grossesse et de l'accouchement normal. Le dernier chapitre est consacré à l'hygiène de l'enfance.

Le deuxième livre comprend la pathologie de la grossesse, de l'accouchement, de la délivrance et des suites de couches; les opérations obstétricales y sont décrites spécialement, et avec tous les détails qu'elles comportent.

(1) Deux vol. grand in-8°. — Prix : 15 francs. — Paris, J.-B. Baillière.

Partisan convaincu de l'antisepsie en obstétrique, le docteur Charles en rappelle à chaque instant les bienfaits, et réunit, en un chapitre particulier, tout ce qui a trait à cet important sujet.

Exploration des uretères chez la femme, par Mme D. SCHULTZ.

Avec un style clair et précis, Mme Schultz nous donne le résumé de toutes les connaissances actuellement acquises sur l'exploration des uretères chez la femme. Après un rapide résumé historique l'auteur rapporte à trois méthodes différentes les procédés d'exploration des uretères : la palpation, l'oblitération, le cathétérisme.

La *palpation*, vantée par Sœnger, est basée sur la situation anatomique des uretères, dans la paroi antérieure du vagin.

La *compression*, soit avec l'instrument de Tuchmann, celui de Polk ou le compresseur de Silbermann, est un procédé délicat, souvent infidèle et parfois dangereux.

Le *cathétérisme* est une méthode à la fois plus fidèle et plus probante. Avant d'en donner la discussion, l'auteur nous montre l'uretère le long de l'utérus, dans l'épaisseur de la paroi vésico-vaginale, il rappelle les dernières recherches anatomiques faites à cet égard, la distance qui sépare l'embouchure des uretères de l'urèthre, leur rapport avec les colonnes et les plis du vagin. Après avoir clairement posé le problème anatomique, l'auteur passe à l'étude des procédés de Simon, de Grunfeld, et surtout celui de Pawlik (de Vienne). Ceux qui voudraient expérimenter le cathétérisme des uretères, trouveront, réunis dans ce mémoire, tous les éléments de la question.

Estrecheces de la uretra (rétrécissements de l'urèthre), par M. le docteur Alexandro SETTIER.

L'auteur livre au public un traité complet des rétrécissements de l'urèthre. Ceux-ci y sont étudiés depuis leur étiologie, jusqu'à leur traitement et leurs complications. L'anatomie pathologique et les symptômes ne forment qu'une part relativement faible du volume, tous les soins du docteur Settier ont été consacrés à la thérapeutique, si minutieuse et si difficile, des rétrécissements. La dilatation, la divulsion, les différentes méthodes d'uréthrotomie interne, l'uréthrotomie externe y sont tour à tour étudiées dans leurs différentes méthodes et leurs indications réciproques.

L'auteur s'est inspiré de l'enseignement qu'il a puisé dans nos auteurs classiques, et chez les meilleurs chirurgiens français.

Ruptures de l'urèthre chez l'homme et leur traitement (1), par M. le docteur A. ÉTIENNE.

Après un court préambule anatomique et l'étude des causes pouvant amener une rupture de l'urèthre dans sa portion pénienne ou dans sa portion périnéale antérieure, l'auteur étudie le mécanisme de la lésion, il rappelle les expériences d'Ollier et de Poncet, et démontre avec Terrillon, que les ruptures siègent à la paroi inférieure ou à la paroi inféro-latérale, suivant que la chute à califourchon a eu lieu sur un corps volumineux ou petit. Enfin, il étudie les ruptures de la portion périnéale profonde par fracture du pubis, et passe de là à l'anatomie pathologique et aux symptômes de l'affection.

Mais c'est surtout le traitement qui a été particulièrement traité: cathétérisme, ponction de la vessie, uréthrotomie externe, toutes les méthodes y sont passées en revue. Nous recommandons tout particulièrement la lecture du chapitre où l'auteur signale les difficultés que présente la recherche du bout postérieur de l'urèthre, il étudie, parmi les différents procédés, ceux de Guyon, Gayet, Hunter, Dolbeau, Demarquay, Nélaton, etc.; il fait voir que malgré tous les soins (8 fois sur 30 — Terrillon), l'opérateur échoue quelquefois dans ses tentatives, et est obligé d'avoir recours au cathétérisme rétrograde. M. Étienne étudie alors la façon de placer la sonde dans l'urèthre, de l'y maintenir, etc., et donne là une

(1) In-8°. Prix : 2 fr. 50. — — Paris, O. Doin.

série de conseils pratiques empruntés aux meilleurs auteurs et en particulier à M. Guyon.

Après avoir envisagé le traitement d'une façon générale, l'auteur cherche à préciser quelle doit être la conduite du chirurgien dans un cas déterminé, suivant que ce cas est grave ou léger, que la rupture porte sur la portion pénienne ou périnéo-bulbaire, suivant qu'elle est partielle ou complète. M. Étienne étudie enfin la suture du périnée, dans les cas d'uréthrotomie externe, suture pratiquée par MM. Mollière et Lucas-Championnière.

Un dernier chapitre comprend l'histoire des ruptures pathologiques consécutives à un rétrécissement ou à l'obstruction du canal par un calcul.

En un mot, le travail de M. Étienne est une monographie complète sur les ruptures du canal de l'urèthre.

A. Ricard.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 7 février 1888, a été promu dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Gastinel, aide-médecin, docteur en médecine.

— Lundi matin a eu lieu, au ministère de l'intérieur, une réunion préparatoire en vue de la création d'une caisse de secours, destinée à venir en aide aux familles des médecins, victimes de leur devoir professionnel. Il a été décidé que les internes et externes des hôpitaux, régulièrement nommés, seraient assimilés aux médecins, au point de vue des secours à recevoir.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Lucas-Championnière.

Des ligatures artérielles et du traitement des anévrysmes (1).

(Leçon recueillie par M. H. Delagénière, interne du service.)

II

Ma dernière opération a été faite pour un anévrysme artério-veineux du creux poplité droit. Vous voyez ici un homme de quarante-huit ans, terrassier et encore vigoureux. En 1868, il reçoit un coup de faux qui détermine la blessure des vaisseaux poplités. Il est traité pour cette blessure pendant trois mois à l'hôpital de Commercy. En 1884, il constate la présence d'une petite tumeur située un peu au-dessus de son ancienne blessure; en outre, il avait du gonflement du mollet et un aspect violacé de la peau. Ces symptômes n'ont fait que s'accroître et le malade est venu demander une intervention. On trouve, dans le creux poplité droit, une tuméfaction mal limitée qui paraît atteindre le volume d'un œuf de poule. Cette tumeur est pulsatile, elle est le siège d'un thrill très net, elle est fluctuante et réductible. On y perçoit un souffle continu avec redoublement, enfin la compression de l'artère fémorale au-dessus fait disparaître toute espèce de battement.

Le 17 novembre, je fis à ce malade deux opérations et je lui liai son artère poplitée successivement au-dessus, puis au-dessous de la tumeur. Les suites furent plus simples encore que dans le cas précédent. Le 5 décembre la cicatrisation des deux plaies était complète et vous pouvez encore aujourd'hui constater l'excellence du résultat obtenu. Je vous fais remarquer que cette dernière observation a trait à deux ligatures, car s'il n'y a pas lieu de compter deux opérations distinctes, toujours est-il qu'il y a deux troncs artériels liés et au niveau desquels la section des vaisseaux et l'élimination auraient pu se faire.

(1) Fin. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 135.

Mes quatre observations confirment de tous points ce qu'a observé M. Lister, soit : la fermeture parfaite des vaisseaux par la ligature, pas d'élimination, conservation de la tunique externe, pas d'hémorrhagie secondaire. Aussi n'avais-je pas tort de vous dire, au commencement, qu'il s'agissait d'une véritable révolution dans le traitement des anévrysmes. L'hémorrhagie secondaire était l'ennemi principal. Autrefois j'en ai observé pour ma part les cruels résultats. Non seulement elle menaçait pour toutes les ligatures, mais elle interdisait absolument certaines ligatures au voisinage des collatérales. Les détestables résultats de la ligature de la fémorale, près de sa bifurcation, en est un des exemples les plus remarquables.

Le progrès, fait pour l'hémorrhagie, a-t-il été fait aussi pour la gangrène ? On ne peut l'affirmer, parce qu'en somme, quel que soit le procédé, l'oblitération brusque de l'artère principale d'un membre peut toujours apporter dans la circulation un changement tel que la gangrène s'ensuive. Je pense toutefois qu'elle doit être moins fréquente, et les observations semblent me donner raison. Cela peut tenir à ce que les troubles de la circulation du membre dépendent, non seulement de la fermeture de l'artère par la ligature, mais de l'œdème périphérique au foyer de la ligature, de l'irritation plus ou moins directe des veines, du gonflement de la racine du membre, tous phénomènes que l'on n'observe pas dans une ligature antiseptique correctement faite. Il n'y a pas jusqu'aux nerfs du voisinage, qui n'ont plus à subir aucun des troubles auxquels ils étaient exposés auprès d'un foyer de suppuration.

A tous ces avantages, joignez l'absence de douleur, à peine de pansements, une plaie guérie en quelques jours, et voyez ce que la ligature a dû gagner de terrain dans le traitement des maladies auxquelles elle est applicable. En effet, avant de vous indiquer exactement la manière de faire l'opération, je veux vous dire un mot des conditions dans lesquelles la ligature peut être appliquée.

Quels sont les moyens que l'on oppose généralement aux anévrysmes ? Je laisse de côté l'électrici[illegible]jections coagulantes, les introductions de corps étrangers, et j'arrive à la compression directe ou indirecte. C'est la seule méthode qui puisse être sérieusement opposée à la ligature. Elle a pour elle cette apparence de bénignité que l'on accorde à toutes les interventions où le chirurgien ne tient pas à la main une arme tranchante. Cela rassure les timides qui s'empressent de déclarer que ladite intervention est simple, facile, toujours bénigne et doit toujours être préférée.

Or, cette compression, en général très difficile à supporter, est en beaucoup de cas inapplicable. Il est toujours difficile de constituer les équipes nécessaires pour arriver à bien. Il faut des malades d'une extrême docilité. Elle est souvent très douloureuse. Pour les grandes artères, il s'en faut beaucoup qu'elle soit innocente.

Dans un travail, M. Walsham (*British medical journal*, 2 mai 1885) a dit avoir réuni en Angleterre, de 1870 à cette époque, 67 cas d'anévrysmes inguinaux. 36 avaient été traités par la compression. Dans 9 cas la compression avait été efficace ; dans 2 cas la mort avait suivi rapidement ; dans 15 cas la compression avait déterminé des conditions très fâcheuses pour la ligature qui dut être faite ensuite. Deux fois la mort suivit l'opération et parut devoir être attribuée à des accidents de la compression.

Ce n'est pas là un tableau bien flatteur. Même en admettant qu'il offre quelque exagération, il permet d'affirmer que l'on a singulièrement exagéré l'innocuité de la compression dans le traitement des anévrysmes des grosses artères.

En somme, c'est une méthode tellement infidèle que la ligature, qui se présente maintenant sous les auspices les plus favorables, redevient la grande méthode de traitement des anévrysmes.

La compression directe ou indirecte peut être employée soit comme préliminaire d'une opération sanglante, s'il y a avantage à préparer d'avance la circulation collatérale ; soit pour en essayer l'efficacité puisque, en certains cas, la compression a donné des résultats d'une extrême rapidité. Mais cette épreuve ne doit pas être prolongée; elle ne doit être ni la source de douleurs, ni l'origine d'une extrême fatigue. Il faut alors recourir aux vraies méthodes qui sont les méthodes sanglantes.

Si l'anévrysme est petit, dans une région accessible, le vrai procédé est l'extirpation. Avec la réunion par première intention, rien n'est plus simple, rien n'est plus satisfaisant. Je l'ai faite une fois, et si, dans les autres cas, je n'ai pas suivi cette pratique, c'est que j'ai été arrêté par le volume de la tumeur, par sa nature même : anévrysme diffus, anévrysme artério-veineux.

Pour toutes les poches importantes, la ligature au-dessus, ou au-dessus et au-dessous de l'anévrysme, est absolument indiquée.

Cette ligature comment la faire? Rejetons d'abord les fils de certaines substances ; le tendon suspenseur de la queue du kanguroo du docteur Girdlestone (de Melbourne) (1878), substance beaucoup trop raide et dure ; les tendons de baleine coupés en lanières, recommandés par le docteur Iskigouro, médecin japonais. Ils restent durs, tranchants, et leur résorption est problématique. Le docteur Barwells (de Londres) a proposé des lanières faites avec la tunique moyenne de l'aorte du bœuf, préparation assez difficile à faire, substance sans résistance et point propre à déterminer la constriction désirée.

Je vais plus loin, je rejette les ligatures de cordes de catgut préparées à l'acide chromique et à la glycérine que Lister avait proposées en 1880. J'ai essayé cette préparation trop dure, trop coupante, qui se résorbe très lentement. Je l'ai vue s'éliminer sur le cou d'un chien, après six semaines. Elle n'avait pas subi de modifications.

Je crois en effet qu'on demande au catgut des propriétés inutiles. La résistance absolue doit être de courte durée. Elle ne doit pas dépasser les premiers jours. Il faut au delà qu'il se fusionne avec les parois du vaisseau et de la plaie. Il faut par-dessus toutes choses qu'il ne sectionne pas l'artère et qu'il ne s'élimine pas. Or ces qualités de résistance de la corde vous les obtenez par le choix du catgut que vous préparez.

L'aptitude à l'organisation et à la résorption de la corde résulte de la préparation bien faite.

L'application de ces ligatures demande-t-elle des précautions déterminées ? Il n'y en a pas de très spéciales, cependant je rappellerai qu'aujourd'hui que les plaies sont réunies dans toute leur étendue, il n'y a aucun inconvénient à faire de grandes incisions, l'opération n'en est que plus rapide.

Il vaut mieux couper avec le bistouri jusque sur la gaine des vaisseaux qu'agir trop tôt avec la sonde cannelée. J'ai l'habitude de passer, avec l'aiguille mousse, deux fils sous l'artère. D'abord si l'un venait à casser, je n'aurais pas de manœuvre nouvelle à faire pour passer le second ; et puis, le premier fil lié, je lie le second à côté du premier.

Voici ma raison. De l'observation de moignons d'amputés, confirmée encore tout récemment par l'examen d'un moignon d'épiploon que j'ai retiré du ventre d'une ovariotomisée atteinte d'étranglement interne, il résulte pour moi que ces fils de catgut sont un centre d'organisation et doublent en quelque sorte la paroi du vaisseau. Le catgut laissé dans la plaie sert pour ainsi dire à étayer la tunique externe.

Aussi, non seulement je ne recherche pas le catgut très mince, mais je le choisis à dessein d'une certaine force et je n'hésite pas à enserrer la paroi avec deux fils au lieu d'un.

Pour la même raison, je me garde bien de couper l'artère entre deux ligatures, comme je le voyais rapporté dans une communication de M. Walsham (de Londres) qui dit avoir coupé l'iliaque externe entre deux ligatures de kanguroo.

Ce procédé, recommandé par Sédillot, avait sa raison d'être quand on redoutait l'hémorrhagie des collatérales lors de l'élimination du lien. Nous, au contraire, nous avons tout intérêt à la conservation de la tunique externe.

Dans les plaies un peu profondes, je crois qu'il faut absolument drainer. Cela enlève toute chance de tension, par conséquent toute chance de complication inflammatoire et d'élimination. Ce drainage doit être fait absolument dans une direction où il n'y ait pas de chance d'infection. Vous m'avez vu, au pli de l'aine, mettre mon drain tout à fait dans l'angle externe.

Je fais aujourd'hui bien rarement mes pansements avant le huitième ou le dixième jour, et ceux des ligatures n'ont pas été différents de ceux des autres opérations.

Je n'insisterai pas sur les précautions banales que je vais seulement vous rappeler : immobiliser un peu le membre ou, pour me servir d'une expression plus exacte, le tranquilliser en le plaçant entre des sacs de sable. Mais surtout tenir au chaud l'extrémité du membre dont l'artère principale est oblitérée. Je crois qu'il y a là une nécessité de premier ordre.

Mes opérés, quoique complètement guéris en quelques jours, ont été laissés trois et quatre semaines au repos. Je ne voulais pas exposer d'énormes poches anévrysmales à quelque irritation directe.

SYPHILIS, ARTÉRIO-SCLÉROSE GÉNÉRALISÉE

HYPERTROPHIE DU CŒUR; BRUIT DE GALOP SOUFFLÉ; DILATATION DE LA CROSSE DE L'AORTE, INSUFFISANCE AORTIQUE; ANÉVRYSME DE LA SOUS-CLAVIÈRE DROITE; POULS PARADOXAL DU MÊME CÔTÉ; COMPRESSION DU PLEXUS BRACHIAL; PÉRI-ARTHRALGIE SCAPULAIRE; PANARIS NERVEUX.

Par M. le docteur Albert MATHIEU,
Ancien chef de clinique médicale de la Faculté.

La crainte d'allonger, d'une façon immodérée, un titre déjà trop long, m'a fait abréger ce sommaire. On verra qu'en réalité, les phénomènes étaient, chez le malade de cette observation, plus complexes encore. Ils sont un bel exemple de la multiplicité des désordres que peut amener l'artérite généralisée.

Pris isolément, ces phénomènes pathologiques sont plus curieux encore, et, à bien des points de vue, très instructifs.

Voici d'abord l'observation clinique résumée :

Le nommé P..., âgé de quarante-cinq ans, employé de bureau, a été atteint à l'âge de vingt ans d'un chancre de la lèvre inférieure ; ce chancre a été suivi du développement de plaques muqueuses dans la bouche, de croûtes dans les cheveux : il est donc certain qu'il a été atteint de syphilis. Du reste, actuellement encore, on constate l'existence d'une syphilide pigmentaire qui se présente dans des conditions assez particulières. Elle se montre sur le cou sous forme d'une vaste nappe jaunâtre, un peu fauve, parsemée de petites taches blanches non déprimées. Arrivée à la partie supérieure des épaules, cette tache s'atténue et s'efface, se terminant par un bord irrégulier, indécis. Cette disposition topographique est ordinaire. Ce qui l'est moins, c'est de constater que cette tache vitiligoïde existe également à la région temporale des deux côtés, plus marquée à droite et sur le devant du front, immédiatement au-dessous de la racine des cheveux.

Il y a cinq ans, P... a présenté une bronchite rebelle qui a duré pendant plusieurs mois ; le médecin qui le soignait a déclaré qu'il avait une lésion du cœur; pour sa part, il ne s'était aperçu de rien ; il n'avait encore ni palpitations, ni étouffements. L'année d'après, il y a quatre ans, il commença à éprouver des accès de palpitation, des crises d'étouffement, et parfois une douleur à la région précordiale qui retentissait vers l'épaule gauche.

C'est pour ces mêmes accidents, qui étaient allés en s'accentuant, que je l'ai examiné et soigné pour la première fois, il y a deux ans et demi. Les accès d'étouffement, de faux asthme cardiaque, constituaient alors le phénomène le plus accusé, celui contre lequel le malade venait demander secours. De temps à autre des crises douloureuses rappelant l'angine de poitrine, mais d'une intensité assez faible. Il existait cependant un retentissement assez net vers l'épaule gauche. De temps à autre encore un peu d'étourdissement, de trouble de la vue.

Le malade est un homme fort, trapu, fortement charpenté ; mais la face est pâle. Le pouls est bondissant, visible et présente tous les caractères du pouls de Corrigan. Je ne suis donc nullement étonné en auscultant le cœur de trouver au foyer aortique un souffle diastolique très net, caractéristique d'une insuffisance aortique. Le cœur est très hypertrophié, il y a de la voussure précordiale, la pointe bat en dehors du mamelon, au niveau de la sixième côte. A droite de la poignée du sternum, à la partie interne du second et du premier espace intercostal, on trouve de la submatité dans une étendue d'un travers de doigt environ. A ce niveau on perçoit une pulsation systolique et une sorte de thrill, à l'auscultation un souffle systolique assez rude, et le souffle diastolique qui se perçoit cependant plus nettement à partir de l'extrémité interne de la troisième côte, en arrière de la partie moyenne du sternum.

Les artères sont dures, non pas athéromateuses, mais demi-rigides et sinueuses. Les temporales dessinent sous la peau des sinuosités saillantes, animées de légères pulsations.

Les urines sont abondantes ; il existe un nuage albumineux. Du reste pas de signe d'asystolie : pas d'œdème des membres inférieurs, pas de tuméfaction douloureuse du foie, pas de congestion des bases pulmonaires, mais seulement un peu de bronchite généralisée, caractérisée par des râles sibilants et ronflants.

Mon diagnostic est alors : artérite généralisée, peut-être d'origine syphilitique, néphrite interstitielle, hypertrophie du cœur, artérite et dilatation de la crosse de l'aorte, insuffisance aortique.

Dès cette époque, je soumets le malade à l'usage continu de l'iodure de potassium.

Au bout de cinq ou six mois environ, P... attire mon attention sur les douleurs vives et lancinantes qu'il éprouve dans l'épaule droite et dans le cou du même côté. En portant mon examen vers cette région, je suis frappé de l'existence d'une saillie pulsatile située immédiatement au-dessous de la partie externe du tiers moyen de la clavicule. Là, il existe une sorte de soulèvement à limites atténuées, soulèvement que l'on perçoit bien surtout en se plaçant obliquement ainsi que Stokes conseille de le faire pour le diagnostic des anévrysmes de la crosse de l'aorte. Par la palpation on constate une pulsation systolique très intense, avec un thrill bien caractérisé. Cette sensation est moins nette quand on se porte en dedans de cette région. Le soulèvement fusiforme existe sur une longueur de trois à quatre centimètres.

Un diagnostic supplémentaire s'impose ; il s'agit d'une dilatation anévrysmale de l'origine de la sous-clavière droite. Il est difficile de dire si le tronc brachio-céphalique est ou non intéressé. Cependant le soulèvement et le thrill ne sont nets qu'en dehors du point où se trouve le tronc brachio-céphalique, et d'autre part il n'y a jamais eu de phénomène de paralysie des cordes vocales. Il semble donc que le récurrent droit qui contourne le tronc brachio-céphalique ne se trouve pas intéressé.

Il n'en est pas de même du plexus brachial. Les douleurs accusées dans l'épaule, le bras et le cou, s'expliquent bien par le fait d'une compression du plexus au moment où les troncs nerveux, qui le constituent, entourent l'artère sous-clavière à sa partie moyenne.

Le malade éprouve des élancements surtout dans le moignon de l'épaule. Les mouvements de cette articulation sont douloureux. Par l'exploration on constate un certain degré d'atrophie du deltoïde. Il n'y a pas d'atrophie évidente des autres muscles du bras ni de l'avant-bras. Ce qu'il y a de plus accusé, ce sont les douleurs vives qui existent dans le moignon de l'épaule, douleurs exagérées encore par les mouvements volontaires ou communiqués. La gêne des mouvements est à peu près celle que l'on peut constater dans un rhumatisme subaigu de l'articulation scapulo-humérale. Si l'on en vient à un examen méthodique de la région, on arrive à se convaincre qu'il existe un certain nombre de points douloureux maxima, les uns siégeant sur le trajet des nerfs, les autres surtout au niveau de certaines attaches musculaires.

On provoque une douleur assez vive vers l'angle interne du triangle sus-claviculaire, en arrière du chef postéro-externe du muscle sterno-cléido-mastoïdien. La douleur retentit vers la face interne du bras. Ce point douloureux correspond sans doute aux troncs nerveux du plexus brachial : il correspond assez exactement à ce qu'on appelle le point d'Erb. (Ce point, on le sait, est ainsi dénommé, parce que cet auteur a démontré qu'en plaçant à ce niveau le pôle actif dans l'électrisation galvanique, on déterminait la contraction simultanée d'un groupe musculaire qui renferme surtout le deltoïde, le biceps, le brachial antérieur, le long supinateur.) On provoque également de la douleur par la pression en arrière du biceps, sur le trajet des nerfs médian et radial. Au pourtour immédiat de l'articulation, on peut déterminer l'existence de points douloureux maxima surtout au niveau des faisceaux fibreux d'attache musculaire : au-devant et un peu au-dessous de l'apophyse coracoïde, à l'attache infé-

rieure du deltoïde et un peu au-dessus de cette attache. La douleur au niveau du V deltoïdien est très marquée.

Par l'auscultation des poumons, on constate l'existence de râles sibilants et ronflants, peu abondants, et de quelques râles muqueux vers les bases.

A partir de ce moment, les mêmes phénomènes ont persisté ; de plus, on a pu constater un gonflement œdémateux assez prononcé de la main, gonflement marqué surtout sur la face dorsale qui est notablement tuméfiée, sans cyanose.

Vers la fin de l'année 1886, le malade accusa dans les deux derniers doigts de la main droite, mais surtout dans l'annulaire, de vifs élancements localisés surtout vers la pulpe du doigt et au pourtour de l'ongle. Au bout de quelques jours, on put constater de la tuméfaction de la pulpe digitale, avec une légère coloration violacée. L'aspect était assez analogue à celui d'un panaris. Les choses persistèrent ainsi pendant une dizaine de jours, puis l'épiderme corné commença à se détacher au pourtour de la matrice unguéale, et finalement l'exfoliation s'étendit à tout le pourtour du doigt. La pulpe tout entière fut ainsi dépouillée de sa couche épidermique cornée. Mêmes phénomènes, moins accentués, du côté du pouce. Déjà, dès cette époque, il existait, dans les extrémités des doigts, une sensation très pénible de brûlure. Cette sensation a persisté depuis ; elle se reproduit par accès. Il n'y a plus jamais eu rien rappelant le panaris nerveux.

A la même époque, il se fit, à plusieurs reprises, de petites hémorrhagies sous-cutanées sur le dos de la main droite. Chaque fois ces petites taches purpuriques avaient été précédées par des douleurs assez vives à ce niveau. On peut se demander s'il ne s'agissait pas de petites embolies capillaires, constituées par des fragments de fibrine venus de la dilatation de la sous-clavière.

Au commencement de 1887, on observa une crise d'asystolie bien caractérisée : tuméfaction douloureuse du foie, congestion de la base des poumons, œdème des extrémités inférieures, coloration violacée des lèvres, dyspnée assez accentuée, diminution de la diurèse, irrégularité des battements du cœur, diminution de l'intensité des pulsations artérielles. Cette crise céda facilement à la digitale, et au régime lacté complet.

Depuis près de deux ans, le malade est soumis, avec quelques repos, à l'usage constant de l'iodure de potassium à la dose moyenne de trois grammes par jour. Il supporte assez bien l'emploi prolongé de ce médicament.

Voici quels sont les résultats de l'examen pratiqué en décembre 1887.

Le teint est pâle ; il existe, sur la face, quelques pustules disséminées d'acné iodique. Sur le cou, les régions temporales et le front, on constate toujours une syphilide pigmentaire des mieux caractérisées.

Il y a un peu d'œdème pâle des jambes ; cet œdème augmente le soir pour disparaître pendant la nuit. La dyspnée est assez marquée. Les battements des carotides sont visibles des deux côtés ; il en est de même du pouls radial qui présente, de la façon la plus accentuée, les caractères du pouls de Corrigan.

A l'examen du *cœur*, on constate toujours la même hypertrophie, la même submatité au niveau de la crosse de l'aorte. A l'auscultation, on perçoit à la base un souffle systolique assez rude, qui se poursuit en suivant la direction de la crosse de l'aorte. Vers la pointe, en dedans, un bruit de galop manifeste. A plusieurs reprises, et tout récemment encore, le second des deux premiers bruits m'a paru soufflant : il y avait donc alors un bruit de galop constitué par un bruit présystolique surajouté et un souffle systolique, puis par le second bruit, dans lequel on retrouvait, atténué, le souffle aspiratif si net au foyer aortique et en arrière de la partie moyenne du sternum. Les choses sont donc assez complexes, mais faciles en somme à déterminer en tant que symptômes d'auscultation.

A l'*auscultation des poumons*, des râles sibilants et ronflants disséminés, peu intenses, et vers la base des deux côtés, des bouffées de râles sous-crépitants à grosses bulles.

Le foie, qui déborde légèrement le rebord des fausses côtes, est un peu douloureux à la pression.

Il y a donc un certain degré d'asystolie.

Les pulsations perçues au-dessous de la clavicule droite sont moins visibles, la saillie est un peu moins nette. Le thrill est toujours très accentué. Par l'auscultation, un souffle systolique râpeux.

On constate de la façon le plus nette qu'au moment de l'inspiration, le pouls du côté droit diminue considérablement d'intensité et même devient presque imperceptible. La chose est d'autant plus nette que cela contraste fortement avec le pouls de Corrigan que l'on perçoit pendant l'expiration, ou lorsque les mouvements respiratoires sont faibles. Pendant l'inspiration, le pouls radial droit cesse d'être visible.

Les urines renferment un simple nuage d'albumine. Cette albumine constante est très variable dans son intensité.

Toujours les mêmes douleurs dans le cou à droite, le moignon de l'épaule, le long du bras et jusque dans la main. Les points maxima douloureux, précédemment indiqués, se retrouvent mais beaucoup moins nettement. La douleur, très accentuée au pourtour de l'épaule, est plus diffuse. Les mouvements d'élévation du bras sont très pénibles. L'atrophie musculaire n'a cependant pas fait de progrès.

Le gonflement œdémateux de la main a beaucoup diminué. Comme troubles trophiques on peut signaler l'amincissement très prononcé des ongles, qui sont striés longitudinalement et recourbés en avant. La pulpe des doigts n'est pas élargie, il n'y a pas de déformation hippocratique.

En somme, il y a moins d'oppression qu'autrefois, les crises dyspnéiques sont plus espacées et moins intenses. La saillie pulsatile située sous la clavicule droite est un peu moins prononcée, les battements moins énergiques. Les douleurs scapulaires ont été très diminuées par l'usage de l'analgésine. C'est là une amélioration faible, étant donné le long usage de l'iodure de potassium à doses élevées. L'équilibre est très instable, et le malade est à chaque instant menacé d'asystolie. Le pronostic reste donc très sombre.

Les manifestations multiples et complexes, réunies dans cette observation, peuvent être considérées comme la conséquence d'un seul élément pathologique, l'artério-sclérose généralisée. Cette artério-sclérose est peut-être, dans le cas présent, d'origine syphilitique : c'est du moins la seule cause pathogénique que nous ayons pu relever.

La succession des accidents a été la suivante : syphilis ; artério-sclérose généralisée ; dilatation de la crosse de l'aorte et insuffisance aortique ; hypertrophie du cœur et néphrite interstitielle très probable, phénomènes d'asystolie, angine de poitrine et faux asthme cardiaque ; dilatation anévrysmale de la sous-clavière droite ; compression du plexus brachial correspondant, névralgie et péri-arthralgie, troubles trophiques des doigts. Par leur nombre même et par leur enchaînement, ces manifestations sont déjà curieuses. Quelques-unes d'entre elles méritent d'être étudiées à part et séparément mises en relief.

L'insuffisance aortique a été ici, sans doute, la conséquence de la dilatation de la crosse de l'aorte. Quant à l'hypertrophie du cœur, elle s'explique, et par l'existence de cette insuffisance aortique, et par l'endo-péri-artérite du myocarde. On sait que, d'après les travaux de MM. Debove et Letulle, dans l'hypertrophie du cœur qui accompagne la néphrite interstitielle, la lésion des petites artères du myocarde et la sclérose développée à leur pourtour, sont la cause la plus importante de l'accroissement de volume du ventricule gauche. C'est, non pas une hypertrophie compensatrice, active, mais une circonstance aggravante, une véritable dégénérescence susceptible d'amener l'asystolie.

Cette sclérose interstitielle péri-artérielle peut exister en dehors de la néphrite interstitielle; MM. Rigal et Juhel-Rénoy l'ont bien montré, et, en présence d'une artério-sclérose généralisée, il ne serait pas indispensable de faire intervenir la néphrite. Celle-ci cependant est rendue probable par l'existence de l'albuminurie et du bruit de galop.

Ce *bruit de galop* présente ici des particularités intéressantes : deux de ses bruits sont soufflants. Le rythme du bruit de galop est, d'après M. Potain, constitué par l'adjonction d'un bruit anomal, présystolique aux bruits normaux du cœur. Ici, ce bruit surajouté se perçoit facilement, mais les deux bruits du cœur ne sont normaux ni l'un ni l'autre. Le premier, le bruit systolique, le second, le bruit diastolique, sont tous deux soufflants. Le souffle diastolique, aspiratif, n'est que le prolongement du souffle de l'insuffisance aortique. Quant au premier, il se trouve de temps à autre, lorsqu'il existe un certain degré d'asystolie. Ce n'est pas la première fois que j'ai fait semblable remarque. Plusieurs fois j'ai vu le second des bruits, c'est-à-dire le bruit systolique normal, devenu soufflant dans l'hypertrophie du cœur, lorsque l'asystolie était imminente. Plus tard, quand cette asystolie existe bien nettement, le bruit de galop disparaît et l'on constate un souffle systolique de la pointe qui traduit à l'oreille l'insuffisance de la valvule mitrale, due à la dilatation du ventricule. Il existe un moment de transition pendant lequel le bruit de galop est encore perçu, mais modifié et soufflant. Dans le rétrécissement mitral, il y a bien quelquefois aussi un bruit de galop soufflé, mais c'est alors le bruit présystolique qui est soufflé, le bruit systolique restant assez nettement frappé et facilement reconnaissable.

Je me permets d'appeler, sur cette particularité, l'attention des cliniciens.

La compression du plexus brachial par un anévrysme de la sous-clavière ne peut guère être contestée dans le cas présent. Elle a donné lieu à des troubles nerveux intéressants.

Tout d'abord, la névralgie sur le trajet des troncs nerveux qui naissent du plexus, et l'atrophie du deltoïde. Je signalerai surtout les maxima douloureux au point d'Erb (à l'angle interne du triangle sus-claviculaire), au-devant de l'apophyse coracoïde et à l'attache du deltoïde. Ces points sont fréquents dans la névralgie du plexus brachial. Il existe même une névralgie qui atteint seulement le faisceau supérieur du plexus, faisceau qui innerve un groupe musculaire représenté surtout par le deltoïde, le biceps, le brachial antérieur et le long supinateur. Les insertions fibreuses de ces muscles, surtout du deltoïde, deviennent douloureuses : il y a à la fois névralgie et péri-arthralgie de l'épaule. C'est un fait curieux qu'une cause en quelque sorte mécanique de compression ait pu, pendant un certain temps tout au moins, donner naissance à ce complexus symptomatique. Cela tend à prouver que, quand on rencontre cette péri-arthralgie particulière, que j'ai décrite déjà à plusieurs reprises (*Progrès médical*, 1885 et 1886), on peut justement invoquer une lésion des nerfs, et, pour ne rien préjuger, une névralgie. Beaucoup de prétendus rhumatismes de l'épaule ne sont que des péri-arthralgies de cet ordre.

J'appellerai aussi l'attention sur les troubles trophiques survenus du côté de l'annulaire et du pouce droit. Il s'est agi, pour l'annulaire, de quelque chose de semblable à ce que M. Quinquaud a décrit sous le nom de panaris nerveux. C'est un véritable cas de panaris nerveux, suivi de desquamation épidermique. La modification ultérieure des ongles est également un fait curieux.

Enfin, pour terminer, je rappellerai que, du côté droit, le pouls disparaît pendant une inspiration un peu forte. La chose est d'autant plus frappante, qu'en dehors de cette condition particulière, il existe un pouls de Corrigan typique. L'explication de ce phénomène est facile, elle a été donnée par François-Frank : pendant l'inspiration, l'aspiration thoracique s'exerce sur les parois de l'anévrysme, et sa dilatation momentanée empêche l'onde systolique de parvenir jusqu'à la radiale. Rien de semblable du côté opposé où l'artère n'est pas anévrysmale.

LA PREMIÈRE DENTITION

SON ÉVOLUTION PHYSIOLOGIQUE, SES MALADIES.

Par M. le docteur J. Comby, médecin des hôpitaux.

Conclusions. — Si l'on veut étudier avec fruit la première dentition, dans son évolution physiologique comme dans ses maladies, il faut écarter les facteurs qui peuvent jeter le trouble dans cette évolution et provoquer ces maladies. Veut-on savoir la date de sortie de chaque groupe de dents, il faut limiter son observation à des enfants sains, allaités naturellement, la maladie comme la mauvaise hygiène retentissant profondément sur le travail de la dentition. Cette précaution prise, voici les dates de sortie des 20 dents temporaires :

1° Les 8 incisives (de six à douze mois) dans l'ordre suivant : incisives médianes inférieures, incisives médianes supérieures, incisives latérales supérieures, incisives latérales inférieures;

2° Les 4 premières molaires, les supérieures avant les inférieures (de douze à quinze mois);

3° Les 4 canines, les supérieures avant les inférieures (de quinze à dix-huit mois);

4° Les 4 dernières molaires (de vingt à vingt-six mois);

Il y a parfois des temps d'arrêt entre ces différents groupes, mais il ne faut pas y compter. En somme, la première dentition, dans les conditions physiologiques, dure dix-huit à vingt mois; elle commence à six mois et se termine à vingt-quatre ou vingt-six mois.

Dans les conditions anomales, cette évolution est irrégulière et retardée. La première dent, qui doit sortir à six mois, n'apparaîtra qu'à douze, quinze et seize mois. La dentition, au lieu de durer dix-huit à vingt mois, durera trente et trente-six mois, comme on l'observe chez quelques rachitiques.

La première dentition joue-t-elle un rôle pathogénique important? Peut-elle donner naissance à des maladies dites maladies de dentition? Peut-elle aggraver le pronostic des maladies qui surviennent pendant son évolution?

L'accord est fait sur le chapitre des accidents locaux de la dentition et sur les troubles fonctionnels qui en dérivent. On admet la rougeur et la turgescence des gencives, la salivation, la stomatite érythémateuse, pultacée, ulcéreuse. Cette stomatite de dentition peut entraîner de l'agitation, un peu de fièvre, un peu de diarrhée. Ces accidents locaux, auxquels on peut ajouter la carie précoce, la périostite, l'abcès dentaire, n'ont rien de grave et leur traitement est très simple.

Restent les accidents réflexes, les *maladies de dentition* dont la liste, autrefois très longue, se raccourcit de plus en plus. L'irritation partie des gencives pourrait se réfléchir sur les différents appareils et provoquer : des diarrhées, des convulsions, des bronchites, des laryngites, des ophthalmies, des otites, des pseudo-méningites, de la fièvre, des dermatoses, etc., etc.

Mais si l'on prend la précaution indiquée plus haut, si l'on se borne à étudier les enfants sains et pourvus d'une bonne nourrice, on verra que les maladies en question sont très rares. Elles sont très communes, au contraire, chez les enfants affaiblis par une tare héréditaire ou par une mauvaise hygiène alimentaire.

c'est-à-dire que les *maladies de dentition* sont dues à d'autres causes que ce prétendu travail de dentition qui aurait des irradiations sympathiques si multiples et si lointaines. Nous regardons l'influence pathogénique de la première dentition comme insignifiante.

D'autre part, si la période de la première dentition est considérée comme critique et comme un élément d'aggravation des maladies intercurrentes, c'est à l'âge seulement qu'il faut attribuer la vulnérabilité des petits enfants et leur moindre résistance. Le pronostic réside, toutes choses égales d'ailleurs, dans la débilité de l'âge; la dentition n'y est pour rien. (*Archives générales de médecine.*)

CORRESPONDANCE

Nous recevons de notre vénéré maître, M. le docteur Maillot, avec la lettre suivante, une communication que nos lecteurs liront avec le plus vif intérêt.

I

A Monsieur le docteur Le Sourd, *directeur de la* Gazette des hôpitaux.

Paris, le 13 février 1888.

Mon cher Directeur,

Me voici, depuis quelques heures, dans ma quatre-vingt-cinquième année, et il m'est très agréable de vous offrir, pour votre excellent journal, le joyau le plus précieux de ceux que j'ai reçus au moment où je franchissais ce cap si redoutable. Hier, m'est arrivée du Tonkin, une lettre du Directeur de santé de cette expédition, M. Nogier, que je n'ai pas l'honneur de connaître. Cette lettre, en laissant de côté ce qu'elle contient de trop flatteur pour moi, me paraît si instructive, si riche de renseignements inconnus en France, si rassurante pour les familles qui ont des enfants dans ces contrées lointaines, si importante pour notre pays au moment même où, au Parlement, on soulève encore la question d'abandonner ces colonies dont, comme vous allez le voir, le début est bien moins désastreux, bien moins meurtrier que ne l'a été celui de notre grand établissement algérien, aujourd'hui si prospère.

Je crois que ce vous sera une bonne fortune de pouvoir faire connaître, à votre nombreuse et savante clientèle, ces curieux documents.

Si mon soixantième anniversaire de doctorat m'apporte, le 28 de ce mois, une correspondance aussi intéressante, je me ferai un plaisir et un devoir de vous la communiquer.

Recevez, mon cher Directeur, la nouvelle assurance de mes sentiments les plus distingués et les plus dévoués,

Maillot,
Ancien président du Conseil de santé des armées.

II

A Monsieur le docteur Maillot, *ancien président du Conseil de santé des armées.*

Hanoï, le 21 décembre 1887.

Monsieur le Médecin-Inspecteur,

En vous accusant réception de votre notice sur l'influence de la thérapeutique et de l'hygiène dans la décroissance de la mortalité, permettez-moi de vous adresser aussi mes remerciements.

La question traitée est pleine d'intérêt pour les médecins du Tonkin et, plus d'une fois, j'ai émis le regret de ne pas connaître les chiffres de mortalité du début de l'occupation de l'Algérie, afin d'avoir des termes de comparaison pour juger un peu de l'avenir médical du Tonkin.

La mortalité était à Bône, en 1833, de 1 sur 4; or, en 1886, au Tonkin, elle n'a été que de 1726 sur 29136 hommes d'effectif, soit 1/16 et, en 1887, jusqu'au 1er décembre, elle n'a été que de 1815 sur 32604 d'effectif, soit 1/16 également.

Pour ne tenir compte que du paludisme et de la dysentérie, il faudrait, dites-vous, faire la part du choléra; or la voici : en 1886, le choléra a donné 259 décès et, en 1887, 601 décès; ce qui fait tomber les chiffres de mortalité à 1/19 et à 1/26.

Ces chiffres sont très favorables à votre thèse, car ils seraient sans doute très mauvais, si la médication quinique n'était pratiquée partout, dès le début des accidents fébriles.

La quinine est largement distribuée, même dans les petits postes sans médecin, par les soins des commandants de postes, qui sont pourvus d'une instruction à ce sujet.

Les soldats annamites eux-mêmes sont devenus avides de quinine, dont ils ont constaté les bons effets, et la consommation annuelle de l'armée du Tonkin est évaluée, aujourd'hui, à trois cent mille francs.

Vous voyez combien votre thérapeutique triomphe; nulle part son efficacité n'est contestée et je crois qu'aucun médecin n'aura jamais la gloire d'avoir contribué par ses conseils à sauver autant d'existences humaines que M. le médecin-inspecteur Maillot.

Daignez agréer, monsieur l'Inspecteur, mes remerciements et mes hommages très respectueux,

Docteur Nogier,
Directeur du service de santé de la division d'occupation de l'Annam et du Tonkin.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décrets, en date du 10 février 1888, ont été nommés dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin de première classe. — M. le médecin de première classe de la marine, démissionnaire, Duliscouët; — MM. les médecins de première classe de la marine, en retraite, Latière, Lenoir, Morani, Fouque, Antoine.

— *Faculté de médecine de Paris.* — La Faculté vient de dresser la liste de présentation pour la chaire de pathologie expérimentale et comparée.

M. Straus a été désigné, en première ligne, par 25 voix sur 25 votants.

M. Hanot a été désigné, en deuxième ligne, par 24 voix et 1 bulletin blanc.

— L'épreuve, dite des pièces sèches, sera dorénavant supprimée dans le concours du prosectorat de la Faculté, et remplacée par une épreuve de dissection extemporanée.

— *École de médecine de Toulouse.* — M. Ripoll, professeur de clinique chirurgicale, est nommé professeur honoraire.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Z. Perrin (de Lyon).

— Le lundi 12 mars 1888, à une heure précise, un concours pour la nomination à deux places d'interne en médecine à l'hôpital de Berck-sur-Mer sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, à Paris, avenue Victoria, n° 3.

Le registre d'inscription restera ouvert de onze heures à trois heures, depuis le lundi 13 février 1888, jusqu'au lundi 27 du même mois.

— Un concours pour une place de médecin-adjoint des hôpitaux et hospices de Bordeaux s'ouvrira le 8 mai 1888. — Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat des hospices, cours d'Albret, 91, à Bordeaux.

— Une place d'interne est vacante à l'Asile des aliénés de Quimper. — S'adresser au directeur de l'Asile.

— M. le docteur Hardy, à Châtillon-sur-Loing (Loiret), demande un remplaçant docteur, pour environ quatre semaines.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

33

SOLUTION COIRRE (CODEX 1877)

au chlorhydro-phosphate de chaux.

PHTHISIE, ANÉMIES, CACHEXIES, SCROFULES, RACHITISME, INAPPÉTENCE, DYSPEPSIE, ÉTAT NERVEUX, ASSIMILATION INSUFFISANTE, MALADIES DES OS.

Cette préparation, qui jouit depuis longtemps de la faveur du corps médical, est basée sur ce fait, aujourd'hui incontesté, que l'acide chlorhydrique, étant l'acide du suc gastrique, doit être, à tous égards, préféré pour la dissolution du Phosphate de chaux.

On peut résumer ainsi ses avantages :

Préparation rationnelle et éminemment physiologique, puisque le phosphate de chaux pénètre ainsi dans l'économie sous la forme qu'il prend naturellement lorsqu'il est à l'état de phosphate des aliments, — mais avec cette différence qu'il ne distrait rien de l'acide du suc gastrique.

Concentration plus grande du sel.

Acidité insignifiante.

Action eupeptique de la petite quantité d'acide chlorhydrique libre qui existe dans la préparation et dont les effets concourent précisément, par d'autres voies, au même but que le phosphate de chaux.

En outre, action spéciale éminemment favorable du chlorure de calcium qu'elle contient, comme l'ont démontré les docteurs Mercadié et Rabuteau.

Facilité d'administration. — N'ayant aucun goût quand on la mélange avec de l'eau sucrée ou du vin, les malades peuvent en prendre pendant très longtemps, sans en être fatigués comme des sirops.

Enfin, prix infiniment plus réduit, eu égard à la quantité de sel, — ce qui n'est point à dédaigner pour un traitement de longue durée.

Restent les résultats fort nombreux consignés dans tous les journaux de médecine, et qui peuvent se résumer ainsi :

Le chlorhydro-phosphate de chaux favorise l'appétit et la digestion au plus haut degré, et il agit comme reconstituant général avec la plus grande rapidité.

A ce titre, il est donc indiqué dans toutes les circonstances où il y a une dépression de l'économie, les anémies, les cachexies d'origines diverses, l'assimilation insuffisante, les convalescences, la phthisie, la scrofule, le rachitisme.

Il possède en outre une action spéciale dans les maladies des os (fractures, caries, ostéomalacie, mal de Pott, rachitisme), dans la scrofule, la phthisie, l'état nerveux, le développement de l'embryon et de l'enfant. Il est donc indiqué à un double titre dans ces maladies, ainsi que chez la femme enceinte et les enfants en bas âge placés dans de mauvaises conditions hygiéniques.

Une cuillerée à bouche chez les adultes; une cuillerée à café chez les enfants du premier âge; deux cuillerées à café de six à douze ans, au moment des deux principaux repas, dans l'eau sucrée ou coupée de vin.

Prix : 2 fr. 50 le flacon. Dans toutes les phies.

NOTA. — Se méfier des nombreuses imitations suggérées par le succès toujours croissant de ce produit.

Se méfier également des solutions préparées extemporanément; l'acide chlorhydrique ne dissolvant en quantité suffisante que le phosphate de chaux à l'état naissant, ce qui nécessite des appareils spéciaux.

29

PANSEMENT ANTISEPTIQUE MÉTHODE LISTER

M. DESNOIX, pharmacien, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, prépare toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode de Lister.

1° La gaze antiseptique **0** fr. **50** le mètre; 2° le catgut nos 1, 2, 3, 4, **1** fr. **25** le flacon; 3° le taffetas *protective*, **1** fr. **25** le mètre; 4° le macintosh, **5** fr.

Tous ces produits, préparés d'après les formules et les indications du docteur LISTER, offrent toutes les garanties aux chirurgiens.

Sparadrap chirurgical des hôpitaux de Paris, Toile vésicante (action prompte et sûre), Sparadrap révulsif au thapsia, Bandes dextrinées pour bandages inamovibles, Coton hydrophile, Coton hydrophile phéniqué, Coton à l'acide salicylique, Lint à l'acide borique, etc., etc.

39

LA POUDRE DE VIANDE ROUSSEAU

garantie d'une conservation illimitée et d'une odeur et d'un goût agréables, rend facile et pratique l'alimentation thérapeutique.

Paris, 3 *bis*, rue Bleue.

33

SOLUTION DE SALICYLATE DE SOUDE DU DOCTEUR CLIN

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris (PRIX MONTYON)

La Solution du Docteur Clin, toujours identique dans sa composition et d'un goût agréable, permet d'administrer facilement le *Salicylate de Soude* et de varier la dose suivant les indications qui se présentent.

Employée dans le traitement des Rhumatismes aigu et chronique, de la Goutte, de la Gravelle, etc., cette Solution contient très-exactement :

2 grammes *Salicylate de Soude* par cuillerée à bouche.

0,50 centigr. *Salicylate de Soude* par cuillerée à café.

DÉTAIL : *Dans les bonnes Pharmacies.*
GROS : CHEZ **Clin & Cie**, RUE RACINE, PARIS.

66

PANSEMENTS VAGINAUX

faits par la malade elle-même au moyen des :

OVULES CHAUMEL

à la glycérine solidifiée (volume œuf pigeon).
1° **Ovules simples** *(à la glycérine pure 30°).*
2° **Ovules astringents** *(tannin et alun).*
3° **Ovules sédatifs** *(morphine et belladone),*
et tous médicaments sur prescription.
87, rue Lafayette, Paris (envoi fo échantillon).

56

GOUDRON FREYSSINGE LIQUEUR CONCENTRÉE NON ALCALINE

pour préparer instantanément l'EAU DE GOUDRON DU CODEX contre les *affections chroniques des voies respiratoires, de la vessie ou de la peau.*

le flacon 1 fr. 50
105, r. de Rennes, PARIS et Phies.

Ch. Freyssinge

91

NAPHTHOL-BAILLARD

Le plus puissant de tous les antiseptiques.

Beaucoup plus actif que le Phénol, le Thymol, l'Iodol, la Créosote, l'Iodoforme, l'Acide borique, le Sublimé, dont il n'a pas les inconvénients; d'une odeur agréable, n'est ni toxique, ni irritant.

Dragées Naphthol-Baillard, détruisent le bacille de la tuberculose et de la fièvre typhoïde, produisent l'antisepsie complète du tube intestinal, empêchent la fermentation de l'urine (calculeux, prostatiques, cystites, néphrites, pyélite).

DOSES : Dragées à 20 centigr. de Naphthol-B. pur : 10 par jour.

Eau Naphthol-Baillard. Une cuillerée à soupe par litre d'eau pour injections vaginales (accouchées, pertes blanches, blennorrhagie, prurit), pour panser blessures, plaies, ulcères variqueux, hémorrhoïdes, pour arrosage et pulvérisations, pour assainir et désinfecter.

Pommade Naphthol-Baillard, guérit le psoriasis, l'eczéma sec, les dartres du cuir chevelu.

DÉPÔT A PARIS : BAILLARD, phien de 1re cl., 112, rue Cherche-Midi; — PIOT frères, 28, rue Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie. — Détail : Pharmacie VÉE, 42, rue du Faubourg-Saint-Denis.

111

VIN MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques, ne constipant jamais. LE VIN DE MARIANI, préparé avec des feuilles fraîches de coca, est le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'Anémie, la Chlorose, la Gastralgie, les Laryngites, les Granulations de la gorge, etc.

D'un goût très agréable, il convient aux convalescents et aux personnes délicates.

DOSE : **Un verre à Madère après les repas.**
MARIANI, phien, 41, Boul. Haussmann et tles phies.

92

SIROP TROUETTE-PERRET

à la PAPAÏNE

DIGESTIF PLUS SPÉCIALEMENT APPROPRIÉ *aux maladies des fonctions digestives des enfants,* Contre *Dyspepsie, Diarrhée, Entérite, Lienterie.*

DOSE : de **1** à **2** cuillerées à café après chaque repas. — Se trouve dans toutes les pharmacies. Gros : E. MAIZIER, 264, boul. Voltaire, Paris.

16

CAPSULES MATHEY-CAYLUS

Au Copahu et à l'Essence de Santal.
Au Copahu, au Cubèbe et à l'Essence de Santal.
Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.

« Les CAPSULES MATHEY-CAYLUS à enveloppe mince de Gluten constituent le moyen le plus parfait pour administrer certains médicaments à odeur et à saveur désagréables.

« L'ESSENCE DE SANTAL associée au Copahu ou autres balsamiques possède une efficacité réelle et est employée avec succès dans la Blennorrhagie, la Blennorrhée, la Cystite du Col, et les affections des organes génito-urinaires. »

En prescrivant les Capsules MATHEY-CAYLUS, MM. les Médecins seront certains de procurer à leurs malades des médicaments purs et parfaitement dosés.

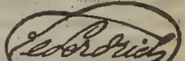
GROS : **Clin & Cie**, 14, RUE RACINE, PARIS
DÉTAIL : 3, Carrefour Odéon, et Pharmacies.

39

LA TOILE VÉSICANTE LE PERDRIEL

(VÉSICATOIRE ROUGE)

est connue depuis plus de soixante ans. Elle doit à une formule particulière et au soin avec lequel elle est exécutée, un succès qui ne s'est point démenti. Par la promptitude de son action *(de six à dix heures)*, on évite les accidents ordinaires des vésicants. Exiger la couleur rouge et la division centésimale noire (propriété de l'auteur), ainsi que la signature.



35

SOLUTION PELISSE

AU BENZOATE DE SOUDE DU BENJOIN

Recommandée dans les
Affections aiguës et chroniques
de la **GORGE** et de la **POITRINE.**

DOSAGE : Une cuillerée à soupe représente 75 centigrammes du médicament.

DÉPÔT, 4, r. de la Sorbonne. Détail ds les Phies.

66

VIN IODÉ DE MORIDE

PHARMACIEN DE 1re CLASSE, LAURÉAT DE L'INSTITUT.

Contient l'Iode combiné comme dans les plantes marines et l'huile de foie de morue.

Le **Vin iodé de Moride** est *rigoureusement dosé à 1 gramme d'iode par litre;* il permet d'introduire dans l'organisme l'iode d'une manière insensible et sans fatiguer l'estomac.

Anémie, Pâles couleurs, Faiblesse de constitution, Gourme, Glandes des enfants.

PARIS, 13, rue de Rougemont.

55

PHTHISIE, TUBERCULOSES

PERLES D'IODOFORME

DU Dr. CLERTAN.

Chaque perle contient 5 centigr. d'iodoforme dissous dans l'éther.

DOSE MOYENNE. — *2 perles à chaque repas.*

Grâce à ce procédé, approuvé par l'**Académie de médecine**, l'odeur de l'iodoforme est supprimée et il n'y a pas à craindre d'effet de contact irritant.

INDICATIONS. — Toutes les **tuberculoses** : *Phthisie aiguë et chronique, adénites, scrofules;* **Antisepsie gastro-intestinale** : *Dyspepsie, diarrhées fétides, fièvre typhoïde, etc.*

Très employées dans les Hôpitaux de Paris. — Formulaire et annuaire du professr BOUCHARDAT.

83

PASTILLES DU PÉROU LECERF

Au bromhydrate de cocaïne pur.

Ces pastilles, d'un goût agréable, et titrées à 1/2 centigramme de **bromhydrate**, s'emploient avec succès contre : les TOUX NERVEUSES, les GASTRITES, GASTRALGIES, les VOMISSEMENTS DE LA GROSSESSE, etc.

Phn LECERF, 222, faubourg Saint-Antoine, et toutes pharmacies. — *La boîte : 2 fr. 50.*

47

MIEL EUCALYPTÉ NATUREL GUILMETH

fébrifuge, antiseptique, modificateur des muqueuses. CHEVRIER, phn, 21, r. du Fg-Montmartre.

N° 20. — JEUDI 16 FÉVRIER 1888. 61e ANNÉE. JEUDI 16 FÉVRIER 1888. — N° 20.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE . . . . . 3 mois : **8** fr. **50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie n'a pas, comme on s'y attendait, poursuivi la discussion de la prophylaxie de la syphilis. Elle a dû la remettre à la séance prochaine, M. le rapporteur n'étant pas prêt.

C'est l'antipyrine, ou mieux l'*analgésine*, qui a fait, en partie, les frais de la séance. Après la période d'enthousiasme, voici que s'ouvre celle des mécomptes. L'analgésine n'est pas sans inconvénients. M. G. Sée les avait déjà fait entrevoir; mais aujourd'hui c'est un médecin anglais, M. Jennings, qui, par la voix de M. Ball, communique plusieurs observations dans lesquelles ces inconvénients, éruptions érythémateuses, rash, prennent un certain caractère de gravité en s'accompagnant de troubles nerveux, d'élévation du pouls, etc. De son côté, M. Dujardin-Beaumetz a signalé des troubles gastriques, et M. Ollivier, faisant allusion à une récente lecture faite à l'Académie, a déclaré que l'analgésine ne guérissait pas toutes les chorées. Quoi qu'il en soit, de l'avis général, ce médicament reste un des plus puissants moyens que nous ayons pour combattre la douleur; rappelons-nous seulement qu'il faut apporter une certaine prudence dans son emploi et ne pas le considérer comme étant absolument sans inconvénients.

Signalons encore un rapport important de M. Polaillon sur un fait intéressant de cholécystotomie par M. Terrillon, et deux autres rapports, l'un de M. Franck, l'autre de M. Lagneau, dont on trouvera un résumé au compte rendu.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Després.

Fracture du crâne par enfoncement; accès épileptiformes.

(Leçon recueillie par M. Mordret, interne du service.)

A la reprise de nos conférences cliniques, je suis heureux de pouvoir vous montrer un malade, atteint de fracture du crâne, dont l'histoire sera pour vous des plus instructives.

Le 26 décembre dernier, au moment où je commençais ma visite, un ouvrier fut amené par ses camarades dans la salle Saint-Jean. Cet ouvrier plombier venait d'être blessé d'un coup à la tête, en face de la Charité, dans une maison en démolition, et il avait perdu connaissance pendant quelques minutes.

Vous vous souvenez de l'entrée de ce malade, soutenu par quatre de ses amis et présentant au front une large plaie verticale s'étendant du sourcil à la partie antérieure de la région pariétale; une abondante hémorrhagie en nappe avait formé un caillot qui remplissait cette vaste plaie.

C'est à peine si le malade peut nous donner quelques renseignements, mais ses amis, témoins de l'accident, nous apprennent que cet ouvrier, plombier de son état, vient de recevoir sur le front un de ces tuyaux de fonte dont sont formées les colonnes descendantes des gouttières, et pesant environ 50 kilogrammes. Cette pièce de fonte est tombée d'une hauteur de trois mètres sur le front et l'a frappé par les bords de sa section.

Le malade fut assis et je l'examinai : la plaie de la région frontale était longue de 10 centimètres, dirigée de haut en bas de dehors en dedans, au fond l'os était à nu. Introduisant le doigt, je sentis très nettement la table externe fracturée irrégulièrement et enfoncée sur la table interne; la table interne était aussi manifestement enfoncée, le doigt pénétrait dans une rainure profonde tracée dans le frontal.

Les camarades refusaient catégoriquement de laisser leur ami à l'hôpital, j'insistai pour le conserver, ne leur dissimulant pas la gravité de l'accident. J'allais échouer, quand au moment où ils s'apprêtaient à le ramener chez lui, nous fûmes témoins d'accès épileptiformes qui étaient une confirmation de mon diagnostic : fracture du crâne avec épanchement de sang dans le crâne. La face du malade devint turgide, la respiration stertoreuse, les membres furent agités de mouvements convulsifs, puis le malade tomba dans la stupeur avec la respiration stertoreuse. Les amis de notre malade nous affirmaient qu'il n'est pas alcoolique, qu'il n'a jamais eu d'attaque, et effrayés ils comprennent l'impossibilité d'exécuter leur projet, et consentent à laisser le blessé à l'hôpital.

Il était à peine couché au lit n° 6 de la salle Saint-Jean, qu'il eut un nouvel accès épileptiforme moins violent peut-être, mais plus long que le premier. Il ne recouvra pas connaissance après cet accès et en eut deux autres dans le courant de la journée. Vous avez vu que nous ne fîmes rien pour arrêter l'hémorrhagie, nous contentant de faire appliquer, sur la tête du malade, une vessie remplie de

glace. Les accès épileptiformes étaient-ils dus à l'unique compression du cerveau par les fragments ou à l'hémorrhagie intra-cranienne ? On aurait pu hésiter, mais la forme même de l'accès me fit diagnostiquer une compression du cerveau par le sang épanché.

A la suite de fongus de la dure-mère, comprimés avec la main, j'ai observé des accidents épileptiformes analogues et j'en concluai qu'ici la compression n'était pas produite par les fragments de l'os enfoncé. Et comme les accidents remontent déjà à seize jours, vous avez vérifié l'exactitude du diagnostic : la rémission des phénomènes de compression est une preuve décisive. D'ailleurs, les accès ont cessé le jour où l'hémorrhagie a cessé, la température est revenue à l'état normal, le lendemain le malade reprit sa connaissance et le cinquième jour la température était retombée à 37 degrés et ne s'est pas élevée depuis.

Beaucoup de chirurgiens, en présence d'une lésion de ce genre, fracture du crâne avec enfoncement, hémorrhagie et accès épileptiformes, n'eussent pas manqué de trépaner, c'est-à-dire d'ajouter un traumatisme à un traumatisme, et de découvrir le cerveau protégé par le caillot qui recouvrait et remplissait cette plaie. Je ne l'ai point fait et je vous conseille, en pareil cas, de ne le point faire : le trépan dans les plaies de tête est une opération au moins inutile. Toutes les fois qu'il y a une large plaie du tégument, que ferait une ouverture plus grande, si ce n'est augmenter l'hémorrhagie et fournir une plus large surface, un plus large champ à l'inflammation consécutive des méninges.

Je vous conseille de lire le chapitre de l'anatomie chirurgicale de Malgaigne sur ce point. Avec son grand esprit critique, Malgaigne a analysé nombre d'observations de trépanation dans les plaies de tête, et il a assez montré que ce que le chirurgien avait enlevé ou relevé, après l'application de son trépan, était tout à fait insignifiant et ne pouvait être considéré comme la véritable cause des accidents auxquels on croyait remédier.

La suite de l'observation vous instruira encore mieux. Pendant la journée du 27, notre malade n'eut pas d'accès nouveaux, la plaie continua à saigner beaucoup jusqu'au soir et cette émission sanguine naturelle remplaça avantageusement celle que nous eussions pu obtenir en plaçant derrière les apophyses mastoïdes quelques sangsues. Le 28, le malade prit quelques aliments.

A partir du quatrième jour, la plaie ne saignait plus, le malade était dans un état très satisfaisant. La vessie de glace fut alors remplacée par le cataplasme de farine de lin, le meilleur pansement des plaies de tête, et, le seizième jour, le malade se levait sans avoir présenté aucun autre accident : seulement, introduisant le doigt au fond de la plaie, qui ne s'est fermée que sur une partie de son étendue, vous pouvez très bien sentir encore aujourd'hui et même voir le trait de la fracture et quelques esquilles non détachées, destinées à être éliminées avec le temps.

Ce fait se joint à d'autres observations du même genre. Dans la campagne, le fils d'un maréchal-ferrant reçoit, sur la région frontale, un coup de pied de cheval ; il y a, ce que nous n'avons pas noté ici, issue de matière cérébrale, et le malade guérit cependant sous la simple application de compresses d'eau froide. Au début de ma carrière, je fus appelé, rue du Bac, auprès d'un enfant tombant d'un sixième étage sur une de ces barres de fer transversales que vous voyez souvent dans les petites cours ; il y avait également fracture du frontal. issue de matière cérébrale et j'obtins la guérison avec de simples compresses d'eau froide, puis des cataplasmes.

Je conclus de ces différents faits, que, dans les fractures du crâne de ce genre, le mieux est l'expectation. Je regarde comme fort dangereuse la trépanation faite en ces conditions et je ne saurais de plus trop vous mettre en garde contre le désir d'enlever les esquilles, que vous pourrez voir au fond d'une plaie de ce genre, avant leur complète mobilisation ; elles se détacheront seules vers la huitième semaine. Quant aux corps étrangers, cheveux, morceaux de casquette, je ne les ai pas recherchés chez notre malade : ils ont dû être entraînés par l'hémorrhagie abondante qui eut lieu, ou ils s'élimineront par la suppuration, s'il en est resté quelques fragments.

Notre malade n'est cependant pas à l'abri de tout danger ; toute espèce de fatigue, les excès de table, le refroidissement pourraient amener chez lui des complications, et je le garde à l'hôpital pour le surveiller.

J'ai encore un mot à ajouter. Vous voyez que, pendant les premiers jours, nous n'avons employé aucune médication interne, aucun révulsif sur le tube digestif. Si le principe, savoir attendre, a une heureuse application, c'est assurément dans les plaies de tête, tant qu'il n'y a point de menaces de méningo-encéphalite, réservez vos moyens d'action, c'est le grand précepte posé par Desault. Si, vers le quatrième jour, des phénomènes inflammatoires avaient paru, nous eussions fait une forte révulsion sur le tube digestif. Mais, dès le début, l'expectation est la seule règle que vous devez suivre ; la glace ou l'eau froide sur la tête sont seules nécessaires et elles suffisent souvent pour prévenir l'inflammation du cerveau ou de ses enveloppes. Mais lorsque la plaie seule reste à soigner, vous remplacerez la glace et l'eau froide par un pansement humide qui tienne bien, et le cataplasme de farine de graine de lin, qui encore aujourd'hui constitue tout le pansement de notre blessé, procurera avec le temps une bonne guérison.

Nota. — Aujourd'hui le malade n'a plus qu'une plaie de l'étendue d'une pièce de 50 centimes, au fond de laquelle l'os dénudé s'élimine lentement, le malade va et vient dans la salle, mange 4 degrés et voudrait sortir, mais il doit attendre encore la fin du deuxième mois, il est nécessaire que je surveille l'élimination de ses séquestres du frontal dont j'évalue au maximum l'étendue à celle d'une amande d'olive. Quoique l'os ait été dénudé dans une plus grande étendue, il n'y a pas un gros séquestre, depuis Tenon nous savons bien que le crâne peut être dénudé dans une grande étendue sans qu'il y ait de nécrose étendue.

CORONARITE PRIMITIVE

AVEC DILATATION ET ATROPHIE PARTIELLE DU CŒUR

Par M. le docteur H. Huchard et M. Weber.

Un malade, de quarante-deux ans, avait, depuis plusieurs années, des accès d'oppression nocturne avec dyspnée provoquée surtout par l'effort ; depuis quatre mois, à cette oppression s'était ajoutée parfois une sensation de barre épigastrique. Admis plusieurs fois dans divers services, il fut toujours regardé comme un vulgaire emphysémateux, et M. Huchard regardait aussi le malade comme atteint d'une affection peu grave, lorsqu'il fut amené à formuler le diagnostic de cardiopathie artérielle (artério-sclérose du cœur) d'après les symptômes suivants : dyspnée d'effort, plusieurs attaques de congestion pulmonaire,

accès de pâleur de la face, inégalité des deux pouls radiaux, *retentissement diastolique* en coup de marteau au foyer aortique, légère élévation des sous-clavières, etc. Dès lors, le pronostic devenait grave. Dans les derniers jours, le cœur subit une dilatation considérable, sans qu'il fût jamais possible de constater le moindre souffle à l'un de ses orifices, et le malade mourut subitement ou très rapidement (en quelques minutes) le 3 décembre 1887. Cette mort presque subite confirmait encore le diagnostic d'artério-sclérose du cœur, et M. Huchard affirma encore de la façon la plus formelle qu'à l'autopsie on trouverait une lésion des coronaires avec sclérose du myocarde consécutive.

A l'autopsie, on constata d'abord l'absence d'insuffisance aortique, l'existence d'une dilatation considérable de toutes les cavités cardiaques, avec dilatation et atrophie partielles de la paroi à la partie antérieure du ventricule gauche, dilatation et atrophie correspondant exactement au rétrécissement et à des oblitérations multiples des artères coronaires, et ne s'étant étendues ni à l'aorte qui était à peine altérée, ni aux artérioles des autres viscères qui étaient indemnes de toute sclérose, tandis que le cœur était le siège d'une *sclérose dystrophique* considérable. Il s'agissait donc d'un cas de *coronarite primitive* avec sclérose cardiaque consécutive. Les poumons étaient le siège d'un léger emphysème, et on constatait çà et là quelques traces d'endartérite des vaisseaux bronchiques.

Cette observation présente un réel intérêt, parce qu'elle démontre, une fois de plus, qu'il faut scinder les cardiopathies en deux groupes, celui des cardiopathies *valvulaires* et celui des cardiopathies *vasculaires*. Elle démontre encore que le diagnostic de cardiopathie vasculaire ou artérielle, sans souffle, est toujours possible, si l'on tient compte de symptômes dont M. Huchard a démontré l'importance : signes d'hypertension artérielle, retentissement diastolique de l'aorte, accès de congestion pulmonaire et de dilatation aiguë du cœur, inégalité intermittente des pouls radiaux due à l'existence de spasmes artériels, signes de dilatation de l'aorte, accès de pseudo-asthme cardiaque avec sensations angineuses plus ou moins accusées, le plus souvent mort rapide et même subite.

Dans ces cas, les accès d'oppression dus à l'exagération de la tension artérielle sont même différents des accès d'asthme cardiaque dus le plus souvent à l'augmentation de la tension dans la circulation pulmonaire; ils en sont même différents au point de vue des symptômes, de sorte qu'il est toujours important d'établir le diagnostic entre le pseudo-asthme *cardiaque* et le pseudo-asthme *aortique*, ou *artériel*.

Enfin, cette observation démontre encore que l'emphysème pulmonaire dont était atteint ce malade n'avait qu'une importance secondaire, et que l'artério-sclérose du cœur, ordinairement si facile à reconnaître d'après les symptômes précédents, a pu être confondue souvent avec une affection bronchitique ou emphysémateuse.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 février 1888. — Présidence de M. Hérard.

CORRESPONDANCE

Elle comprend :

1° Une lettre de remerciements de M. Wannebrouck (de Lille), récemment élu membre correspondant national;

2° Des plis cachetés de MM. Lingrand (de Lille), Dropet (de Fayl-Billot) (acceptés);

3° Une lettre de M. Déclat qui revendique la priorité de l'emploi des pulvérisations phéniquées, en particulier contre la pustule maligne, préconisées dans son livre paru en 1865.

M. le Président informe l'Académie que la question de l'alimentation de la ville de Paris en eaux potables, et ses rapports avec la fièvre typhoïde, a été renvoyée à la section d'hygiène.

M. le Secrétaire perpétuel donne lecture du discours qu'il a prononcé à l'occasion de l'inauguration du buste de Béclard.

LECTURE

Analgésine. — M. Ball lit un travail de M. Oscar Jennings, sur un fait d'intoxication par l'antipyrine ou mieux l'analgésine. Depuis la communication de M. Sée, l'analgésine a acquis une vogue considérable et mérite de rester dans la pratique. Aussi est-il très important de la bien connaître, autant sous le rapport de ses avantages que sous celui de ses inconvénients. Or, il résulte d'un certain nombre de faits, qu'elle peut donner lieu à des accidents. Voici un exemple :

Mlle X... âgée de soixante-sept ans, atteinte de rhumatisme noueux, se plaint de quelques douleurs et de quelques picotements. M. Jennings prescrit l'antipyrine à la dose de 2^gr^,50 par jour. Cette malade suit ce traitement du 23 au 30 janvier. Le 31, elle s'aperçoit de la présence, sur ses bras, de taches érythémateuses et d'une certaine gêne dans les yeux; le lendemain la figure est rouge, les paupières gonflées; le surlendemain, cette malade présente un rash généralisé, de la conjonctivite catarrhale; elle perd l'appétit et se plaint d'une sensation de froid intérieur. Le pouls, qui était habituellement de 35, monte à 78; elle a des tintements d'oreilles, et se sent très affaiblie.

M. Jennings prescrit quelques gouttes de teinture de belladone et tous ces accidents disparaissent rapidement.

Il rapproche de ce fait plusieurs observations analogues empruntées à des médecins anglais ou américains.

M. Sée avait bien lui-même signalé des accidents analogues qu'il avait observés, une fois sur quinze, dans les cas où le médicament était continué pendant assez longtemps. Toutefois les accidents constatés par M. Jennings paraissent plus sérieux et il croit que l'antipyrine doit être administrée avec circonspection, surtout chez des vieillards et chez des sujets impressionnables. On cherchera à mettre ces accidents sur le compte de la falsification du médicament, ce serait à démontrer. Ces accidents peuvent, d'ailleurs, facilement être combattus par l'administration de quelques gouttes de teinture de belladone ou même par des injections sous-cutanées d'atropine.

DISCUSSION

M. Germain Sée fait observer que les faits, signalés par M. Jennings, ne présentent rien d'extraordinaire. Il en a lui-même signalé de semblables. Généralement ces accidents ne se produisent qu'après plusieurs jours, à des doses de 3 à 4 grammes par jour. Il est très rare de voir cette éruption se manifester immédiatement après une seule dose de 50 centigrammes d'antipyrine. Cela devient une véritable curiosité de la nature; mais après plusieurs jours, aux doses de 3 à 4 grammes, c'est un fait encore assez fréquent, surtout chez les femmes. Ce qu'il y a de particulier, dans ces cas, c'est qu'une fois qu'un pareil accident s'est produit, on ne peut plus donner de l'antipyrine sans le voir se produire de nouveau. Il ne faut donc plus en donner à ces malades.

Ces accidents n'offrent d'ailleurs rien de grave, ils disparaissent vingt-quatre ou quarante-huit heures après qu'on a cessé l'emploi de l'antipyrine. Toutefois, M. Ball a bien fait de prévenir le public, et surtout les gens du monde, des inconvénients que pouvait présenter l'emploi de ce médicament dont on abuse aujourd'hui. M. Sée proteste contre le mot d'empoisonnement employé, dans ce cas, par M. Ball. Ce n'est pas là un empoisonnement. Il n'y a pas autre chose à faire, pour combattre ces accidents, que de cesser l'administration du médicament. Jamais, en pareil cas, M. Sée ne donnera de la belladone, ni ne fera d'injection d'atropine, celles-ci étant beaucoup plus dangereuses que l'antipyrine. La seule précaution à prendre est de ne jamais plus donner d'antipyrine, aux malades qui ont eu ces accidents, et de la remplacer, chez eux, par l'acétanilide ou l'antifébrine.

M. Dujardin-Beaumetz partage l'avis de M. Sée, sur l'innocuité de l'antipyrine; ces éruptions n'offrent aucune gravité. L'an-

tipyrine présente un autre inconvénient, c'est, après un certain temps de son emploi, de donner lieu à des douleurs du côté de l'estomac, à des troubles dyspeptiques. Pour expliquer ces accidents, il faut tenir compte de la question de l'impureté du médicament. Depuis quelque temps il semble qu'il entre une plus grande quantité de benzine dans sa fabrication. Peut-être est-ce là la cause de ces troubles gastriques, qu'on observe beaucoup plus fréquemment depuis quelque temps. Il y a bien les injections sous-cutanées; mais elles sont douloureuses.

Quant à l'acétanilide, elle a certainement pris droit de cité dans la médication anti-nerveuse; toutefois elle a l'inconvénient de cyanoser quelquefois les malades. Il ne faut pas dépasser la dose de deux grammes par jour.

M. BALL fait observer que son correspondant a eu surtout pour but de signaler des accidents un peu plus graves, que ceux sur lesquels M. Sée avait déjà attiré l'attention. Quant au mot d'empoisonnement contre lequel M. Sée s'est élevé, M. Ball fait observer qu'en Angleterre, on emploie le mot d'intoxication dans bien des circonstances. L'ivresse elle-même est une intoxication.

M. GERMAIN SÉE, avec M. Dujardin-Beaumetz, a constaté la présence des troubles gastriques, bien plus souvent que dans les premiers temps : cela tient évidemment au mode de préparation. Pour éviter ces accidents, M. Sée a recours à ce qu'il a appelé le rectificateur qui est, ici, le bicarbonate de soude, ou même l'eau de Seltz. D'ailleurs, nos bons pharmaciens fournissent, aujourd'hui, de l'antipyrine parfaitement purifiée, avec laquelle on n'observe plus ces accidents.

Pour ce qui est des injections sous-cutanées, M. Sée, au lieu de les prescrire à la dose de 1 gramme ou de 50 centigrammes à la fois, en fait faire quatre de 25 centigrammes, de cette façon elles ne sont plus du tout douloureuses.

M. OLLIVIER a employé l'antipyrine dans le traitement de la chorée, et ne partage pas l'enthousiasme qu'on a montré pour ce mode de traitement. Il a vu, dans certains cas, la chorée heureusement modifiée par l'antipyrine; dans d'autres cas, il n'a constaté aucune amélioration. Comme nous ne connaissons pas la physiologie pathologique de la chorée, il est impossible d'établir, à son sujet, une thérapeutique rationnelle.

M. FRANÇOIS-FRANCK lit un rapport sur un travail de MM. Hanriot et Richet intitulé : *Étude sur les variations des échanges respiratoires avec la ventilation pulmonaire et sous l'influence du sommeil.*

Démographie du département de l'Ain. — M. LAGNEAU fait un rapport sur la géographie médicale du département de l'Ain, par M. le docteur Aubert, médecin-major.

A propos de la taille des conscrits de ce département, il fait remarquer que c'est dans les villes industrielles, à occupations sédentaires, que se trouvent le plus d'hommes classés dans le service auxiliaire pour défaut de taille, par suite d'un développement incomplet, retardé, défectueux. Mais, en général, la taille, lorsqu'elle n'est pas modifiée dans son évolution par de mauvaises conditions biologiques, se transmet héréditairement comme les autres caractères ethniques. Dans une population homogène, composée d'une seule race, ou de plusieurs races intimement mêlées, ainsi que l'avait fait remarquer Bertillon père, lorsqu'on répartit un grand nombre de conscrits suivant leur taille, on obtient une série régulière de groupes croissants, comprenant des individus de plus en plus nombreux depuis la taille inférieure jusqu'à la taille moyenne, qui correspond au groupe maximum, puis de groupes décroissants, comprenant des individus de moins en moins nombreux, depuis cette taille moyenne jusqu'à la taille la plus élevée.

Mais parfois dans une population composée de deux races non intimement mêlées, au lieu d'un groupe maximum, correspondant à la taille moyenne, on constate deux groupes maxima séparés par un groupe moins élevé. Il en est ainsi pour les conscrits du département de l'Ain, où l'on observe plus de jeunes hommes de $1^m,62$ à $1^m,65$ et de $1^m,67$ à $1^m,70$ que de $1^m,65$ à $1^m,67$.

Ces deux groupes maxima s'expliqueraient par la différence considérable existant, sous le rapport de la taille, entre les Celtes, de petite taille, occupant anciennement cette région, et les Burgondes, de taille très élevée (septipèdes, selon Sidoine Apollinaire), ayant envahi cette même région, au commencement du cinquième siècle.

Cholécystotomie. — M. POLAILLON lit un rapport sur une observation de cholécystotomie suivie de guérison, présentée par M. Terrillon.

Autrefois, lorsqu'on voulait ouvrir la vésicule biliaire, on attendait que des adhérences péritonéales eussent été établies. C'était le procédé de Récamier pour l'ouverture des kystes hydatiques. Grâce aux progrès de l'antisepsie, les chirurgiens ouvrent aujourd'hui hardiment la cavité abdominale : de là sont nées la *cholécystotomie* et la *cholécystectomie*, opérations faites pour la première fois par Sims (1878) et Langenbeck (1882).

C'est à la cholécystotomie que M. Terrillon a eu recours dans la circonstance suivante :

Une femme de vingt-quatre ans portait une tumeur s'étendant des fausses côtes droites jusqu'au-dessous de l'ombilic, de la grosseur d'une tête de fœtus, résistante et tendue, très mobile dans le sens transversal, ne paraissant pas suivre les mouvements de la respiration. Point de douleurs; un peu de gêne, de dyspepsie et d'amaigrissement.

C'était évidemment une tumeur du foie, mais l'existence d'une distension de la vésicule du fiel par une oblitération calculeuse du canal cystique n'était nullement démontrée. En effet, la malade n'avait présenté ni coliques hépatiques, ni décoloration des selles, ni ictère.

M. Terrillon fit, le 23 novembre 1886, une incision médiane, verticale, longue de huit centimètres.

Cela fait on constate, sous la face inférieure du foie, une tumeur fluctuante à parois bleuâtres; c'est la vésicule biliaire que M. Terrillon ponctionne, et dans la cavité de laquelle on constate un calcul biliaire de la grosseur d'un noyau de cerise. La vésicule biliaire est suturée aux deux angles de l'incision abdominale, incisée ensuite, et le calcul est enlevé. M. Terrillon constate un second calcul enclavé dans la muqueuse, qu'il ne peut enlever qu'avec une pince à griffe.

Réséquant ensuite une partie du fond de la vésicule, il suture cette dernière à la plaie abdominale, établissant une large fistule biliaire dans laquelle deux gros drains sont placés.

Au bout d'un mois la fistule biliaire admettait à peine une bougie filiforme, mais il persistait un écoulement de la bile.

Deux mois après l'opération, après deux cautérisations au thermocautère, la fistule était oblitérée. La malade était guérie.

En général, l'incision la plus favorable pour la cholécystotomie est une incision à droite suivant le bord externe du grand droit antérieur de l'abdomen. Afin d'avoir plus de jour on ajoute une incision plus ou moins transversale un peu au-dessous du rebord des cartilages costaux.

M. Terrillon a incisé sur la ligne médiane parce que la tumeur faisait saillie vers l'ombilic, et que, la nature de la tumeur n'étant pas connue, il était désireux d'explorer l'abdomen.

L'ouverture de la vésicule peut donner lieu à deux accidents : l'hémorrhagie, qu'on arrête avec des pinces, et l'épanchement de bile dans le péritoine, qu'on évite en attirant au dehors la vésicule et en protégeant la séreuse avec des éponges.

S'il existe des calculs, il faut les extraire et désobstruer les canaux cystique et cholédoque, ce qui n'est pas toujours facile. Fauconneau-Dufresne conseille de les broyer avec un petit lithotriteur; M. Terrillon s'est servi d'une pince à griffes.

La statistique la plus récente sur la cholécystotomie, dressée par M. Denucé en 1886, mentionne 33 succès et 10 morts. En ajoutant le succès de M. Terrillon et en défalquant un cas de mort due à la maladie primitive, on arrive à une mortalité de 16 p. 100. La cholécystotomie est donc une opération sérieuse, mais qui mérite d'entrer dans le domaine d'une pratique sage et raisonnée. J'es-

time qu'il faut discuter son opportunité toutes les fois qu'une tumeur de l'hypochondre droit ou de la partie supérieure de l'abdomen se complique des accidents de la rétention biliaire. Et il faut la pratiquer si les symptômes font craindre une rupture de la vésicule. Toutefois, je suis d'avis de faire toujours précéder l'opération d'une ponction exploratrice, afin de confirmer le diagnostic.

M. CHATIN lit, au nom de la Commission des remèdes secrets, une série de rapports dont les conclusions négatives sont adoptées sans discussion.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 février 1888. — Présidence de M. Siredey.

CORRESPONDANCE

Emploi de l'acide borique à l'intérieur. — M. TERRIER adresse une lettre à l'occasion de la communication faite, dans la dernière séance, par M. Gaucher. Il critique les expériences de M. Gaucher, rappelle que, depuis 1886, il emploie à l'intérieur le biborate de soude, très supérieur à l'acide borique, dans le traitement des affections des voies urinaires, met en doute les résultats obtenus dans le traitement de l'impétigo, souhaite enfin, sans oser l'espérer, que M. Gaucher ait trouvé dans l'acide borique le moyen de tuer le bacille de la tuberculose.

M. GAUCHER répond qu'il ne reconnaît pas à M. Terrier le droit de critiquer ses expériences, n'en ayant pas fait lui-même; il ne s'explique pas sa revendication, puisqu'il avoue lui-même préférer le biborate de soude à l'acide borique; il fait observer que tous les médecins de l'hôpital Saint-Louis et des hôpitaux d'enfants traitent aujourd'hui l'impétigo par ce moyen, et il termine en disant, relativement à la tuberculose, que M. Terrier aurait pu s'épargner l'ironie avec laquelle il a fait allusion à ce point de sa communication, attendu qu'il n'a jamais prétendu avoir trouvé le moyen de tuer le bacille de la tuberculose, mais simplement avoir constaté une certaine modification dans les crachats des tuberculeux soumis à l'acide borique.

M. SEVESTRE emploie l'acide borique dans le traitement de l'impétigo à l'hospice des Enfants-Assistés et en obtient de très bons résultats.

COMMUNICATIONS

Coronarite primitive. — M. HUCHARD, en son nom et au nom de son interne, **M. WEBER**, fait une communication relative à un cas de coronarite primitive, avec dilatation et atrophie partielle du cœur. (Voir plus haut, p. 170.)

Hémoglobinurie dans le cours du rhumatisme. — M. HAYEM communique l'observation d'une femme âgée de trente-sept ans, ayant eu six grossesses, étant actuellement encore nourrice. Elle a eu une première attaque de rhumatisme en 1886, puis une seconde en décembre 1887; le sixième jour de cette seconde attaque, elle a été transportée à l'hôpital; elle a les urines complètement rouges, douleurs généralisées, adynamie profonde, œdème rhumatismal localisé aux bras et aux mains, sueurs abondantes, pneumonie rhumatismale du côté droit. Les douleurs disparaissent, surviennent les signes d'une péricardite. La malade, qui urinait peu, a une diurèse abondante; la pneumonie et la péricardite s'amendent; elle entre en convalescence. Elle n'avait pas perdu son lait et donne de nouveau le sein à son enfant. Les urines présentent tous les caractères de l'urine hémoglobinurique: pas de globules rouges, grande quantité d'albumine, globules blancs.

L'examen du sérum du sang montre qu'il est normal. En résumé, dans le cours d'un rhumatisme aigu, on voit survenir un accès d'hémoglobinurie. Ce phénomène diffère de l'hématurie en ce qu'il n'y a pas, dans l'urine, de globules rouges, ni même de stroma. Il y avait manifestement une néphrite rhumatismale. Le sérum du sang reste le même pendant l'accès de l'hémoglobinurie. En outre, l'urine de la malade ne dissolvait pas les globules rouges. M. Hayem pense que c'est dans une lésion rénale, qu'il faut chercher la cause de l'hémoglobinurie.

M. BUCQUOY a eu l'occasion d'observer, il y a vingt ans, un fait d'hémoglobinurie paroxystique *a frigore*; c'était un homme pissant de l'urine absolument noire; dès qu'il allait à l'air, il urinait noir, quand il rentrait chez lui, l'urine redevenait normale; pendant plusieurs mois, les choses se passèrent ainsi, ce malade était un rhumatisant. Il n'était pas albuminurique en dehors de ces accès. L'hémoglobinurie paroxystique *a frigore* n'était pas encore connue, mais quand elle a été décrite, M. Bucquoy a parfaitement reconnu cette affection chez ce malade.

M. HAYEM dit que ces malades sont ainsi atteints sous l'influence du refroidissement. Il s'agit bien évidemment d'une altération rénale, mais cette altération n'est pas persistante, puisque, chez ces malades, on ne trouve jamais d'albumine dans l'urine en dehors de ces accès.

M. ALBERT ROBIN a observé deux cas d'hémoglobinurie; dans le premier cas, il s'agissait d'un individu pris d'une franche attaque de rhumatisme aigu. L'urine devint rouge; pas traces de globules rouges, albuminurie considérable. Bientôt apparurent tous les signes d'une néphrite congestive; dans un second cas, l'hémoglobinurie a précédé l'attaque de rhumatisme. Dans ces deux cas, M. Robin a constaté les signes évidents d'une néphrite congestive intense.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1887-1888.

118. M. Houdet. Quelques considérations médicales sur l'escadre de l'amiral Courbet. — 119. M. Mabs. Étude séméiologique du délire hypochondriaque. — 120. M. Rebilland. Du traitement des végétations des organes génitaux externes. — 121. M. Moreau. Du décollement prématuré du placenta inséré normalement pendant les trois derniers mois de la grossesse. — 122. M. Blocq. Des contractures. — 123. M. Riocreux. Syphilis. Hérédité paternelle. — 124. M. Pons. De quelques considérations sur le traitement de la tuberculose pulmonaire. Injections hypodermiques d'eucalyptol. — 125 M. Lamy. Du vomissement utérin en dehors de la grossesse. — 126. M. Leconte (Marcel). La résorcine en médecine.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 2 février 1888, sont nommés membres du Conseil de surveillance de l'administration générale de l'Assistance publique, à Paris :

MM. le docteur Navarre, conseiller municipal de Paris; Blouet, membre de la Chambre de commerce; Thuillier, administrateur du bureau de bienfaisance du Xe arrondissement; le docteur Brouardel, doyen de la Faculté de médecine, pris en dehors de toute catégorie; Bernheim, avoué à la Cour d'appel, pris en dehors de toute catégorie.

— Par décret, en date du 10 février 1888, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Courbet, Grimodie, Amiel, Hamon, Lavergne, Richard, Couzefeyte, Rayneau, Barrault, Laville, Joliot et Delbecq.

— Par décret, en date du 13 février 1888, ont été nommés dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. Blanc et Bros-

sier, médecins auxiliaires de deuxième classe, docteurs en médecine.

— Le ministre de la marine, sur l'avis du Conseil supérieur de santé, a décerné :

1° Le prix de médecine navale, pour l'année 1887, à M. le médecin de première classe Tissot, du port de Toulon, pour son mémoire sur la campagne du *Hussard* (Tunisie, Levant, Mer des Indes, 1885-1887).

2° Une mention honorable à M. le médecin de première classe Randon, pour son rapport sur la campagne de la *Clorinde* (Terre-Neuve, 1887).

Le ministre a, en outre, accordé des témoignages officiels de satisfaction à :

1° MM. les médecins de première classe Cognes, pour son travail sur la campagne du *Vaudreuil* (Mer des Indes, 1885-1887); Hénaff, pour son mémoire sur la campagne du *Nielly* (Mer des Indes, 1885-1887); Sollaud, pour son rapport sur le service médical du 1er régiment d'infanterie de marine (1887); Maget, pour son rapport sur la campagne de l'*Iphigénie* (1887); Clarac, pour son mémoire sur la fièvre bilieuse inflammatoire (1887); H.-M.-V. Hervé, pour son rapport sur le voyage de circumnavigation du transport le *Fontenoy* (1886-1887);

2° MM. les médecins de deuxième classe Marestang, pour son mémoire sur l'île Saint-Barthélemy (1887); Layet, pour son travail intitulé : « Campagne de l'*Ardent*, côtes occidentales d'Afrique » (1886-1887).

— *Faculté de médecine de Paris.* — La reprise des cours dans le grand amphithéâtre aura lieu le jeudi 16 février courant.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. le docteur Roux est nommé chef des travaux du laboratoire de clinique médicale.

— *École de médecine de Besançon.* — M. Saillard, professeur de clinique chirurgicale, est nommé directeur de l'École, en remplacement de M. Chenevier, démissionnaire et nommé directeur honoraire.

— M. le docteur Pousson, agrégé près la Faculté de médecine de Bordeaux et chirurgien des hôpitaux, est nommé médecin consultant du bureau de bienfaisance de Bordeaux, pour le traitement des affections urinaires.

— Dans notre numéro du 17 janvier dernier, nous avons reproduit le conseil, donné par M. le professeur Le Fort, pour le traitement des tannes.

Le savant professeur recommandait l'emploi de l'acide nitrique monohydraté, jaune, fumant, « comme on en trouve, dit-il, chez tous les pharmaciens ou chez les marchands de produits chimiques ».

Un de nos confrères les plus distingués de province nous écrit à ce sujet :

« Je voulais, il y a quelques jours, opérer une tanne à un de mes clients. Mon pharmacien n'avait pas d'acide nitrique monohydraté, jaune, fumant. Je le priai de m'en faire venir seulement dix grammes, dans un petit flacon bouché à l'émeri. Hier, il n'avait pas reçu cet acide nitrique, mais, à la place, la note suivante de la Pharmacie centrale de France, que je transcris :

« D'après les ordonnances qui régissent la police des chemins de fer, l'acide nitrique monohydraté ne peut s'expédier qu'en wagon spécial blindé fourni par l'expéditeur; il est donc impossible de vous donner satisfaction pour votre demande. »

Voyez-vous mon pauvre petit flacon de dix grammes d'acide nitrique dans un wagon blindé! »

— M. Edmond Le Blant, directeur de l'École française de Rome, signalait, il y a deux ans, la découverte, faite à Némi par l'ambassadeur d'Angleterre, lord Lumley, de figurines des plus étranges. C'étaient des torses, sans tête et sans membres, dont la poitrine entr'ouverte laissait voir à nu les viscères, le cœur, les poumons, le foie, représentés de la façon la plus rudimentaire, et placés comme au hasard. S'agirait-il là d'ex-voto, et leur réunion indique-t-elle l'emplacement d'un temple, ou celui d'un magasin? Aucune explication définitive n'a pu encore être fournie, en ce qui touche ces objets, qui semblent jusqu'à présent ne s'être rencontrés qu'en Italie?

A la date du 2 février, M. Le Blant annonce qu'un nouveau dépôt de figurines semblables vient d'être trouvé à Rome, auprès du pont Fabricius, c'est-à-dire dans le voisinage du temple d'Esculape, situé dans l'île du Tibre, et où, d'après les inscriptions, le dieu opérait tant de guérisons miraculeuses. Coloriées, comme l'étaient celles de Némi, ces images sont de dimensions plus grandes et d'une meilleure exécution. On les a, suivant l'habitude, portées au dépôt provisoire établi dans les Thermes de Dioclétien.

— Parmi les savants auxquels l'Association française pour l'avancement des sciences vient d'accorder des subventions leur permettant de poursuivre leurs travaux, nous citerons les noms suivants :

M. le docteur Topinard : pour l'établissement d'une carte de la répartition de la couleur des yeux et des cheveux en France, 1000 francs. — M. le docteur Maurel : études sur les causes de l'action des marais, 100 francs. — M. le docteur Petit : publication des œuvres de Jean Méry, 200 francs. — M. Turquan : publication d'une carte statistique de la répartition de la population en France, 500 francs.

— Il est fondé à Paris une société médicale dite : « Société de stomatologie. »

Elle a pour objet l'étude scientifique des maladies de la bouche, de l'appareil dentaire et de leurs annexes.

Elle se compose : 1° de membres fondateurs; 2° de membres titulaires; 3° de membres correspondants nationaux ou étrangers; 4° de membres honoraires.

Les membres titulaires, correspondants et honoraires, sont en nombre illimité.

Exposé des motifs : Les médecins qui ont pris l'initiative de fonder la Société de stomatologie placent au-dessus de toute contestation que la stomatologie, définie ainsi qu'il est dit ci-dessus, fait partie intégrante de la médecine et qu'elle exige, pour être exercée avec autorité, une instruction scientifique aussi variée et aussi complète que les autres spécialités médicales. Or, l'exercice de la médecine en France n'étant pas libre, ils invoquent l'application du droit commun, c'est-à-dire la pratique de la stomatologie par les médecins.

Ils font appel, en outre, à ceux de leurs confrères exerçant des spécialités dont les points de contact avec la stomatologie proprement dite sont les plus fréquents (laryngologie, rhinologie, otologie, ophthalmologie, etc.). Ils espèrent, par le rapprochement de ces compétences multiples, fonder une œuvre profitable à la science.

Les médecins, désireux d'entrer dans cette société, sont priés d'en informer l'un des membres du bureau dont les noms suivent :

MM. les docteurs Magitot, président, 8, rue des Saints-Pères; Cruet, 2, rue de la Paix; Galippe, 65, rue Sainte-Anne; Moreau-Marmont, 23, boulevard Haussmann; Pietkiewicz, 79, boulevard Haussmann.

— MM. les anciens internes en médecine des Asiles de la Seine sont priés de faire connaître, à la salle de garde de Sainte-Anne, leur adresse exacte.

— Une place d'aide de clinique est vacante, à la clinique laryngologique de l'Institut national des Sourds-Muets de Paris. Les candidats doivent avoir seize inscriptions. — S'adresser les mardis, jeudis ou samedis, à deux heures, à M. le docteur Ruault, chef de service, 127, boulevard Saint-Germain, Paris.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOPITAL NECKER. — M. KIRMISSON.

Cancer du rectum, épithélioma et carcinome, extirpation et colotomie.

Les deux malades dont je vais vous dire quelques mots vont me permettre d'aborder ici, avec vous, la question du traitement opératoire des cancers du rectum.

Ces deux malades sont couchés au numéro 2 et au numéro 20 de notre salle des hommes. Tous deux sont atteints d'un néoplasme de la dernière partie du gros intestin, et le diagnostic, des plus certains, ne présente aucune difficulté. Il s'agit parfaitement bien chez tous deux d'un néoplasme, d'une tumeur cancéreuse ou maligne du rectum. Voilà pour les analogies que ces deux malades nous présentent.

Quant aux différences, elles portent et sur le siège, et sur la nature même de leur néoplasme, partant sur quelques points de la symptomatologie.

En effet, chez le malade du numéro 2, la tumeur néoplasique s'est développée sur la paroi antérieure de l'extrémité inférieure du rectum, ce qui est une condition fâcheuse au point de vue opératoire, ainsi que nous le verrons tout à l'heure, en raison des rapports qu'elle affecte avec les organes génito-urinaires, avec la vessie, l'urèthre, la prostate et surtout avec le cul-de-sac péritonéal, qui expose le chirurgien à l'ouverture de la séreuse péritonéale et, par suite, le malade, à des accidents de péritonite.

Par contre, l'étendue du néoplasme peut être facilement circonscrite avec le doigt dans le toucher rectal. De plus, la tumeur a donné lieu, dès le début de la maladie, à des douleurs lombaires très vives et, de très bonne heure aussi, à un écoulement de sang par l'anus. Cet écoulement sanglant est en rapport avec la consistance même du néoplasme qui, chez cet homme, est friable, se déchire facilement et s'est développé dans l'épaisseur de la muqueuse. Chez lui il s'agit donc, en résumé, d'une tumeur épithéliale, d'un épithélioma du rectum.

Il n'en est pas de même chez le malade du numéro 20. Tout d'abord le siège est différent. En effet, lorsqu'on examine la région rectale, on trouve une petite hémorrhoïde au niveau de l'extrémité inférieure du rectum, mais sans rapports avec le néoplasme proprement dit. Le doigt introduit dans l'anus constate l'existence, sur la paroi postérieure du rectum, d'une plaque cancéreuse, plaque d'une dureté véritablement ligneuse, située à l'extrémité inférieure de l'intestin et remontant seulement jusqu'à 5 ou 6 centimètres au plus de l'orifice anal. Nous aurions donc là de bonnes conditions opératoires et par le peu d'étendue du néoplasme et par son siège sur la paroi postérieure du rectum qui nous tient ainsi éloigné des organes génito-urinaires et du cul-de-sac péritonéal. Mais le doigt enfoncé plus avant dans le tube intestinal ne sentait pas une autre tumeur, une masse énorme, formant relief dans le rectum, située plus haut, et remontant en un point que le toucher rectal ne peut atteindre. Je dois ajouter que cette tumeur n'a jamais donné lieu au moindre écoulement sanguin, à peine quelques gouttes de sang de temps à autre et c'est tout; la production néoplasique, infiltrée dans la paroi du rectum, étant recouverte d'une muqueuse encore intacte à sa surface. Enfin elle n'a pas donné lieu à des douleurs lombaires; elle forme seulement obstacle au cours des matières fécales et rend les selles très difficiles. Bref, il s'agit chez ce malade non plus d'un épithélioma, mais bien, selon toutes probabilités, d'un carcinome vrai du rectum.

En résumé donc :

1° Chez le numéro 2 : tumeur molle, friable, saignant facilement, facilement aussi circonscrite par le doigt et située sur la paroi antérieure du rectum, développée dans l'épaisseur de la muqueuse : soit un épithélomia du rectum limité à la partie inférieure;

2° Chez le numéro 20 : plaque très dure, ligneuse, sans écoulement sanguin, située sur la paroi postérieure du rectum, surmontée d'une masse énorme, impossible à circonscrire avec le doigt, recouverte d'une muqueuse intacte et développée dans l'épaisseur même de la paroi de l'intestin, soit un carcinome du rectum s'étendant très haut.

Ceci dit, abordons la question du traitement opératoire chez l'un et l'autre malades.

Les procédés opératoires proposés contre le cancer du rectum sont différents. Un certain nombre de chirurgiens tiennent pour l'extirpation radicale, que nous pouvons réellement appeler extirpation à outrance, tant elle a été portée loin. D'autres, au contraire, en raison même de la gravité considérable de l'extirpation dans un grand nombre

de cas, sont pour une opération palliative, c'est-à-dire la création d'un anus contre nature.

La découverte de l'antisepsie a encouragé les premiers dans leur opinion de l'extirpation à outrance, et c'est en Allemagne, surtout, que cette opération a été poussée à ses dernières limites, contre les tumeurs cancéreuses du rectum. En Angleterre, au contraire, la plupart des chirurgiens ont opiné pour une opération palliative, pour l'opération d'Amussat ou colotomie lombaire.

En Allemagne, les procédés opératoires ont été poussés à ce point qu'on pourrait taxer certains chirurgiens de folie. Ils n'ont aucune crainte d'ouvrir le cul-de-sac péritonéal pendant le cours de l'opération et, afin de prévenir, si possible, toute péritonite septique consécutive, ils attirent fortement l'intestin en bas, pour le suturer à la peau et obtenir l'occlusion de la séreuse péritonéale. D'autres vont plus loin, ils commencent leur opération par la résection du coccyx, afin de pouvoir aller très haut réséquer ensuite l'intestin dans une étendue plus considérable. Bien plus, au Congrès des chirurgiens allemands, tenu en 1885, on a rapporté des observations dans lesquelles on est allé extirper le rectum jusqu'au point où il s'abouche avec l'S iliaque, et, dans une pareille opération, on poussait la hardiesse jusqu'à désinsérer le muscle grand-fessier, couper le grand ligament sacro-sciatique, le petit ligament du même nom, réséquer le bord latéral du sacrum jusqu'à la deuxième vertèbre sacrée, enfin exciser complètement le cancer et suturer les deux bouts de l'intestin en conservant l'extrémité inférieure du rectum. Cette opération a, dit-on, été faite avec succès, mais quelle a été la survie des malades qui l'ont subie? c'est ce que nous ignorons. Plusieurs chirurgiens allemands l'ont pratiquée. On a discuté si, dans une pareille opération, il fallait suturer les deux bouts de l'intestin exactement ou seulement la paroi antérieure, afin de fermer le cul-de-sac péritonéal et laisser en arrière une fente pour le passage des matières fécales. Je crois que ce dernier procédé a été préféré.

Quoi qu'il en soit, l'opération est de la plus haute gravité, et, sur dix-huit observations, nous trouvons six morts de l'opération elle-même; quant à la durée de la survie, les statistiques, muettes à cet égard, nous portent à penser qu'elle a dû être peu considérable, que la récidive a dû être assez rapide.

Bref, les résultats sont des plus problématiques; aussi, même en Allemagne, un certain nombre de chirurgiens ont-ils réagi contre une pareille pratique. C'est ainsi que Sonnenburg, Kœnig, s'élevant contre ces extirpations du rectum à outrance, en sont revenus à la colotomie dans un grand nombre de cas.

Il est vrai que Kœnig a médité de recourir à une méthode mixte consistant à pratiquer d'abord la colotomie, puis, plus tard, l'ablation du cancer. Du reste, déjà M. Polosson (de Lyon) y avait songé. Mais c'est là une bien grande complexité, et comme les deux opérations ne peuvent pas être faites dans la même séance, à quoi bon imposer à un malade cette double opération?

En résumé, l'opinion qui prévaut en France est l'éclectisme, c'est-à-dire que, parmi les cancers du rectum, les uns peuvent être extirpés, tandis que les autres exigent une opération palliative, l'extirpation devant faire courir aux malades des risques trop graves.

Quant à l'extirpation, et c'est d'elle seulement que je veux dire encore quelques mots avant de terminer, ses indications sont les suivantes : 1° il faut que le doigt circonscrive et dépasse facilement les limites de la tumeur, c'est-à-dire que celle-ci ne s'étende pas à plus de 8 ou 10 centimètres de l'orifice anal; 2° que la tumeur ait conservé une grande mobilité sur les parties voisines. Cependant, dans quelques cas, il ne faudrait pas trop redouter l'ouverture du cul-de-sac péritonéal, celle-ci, grâce aux moyens antiseptiques, n'étant pas fatalement mortelle. Cette ouverture est donc possible, mais dans quelques cas exceptionnels.

De l'opération palliative, c'est-à-dire la création d'un anus artificiel, je n'en parlerai pas, faute de temps, je dirai seulement qu'elle a pour but de supprimer les douleurs et de donner un libre passage aux matières fécales.

Aujourd'hui, je vais pratiquer l'extirpation du néoplasme chez le malade du numéro 2, dont le cancer est facilement limité par le doigt et la tumeur encore mobile sur les parties voisines.

Il n'en est pas de même du numéro 20 chez lequel, seule, est possible une opération palliative, la colotomie; je la ferai dans une autre séance.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Terrillon.

Hydarthrose chronique du genou droit, avec épanchement du cul-de-sac sous-tricipital et datant de trois ans; ponction et lavage antiseptique; compression; guérison.

Cette malade, âgée de vingt-huit ans, après avoir joui d'une assez bonne santé, fut prise, il y a trois ans, de douleurs rhumatismales qui se localisèrent dans le genou droit. Après quelque temps de séjour au lit, la douleur vive ayant disparu, la malade put marcher.

Depuis cette époque, malgré les traitements les plus variés, le volume du genou ne diminue pas, la marche est toujours très pénible et très douloureuse, et la malade s'aperçoit, depuis quatre ou cinq mois, de la présence d'une bosselure au-dessus de la partie gonflée du genou.

Elle entre à la Salpêtrière le 6 mai 1887.

La circonférence du genou droit est de trois centimètres plus grande que celle du genou gauche. L'articulation est tendue et remplie d'une grande quantité de liquide. On trouve, au niveau du cul-de-sac sous-tricipital, un épaississement manifeste et dur. La flexion est très limitée et la marche douloureuse.

Opération, le 15 mai: chloroforme; ponction avec un trocart au côté externe du cul-de-sac sous-tricipital : issue de 250 grammes de liquide citrin filant.

Après l'issue du liquide, on injecte successivement sept ou huit seringues d'eau phéniquée à 3 p. 100; chaque fois le liquide ressort blanc, cailleboté par coagulation des matières albuminoïdes. On cesse quand le liquide revient absolument transparent. La quantité de liquide a été de deux litres et demi environ.

On établit, autour de toute la jambe, une compression ouatée énergique.

Le soir de l'opération, la malade est agitée, a un peu souffert, a eu une réaction un peu violente (39 degrés). Le lendemain, la température est tombée, la douleur a disparu et la malade va aussi bien que possible.

Le vingtième jour, l'appareil est retiré, le genou est absolument sain, sauf la persistance légère de l'épaississement du cul-de-sac.

La malade sort le 13 juin 1887.

Elle revient le 20 juillet. Elle est complètement guérie, sans aucune trace de lésions du côté du genou. Le bourrelet fibreux du cul-de-sac sous-tricipital a complètement disparu.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 février 1888. — Présidence de M. POLAILLON.

COMMUNICATIONS

Des varices des veines des nerfs chez les variqueux. — M. VERNEUIL, à propos de la communication de M. Quenu, confirme absolument l'opinion qu'il a émise sur les varices des nerfs. Il a vu la veine du nerf sciatique devenir très variqueuse. Il y a une autre explication que celle qu'a donnée M. Quenu pour les douleurs, c'est la distension nerveuse résultant de l'augmentation de volume de la veine autour de laquelle est enroulé le nerf.

M. SCHWARTZ confirme par une observation ce que disait M. Quenu sur les douleurs sciatiques des variqueux. Il y a trois ans, il a opéré à Beaujon un malade atteint d'un peloton variqueux de la face interne du genou; après l'opération, les douleurs intolérables dont était atteint ce malade ont disparu. M. Schwartz n'avait cependant pas réséqué le nerf.

M. TRÉLAT, il y a dix ans, a vu une malade âgée de plus de cinquante ans, variqueuse, atteinte de phlébite. Cette malade resta au lit pendant près de quatre mois, se plaignant de douleurs rhumatiques, vagues, puis de douleurs sciatiques généralisées.

Ces douleurs étaient dues évidemment à la compression des veines de son nerf sciatique.

Abcès paludéens. — M. VERNEUIL, relativement à la communication de M. Saboya, fait observer que c'est à M. Laveran que revient le mérite d'avoir trouvé le microbe de la malaria bien avant les médecins italiens. Il figure, sur le tableau, les formes affectées par ce microbe qui est parfaitement reconnaissable.

M. DESPRÉS, à l'occasion de la communication de M. Saboya, fait observer qu'il ne croit pas utile d'admettre une nouvelle variété d'abcès. Il pense qu'il s'agit là des abcès chauds, soudains, décrits par Delpech. La présence de microbes dans le pus ne signifie pas qu'ils soient dus à la maladie dans le cours de laquelle viennent ces abcès.

M. SABOYA fait remarquer que les abcès qu'il a observés n'ont rien de commun avec les abcès chauds, soudains de Delpech. Ils présentaient la marche des abcès froids et ne s'accompagnaient ni de fièvre, ni de rougeur, ni de chaleur, ni de douleur. Ils ont acquis parfois un volume considérable et n'ont apparu que dans les formes graves de la fièvre paludéenne.

Contusion du radial; résection et suture. — M. POZZI fait un rapport sur une observation de M. le professeur Severeano (de Bucharest). Il s'agissait d'un malade ayant reçu un coup de feu et chez lequel une lésion du radial du bras droit était soupçonnée. Une incision ayant mis le nerf à découvert on le trouva brunâtre et aplati. Le chirurgien en réséqua un centimètre et demi et sutura. Réussite opératoire complète, résultat fonctionnel très mauvais; paralysie et atrophie augmentées un mois après l'opération.

M. Pozzi pense que, dans un cas semblable, il vaudrait mieux ne pas réséquer le nerf, mais refermer l'incision exploratrice. La partie contuse du nerf peut fort bien être ensuite pénétrée par la régénération nerveuse à laquelle elle sert de guide; il ne faut jamais, de propos délibéré, interrompre la continuité d'un nerf. L'observation présente est instructive à cet égard.

M. TRÉLAT, dans les cas de contusions nerveuses, de compression par cal, etc., n'a jamais fait de résection, mais seulement des libérations, et a toujours vu, parfois seulement plusieurs mois après, la régénération se faire.

M. TERRIER trouve l'observation de M. Severeano trop incomplète pour être publiée dans les bulletins.

M. LE FORT propose, au contraire, son insertion avec les réflexions de M. Pozzi, les insuccès étant souvent plus instructifs que les succès.

M. CHAUVEL, d'accord avec M. Terrier, ne croit pas qu'il y ait intérêt à publier cette observation.

M. TILLAUX trouve absurde l'idée de sectionner un nerf simplement contus. En outre dans l'observation de M. Severeano, il ne s'agit ni d'une suture primitive, ni d'une suture secondaire.

M. POZZI s'engage à résumer l'observation de M. Severeano.

Cathétérisme rétrograde. — M. TILLAUX rappelle que, dans la séance du 8 avril 1886, M. Monod a lu un travail sur le cathétérisme rétrograde. Il vient de pratiquer cette opération sur un malade âgé de trente-quatre ans, qui tomba à califourchon sur un tréteau. Hémorrhagie, gonflement périnéal, rétention complète d'urine. Après plusieurs jours, on put introduire une sonde qui fut laissée à demeure pendant quelques jours; elle fut rejetée par le malade et on ne put plus introduire une nouvelle sonde. L'urine s'écoulait par la plaie périnéale. C'est dans ces conditions que M. Tillaux reçut le malade à l'Hôtel-Dieu. Il lui fut impossible de pénétrer dans la vessie. Il fit l'uréthrotomie externe sans pouvoir découvrir le bout postérieur. Il ne restait plus qu'une ressource, le cathétérisme rétrograde.

Il fit la taille hypogastrique après avoir donné du borate de soude à l'intérieur et employa le ballon de Petersen; la vessie ouverte, il trouva le col et y introduisit une sonde. Le rétrécissement était tel que la sonde ne put passer par le bout postérieur. Incision, tube à drainage, introduit par l'urèthre et ressortant par la plaie hypogastrique. Le malade a parfaitement guéri.

M. DESPRÉS dans un cas analogue a fait l'uréthrotomie externe pour chercher le bout postérieur. Cette recherche est souvent très difficile. C'est pourquoi M. Després fait une incision transversale et suffisamment large. Il a fait cette opération plusieurs fois avec succès. Cette incision transversale est très supérieure à l'incision verticale recommandée dans les livres.

M. SCHWARTZ, dans un cas très compliqué, ne pouvant trouver le bout postérieur, après une uréthrotomie externe, a ponctionné avec un trocart courbe directement la prostate et a créé un canal par cette voie.

M. LE DENTU, dans ces cas difficiles, va directement chercher le bout postérieur par la prostate et fait une incision antéro-postérieure en avant de la pointe de la prostate. Il a imaginé une sorte de sonde présentant une certaine courbure, permettant de faire le cathétérisme prostato-uréthral. Il s'applique ainsi à remplacer par cette opération simple le cathétérisme rétrograde par la vessie, qui nécessite une taille hypogastrique, ajoutée à une uréthrotomie externe.

M. MARC SÉE, chez un petit malade atteint d'un rétrécissement infranchissable, est arrivé à trouver le bout postérieur par le procédé suivant : il s'agissait d'un enfant de sept ans qui s'était rompu l'urèthre dans une chute sur le périnée. Il fit l'uréthrotomie externe ; arrivé sur le bout de la sonde, il fixa les deux parois du canal incisé au fil qu'il tend et qui lui permet facilement de trouver le bout postérieur.

M. SEGOND fait observer que ce procédé est anciennement connu, et que M. Guyon, entre autres, l'emploie depuis longtemps. Les procédés employés par les chirurgiens, pour la recherche du bout postérieur, sont d'ailleurs très variables et diffèrent suivant les cas. Toutefois, l'opération pratiquée par M. Schwartz, dans le cas dont il a parlé, ne saurait être recommandée comme méthode générale et ne saurait être appliquée que dans des cas exceptionnels.

M. LE FORT indique un moyen de trouver facilement le bout postérieur : c'est de faire prendre au malade une dose de 3 à 4 grammes d'iodure de potassium, et de badigeonner la plaie dans laquelle doit se retrouver ce bout postérieur avec du nitrate de plomb. Il se forme aussitôt un sel d'iodure de plomb jaune qui, en s'écoulant par le bout postérieur du canal, en indique le siège exact.

M. PEYROT communique une observation dans laquelle, ayant fait l'uréthrotomie externe, il eut les plus grandes difficultés à reconnaître le bout postérieur, d'autant plus qu'il existait des fausses routes. En pressant, d'une part, sur la vessie et, d'autre part, sur la prostate à l'aide de deux doigts introduits dans le

rectum, il finit par faire rendre un peu d'urine purulente, qui lui permit de reconnaître que le bout postérieur de l'urèthre se trouvait beaucoup plus en avant qu'il ne le supposait.

M. TILLAUX n'a pas songé à employer l'incision transversale, préconisée par M. Després; il ne croit pas que ce moyen puisse être appliqué dans tous les cas. Quant à pénétrer dans la vessie par la prostate, ainsi que l'a fait M. Le Dentu, il l'a tenté sans pouvoir y parvenir. Il ne lui restait donc plus que le cathétérisme rétrograde après la taille hypogastrique.

PRÉSENTATIONS

Maladie kystique de la mamelle. — M. RECLUS présente une malade atteinte de cette affection assez rare, puisqu'on n'a pu jusqu'ici en réunir que vingt-neuf cas. Cette maladie kystique de la mamelle se reconnaît à l'aide de trois signes principaux : il n'y a pas de tumeur véritable mais une série de bosselures; l'affection est bilatérale; ces bosselures sont dures et ligneuses. Le plus souvent, dans ces cas, on a cru avoir affaire à des cancers. La ponction exploratrice permet d'établir le diagnostic.

La malade, présentée par M. Reclus, a été opérée il y a deux ans, par M. Segond, qui a fait une ablation incomplète. Aujourd'hui les deux côtés sont pris.

M. SEGOND avait cru avoir affaire à une tumeur adénoïde classique. Ce n'est que quand il a eu la tumeur dans la main qu'il a été frappé de son aspect.

M. TRÉLAT fait observer que les limites sont difficiles à préciser entre ces adénomes kystiques et certains fibromes multiples de la mamelle, dont un grand nombre ne sont que des cavités remplies de liquide glandulaire.

M. BERGER se rallie absolument à l'opinion de M. Trélat; reste la question du traitement? Tant que ces tumeurs demeurent stationnaires, on peut les laisser; mais quand elles se développent ou se transforment, l'opération devient indiquée et il faut enlever la mamelle en totalité.

Résection du poignet. — M. LE DENTU présente un malade auquel il a fait, il y a trois mois, la résection du poignet pour une tumeur blanche. La guérison a été obtenue très rapidement, sans suppuration.

Ostéome diffus de la face. — M. LE DENTU présente un second malade qui était atteint d'un ostéome diffus de la face et qu'il a opéré par le procédé d'Ollier pour les polypes naso-pharyngiens. Il n'a pu faire qu'une excision incomplète de l'hyperostose diffuse qui s'étendait jusqu'à l'ethmoïde. Cette opération a été pratiquée il y a un an ; depuis, le tissu pathologique a subi une véritable atrophie; l'air passe beaucoup mieux par les narines. Il n'y a pas de déformation du nez, bien qu'il ait été complètement rabattu.

Pyo-salpingite. — M. TERRILLON présente une double salpingite purulente, avec ovaires kystiques, qu'il a opérée hier.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons de clinique chirurgicale professées à l'hôpital Saint-Louis, pendant les années 1881 et 1882 (1), par M. le docteur PÉAN.

Le cinquième volume des cliniques de M. Péan est divisé, comme les précédents, en trois parties : la première contient les leçons cliniques ; la deuxième, les observations des malades traités de 1881 à 1883; enfin, la troisième, les observations des gastrotomies pratiquées en 1885.

Parmi les leçons cliniques, nous mentionnerons la première qui a trait à la question intéressante et encore peu connue des kystes de la prostate, ainsi qu'une série de leçons sur les suppurations pelviennes ou péripelviennes. Cette étude des collections purulentes du bassin ne comprend pas moins de dix leçons. Mentionnons encore le traitement de la fistule vésico-utérine et du cancer de l'utérus.

Après la statistique des opérations pratiquées dans son service, M. Péan termine par des tableaux représentant la totalité des opérations de gastrotomies pratiquées en 1885. Elles forment une remarquable série de 112 cas, dont 59 se rattachent aux tumeurs de l'ovaire et du ligament large, 7 au mésentère, 7 au péritoine, 4 aux reins, 3 au foie ou à la vésicule biliaire, 1 à l'estomac et 30 à l'utérus.

(1) In-8°. — Prix : 20 francs. — Paris, F. Alcan.

Manuel de pathologie chirurgicale (1), par A. JAMAIN et F. TERRIER; tome III, fascicule II, par Félix TERRIER, A. BROCA et H. HARTMANN.

Dans ce fascicule, si impatiemment attendu, sont traitées et finies les maladies des yeux. Les affections de la face, des lèvres, des joues et des dents forment la fin du volume. Au milieu de ces chapitres particulièrement bien traités, il nous est difficile de faire un choix, mais nous recommanderons tout spécialement l'étude des luxations de la mâchoire inférieure, du cancroïde de la face et des lèvres, et des tumeurs des dents.

Ce deuxième fascicule se continue, d'ailleurs, sur le plan et sur le modèle des volumes précédemment publiés : même clarté, même concision. Les nouveaux auteurs ont poursuivi l'œuvre première, en se donnant pour tâche de dire beaucoup en peu de lignes, en évitant les phrases et les redites, et en terminant chaque chapitre par un index bibliographique d'une incroyable richesse. Toutes qualités qui nous font désirer et espérer la continuation rapide de ce précieux ouvrage.

Allaitement et hygiène des enfants nouveau-nés. Couveuse et gavage [Extrait du *Traité de l'Art des accouchements*, de Tarnier, Chantreuil et Budin] (2).

S'il est un chapitre d'une incontestable utilité pratique, c'est certainement celui qui a trait à l'hygiène des enfants nouveau-nés. Que d'erreurs, que de préjugés malheureusement encore répandus, non seulement dans le public, mais même parmi les médecins. Aussi l'on ne peut qu'applaudir à la publication de cet extrait du livre de nos maîtres en accouchement.

L'ouvrage est divisé en trois parties importantes : la physiologie de la première enfance, — son hygiène particulière, — et enfin l'allaitement et l'hygiène des enfants atteints de faiblesse congénitale.

Nous ne pouvons que mentionner ces importants chapitres, sur la circulation, la température, la respiration, la digestion, la sécrétion urinaire, les modifications de la peau chez le nouveau-né. L'accroissement de la taille, l'augmentation de son poids, l'évolution des sutures et fontanelles, l'éruption des dents de lait : voilà autant d'intéressantes questions qui sont traitées dans la partie physiologique de l'ouvrage.

La seconde partie se subdivise en deux chapitres : les soins divers à donner — et l'alimentation pendant la première enfance. Nous voudrions pouvoir transcrire ici tous les bons et excellents conseils qui sont prodigués dans ce livre, car tout y est prévu et calculé, aucun détail n'est omis : l'habillement, le coucher, le sommeil, les cris de l'enfant, l'heure, la durée de ses promenades, etc.

Plus de cent pages sont destinées à l'étude du lait, de ses caractères physiques, chimiques, de ses différences individuelles suivant les nourrices, l'époque de leur accouchement, etc., etc.

Nous serions entraîné trop loin, si nous voulions rendre compte de tout ce qui est traité dans cet excellent petit livre, que tout praticien doit avoir absolument en sa possession.

(1) In-12. — Prix : 4 francs. — Paris, F. Alcan.
(2) In-12. Prix : 3 fr. 50. — Paris, G. Steinheil.

Contribution à la géographie médicale du Soudan français. Deux ans entre Sénégal et Niger (1), par M. le docteur Louis LOTA.

La lecture du livre de M. Lota est pleine d'intérêt, mais d'une triste réalité. On sent à chaque ligne que l'auteur a éprouvé lui-même ces misères, sans nombre, auxquelles sont exposées certaines de nos armées coloniales; on voit combien il a pâti, souffert, pour les autres et pour lui, quand il écrit ces lignes si amères, et cependant si résignées. Il ne se demande pas pourquoi on persiste dans cette tentative de colonisation homicide. Médecin et soldat, il obéit en allant à son poste. Mais il ne peut s'empêcher de déplorer ces hécatombes, chaque jour renouvelées.

« Si l'on nous demande ce que nous faisons, nous Français, entre Sénégal et Niger, quels bénéfices nous retirons de nos sacrifices en hommes et en argent, pour l'occupation de ces régions lointaines et redoutées, nous dirons que la question n'est pas d'ordre médical, et que l'avenir se chargera de la réponse, » et plus loin, « il est à craindre que notre colonie ne demeure *ce qu'elle est, une ligne de forts dans une vaste nécropole.* »

Cette étude faite dans un style simple, clairement précis, est d'un poignant intérêt, et cette description médicale du Haut-Sénégal est profondément saisissante.

« 40 à 45 p. 100 : telle est la mortalité annuelle des Européens dans le Haut-Sénégal... »

Nous terminons ce rapide aperçu, en citant encore quelques lignes : « Dans la première semaine de mai 1885, la 37e compagnie d'infanterie de marine, arrivée de France, au mois de novembre 1884, avec un effectif de cent hommes, n'avait plus que quatre hommes en état de faire le service, deux sergents et deux soldats. »

Le pouls puerpéral physiologique (Thèse inaugurale) par M. le docteur Pierre LOUGE.

L'étude des modifications normales et successives du pouls de la femme, pendant cette grande période de la vie génitale, constitue un sujet intéressant qu'on avait à peine effleuré, mais dont les documents étaient dispersés, et, qu'en réalité, on ne trouvait traité nulle part.

M. Louge ne s'est pas borné à rassembler les matériaux épars et à les coordonner ; il a tenu à apporter dans ce travail le résultat de ses recherches personnelles. Aussi, il est bien regrettable qu'une œuvre de ce genre ne puisse se prêter à l'analyse et qu'il nous soit impossible de rendre un compte exact de cette étude si consciencieuse et si riche en faits.

Pendant son internat à la clinique obstétricale de Marseille, il lui a été possible d'obtenir, à différentes époques de la grossesse, de l'accouchement et des couches, le nombre considérable de quatre mille tracés sphygmographiques. Rappeler les bases qui ont servi à édifier ce travail, c'est par cela même en faire le meilleur éloge.

Manuel d'antisepsie chirurgicale (2), par M. le docteur Paul TROISFONTAINES.

Le titre de ce manuel dispense presque d'une analyse. Comme le dit, d'ailleurs, l'auteur dès le début de son livre, tout ce qui n'a pas un intérêt pratique immédiat, tout ce qui ne rentre pas directement dans le cadre du livre a été soigneusement et scrupuleusement écarté.

L'ouvrage comprend deux parties distinctes : dans la première M. Troisfontaines passe en revue les substances antiseptiques, l'acide phénique, le sublimé, l'iodoforme, l'iodol, l'acide borique et le chlorure de zinc; il les étudie, compare leurs avantages et leurs inconvénients, et pose les indications qui président à leur choix. Comment doit être une salle d'opérations; comment il faut désinfecter ses éponges, ses serviettes, ses instruments; les aides, le champ opératoire; tels sont les sujets intéressants qui sont successivement traités. L'étude des objets de pansement, fils à ligatures, tubes à drainages, etc., finit cet important chapitre.

La deuxième partie n'est que l'application des conclusions précédentes, c'est la pratique à côté de la théorie, l'auteur y passe en revue les différents traitements à appliquer aux plaies, récentes ou anciennes, infectées ou non, ou compliquées de fractures, de pénétrations articulaires, de corps étranger, etc. Le traitement antiseptique des hernies étranglées, de l'empyème, des abcès froids ou chauds, de l'anthrax, du phlegmon, de l'érysipèle y est longuement et consciencieusement étudié.

Un chapitre sur l'antisepsie obstétricale termine ce livre essentiellement pratique.

A. RICARD.

(1) In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, G. Steinheil.
(2) Petit in-8°. Prix : 3 francs. — Paris, G. Steinheil.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 16 février 1888, ont été promus dans le corps de santé militaire et ont reçu, par décision du même jour, les affectations ci-après indiquées, savoir :

Au grade de médecin principal de première classe. — MM. les médecins principaux de deuxième classe Madamet, en remplacement de M. Arnould, promu. — Maintenu comme médecin chef à l'hôpital de Bordeaux;

Renard, en remplacement de M. Hürst, retraité. — Désigné pour l'emploi de médecin chef de la place et de l'hôpital de Lille.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Roy, en remplacement de M. Teinturier, retraité. — Maintenu provisoirement à l'hôpital de Versailles;

Servent, en remplacement de M. Madamet, promu. — Désigné pour l'emploi de médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte du Mans;

Boutonnier, en remplacement de M. Renard, promu. — Désigné pour l'emploi de médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Nantes.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Perrin, en remplacement de M. Baldy, retraité. — Maintenu au 16e d'infanterie;

Sauveroche, en remplacement de M. Cominal, retraité. — Désigné pour le 81e d'infanterie;

Klein, en remplacement de M. Pasquet, retraité. — Désigné pour le 21e d'infanterie;

Brochard, en remplacement de M. Lambert, retraité. — Désigné pour le 13e d'infanterie;

Donion, en remplacement de M. Roy, promu. — Maintenu provisoirement aux hôpitaux de la division d'occupation du Tonkin et de l'Annam;

Gigon, en remplacement de M. Servent, promu. — Désigné pour le 117e d'infanterie;

Reverchon, en remplacement de M. Boutonnier, promu. — Désigné pour le 115e d'infanterie;

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — M. Bedel, médecin-major de deuxième classe en non-activité pour infirmités temporaires, en remplacement de M. Perrin, promu. — Désigné pour l'hôpital de Toulouse.

MM. les médecins aides-majors de première classe Faroy, en remplacement de M. Laget, décédé. — Désigné pour le 96e d'infanterie;

Rivaud, en remplacement de M. Dreyfus, démissionnaire. — Maintenu provisoirement aux hôpitaux de la division d'occupation du Tonkin et de l'Annam;

Camus, en remplacement de M. Samier, mis en non-activité pour infirmités temporaires. — Désigné pour les hôpitaux de la division d'Oran;

Lapeyre, en remplacement de M. Lasserre, démissionnaire. — Désigné pour le 108e d'infanterie;

Blanc, en remplacement de M. Zœller, démissionnaire. — Maintenu provisoirement au 139e d'infanterie;

Bimler, en remplacement de M. Sauveroche, promu. — Maintenu au 44e d'infanterie;

Baret, en remplacement de M. Klein, promu. — Désigné provisoirement pour le 19e d'infanterie;

Comte, en remplacement de M. Brochard, promu. — Désigné provisoirement pour le 99e d'infanterie;

Baratte, en remplacement de M. Donion, promu. — Maintenu provisoirement aux hôpitaux de la division d'occupation du Tonkin et de l'Annam;

Eon, en remplacement de M. Gigon, promu. — Désigné provisoirement pour le 35e d'infanterie;

Labanowski, en remplacement de M. Reverchon, promu. — Désigné provisoirement pour le 100e d'infanterie.

Au grade de pharmacien principal de deuxième classe. — MM. les pharmaciens-majors de première classe Judicis, en remplacement de M. Viltard, retraité. — Désigné pour l'hôpital de Versailles;

Bernard, en remplacement de M. Mullet, retraité. — Désigné pour l'hôpital de Bourges.

Au grade de pharmacien-major de première classe. — MM. les pharmaciens-majors de deuxième classe Décobert, en remplacement de M. Cothon, retraité. — Désigné pour l'hôpital du camp de Châlons;

Worms, en remplacement de M. Villedon-Denaïde, retraité. — Désigné pour la direction du service de santé du 5e corps;

Haas, en remplacement de M. Judicis, promu. — Désigné pour l'hôpital de Nancy;

Bousson, en remplacement de M. Bernard, promu. — Maintenu à l'Hôtel des Invalides.

Au grade de pharmacien-major de deuxième classe. — MM. les pharmaciens aides-majors de première classe Durieu, en remplacement de M. Décobert, promu. — Désigné pour les hôpitaux de la division de Constantine;

Dulud, en remplacement de M. Worms, promu. — Désigné pour les hôpitaux de la division d'Alger;

Nicolas, en remplacement de M. Haas, promu. — Maintenu à la réserve des médicaments, à Marseille;

Couton, en remplacement de M. Bousson, promu. — Maintenu à l'hôpital du Val-de-Grâce.

— Par décret, en date du 17 février 1888, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. les aides-médecins, docteurs en médecine Kérébel, Barrat et Vallot.

— Par décision ministérielle, en date du 16 février 1888, les médecins et pharmaciens militaires dont les noms suivent ont été désignés pour occuper les postes ci-après indiqués, savoir :

M. le médecin principal de première classe Nogier, pour l'hôpital de Versailles;

M. le médecin principal de deuxième classe Gentif, pour l'hôpital du Gros-Caillou;

MM. les médecins-majors de première classe Haas, pour l'hôpital Saint-Martin; Delmas, pour le 13e d'artillerie; Vigenaud, pour les salles militaires de l'hospice mixte de Clermont-Ferrand; André, pour l'hôpital de Bastia; Defos du Rau, pour le 1er d'artillerie pontonniers; Dantin, pour l'hôpital de Bourges; Quivogne et Audet, pour les hôpitaux de la brigade d'occupation de Tunisie;

MM. les médecins-majors de deuxième classe Hoingne, pour le 146e d'infanterie; Cadot, pour le 21e bataillon de chasseurs à pied; Yvert, pour l'École d'application de Fontainebleau; Testeau, pour le 20e chasseurs à cheval; Villegente, pour le 14e bataillon d'artillerie de forteresse; Ravenez, pour l'École de Saumur; Amat, pour le 104e d'infanterie; Famechon, pour le 117e d'infanterie; Tournier, pour le 7e dragons; de Casabianca, pour le 1er chasseurs d'Afrique; Sourris, pour le 57e d'infanterie; Riff, pour le 148e d'infanterie; Atgier, pour le 3e zouaves; Bony, pour le 82e d'infanterie; Debierre, pour les hôpitaux de la division d'Alger; Brousses, pour le 28e d'infanterie; Gaye, pour le 86e d'infanterie; Cardot, pour le 60e d'infanterie; de Merssemann, pour les hôpitaux de la division d'Alger; Vilmain, pour le 94e d'infanterie; Vielle, pour le 4e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de première classe Mosimann, pour les hôpitaux de la division de Constantine; Pelletier, pour les hôpitaux de la brigade d'occupation de Tunisie; Prost-Maréchal, pour le 3e hussards; Lapasset, pour le 16e dragons; Viger, pour les hôpitaux de la division d'Oran; Gruson, pour les hôpitaux de la brigade d'occupation de Tunisie; Odile, pour le 36e d'artillerie; Pauzat, pour les hôpitaux de la division d'Oran; Letellier, pour le 72e d'infanterie; Quéhéry, pour les hôpitaux de la division d'Alger.

M. le médecin aide-major de deuxième classe Feuillade, pour le 150e d'infanterie.

M. le pharmacien principal de deuxième classe Warnier, pour l'hôpital Saint-Martin.

MM. les pharmaciens de première classe Barillé, pour l'hôpital de Vincennes; Janin, pour la direction du service de santé du 3e corps d'armée; Roman, pour l'hôpital de Bourges.

MM. les pharmaciens aides-majors de première classe Girard, pour l'hôpital de Cambrai; Guillot, pour la pharmacie centrale des hôpitaux militaires, à Paris; Evesque, pour l'hôpital du Gros-Caillou; Rougnon, pour la réserve des médicaments à Marseille.

— Par arrêté ministériel, en date du 17 février 1888, la chaire de physique de la Faculté des sciences de Toulouse est déclarée vacante.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — Un congé d'un an, sans traitement, est accordé, sur sa demande, à M. Lagrange, agrégé.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Ménard est nommé préparateur d'anatomie pathologique, en remplacement de M. Guibert, démissionnaire.

— *École de médecine de Limoges.* — M. Peyrusson est chargé d'un cours de chimie et toxicologie.

— La Société protectrice de l'enfance vient de décerner les récompenses suivantes :

Médaille d'or : M. le docteur Jenot (de Dercy). — *Médailles de bronze :* MM. les docteurs Brun (de Lodon) et Toussaint (d'Argenteuil).

— M. le docteur Descroizilles commencera, à l'hôpital des Enfants-Malades, ses leçons de pathologie et de clinique infantiles, le vendredi 24 février, à neuf heures, et les continuera les vendredis suivants, à la même heure. — Examen des malades avant la leçon, salle Saint-Augustin. — Consultation le mardi, à neuf heures et demie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Éléments de pathologie chirurgicale générale, par M. le professeur Baudry, second volume et dernier fascicule. 1 vol. in 8°. — Prix : 7 francs ; l'ouvrage complet : 13 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Fièvre de surmenage, par M. le docteur Rendon, in-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Sur la pathogénie des accidents nerveux consécutifs aux explosions du grisou, par M. le docteur Gaudin. In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

De l'hystérie alcoolique, par M. le docteur Dreyfous. In-8°. — Prix 1 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Sauf quelques communications épisodiques sur l'antipyrine (analgésine), et sur le réactif de l'acide hydrochlorique dans le suc gastrique des dyspeptiques, la séance a été presque tout entière consacrée à la suite ou plutôt à la reprise de la discussion sur la prophylaxie syphilitique. A la tournure que prend cette discussion, il ne nous paraît pas qu'elle doive être terminée de sitôt. Nous la résumerons quand elle sera arrivée à son terme.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. SEGOND.

Un cas de goître kystique.

Parmi les malades que nous avons à opérer ce matin, il en est une sur laquelle je veux appeler tout particulièrement votre attention. C'est une jeune femme de trente-six ans, chez laquelle l'affection dont elle est atteinte — un goître kystique — a débuté il y a quatorze ans. Elle avait alors vingt-deux ans. La tumeur dont il s'agit offrait alors un si petit volume qu'elle n'en eut cure en réalité. Mais, au bout de deux ans, cette femme étant devenue enceinte, sa tumeur prit rapidement et pendant quelque temps d'assez grandes dimensions, après quoi son développement s'arrêta complètement. Aussi, comme elle n'en ressentait aucune souffrance, aucune gêne, elle ne s'en préoccupa pas davantage.

Les choses restaient donc en l'état lorsque, il y a six mois, sans qu'elle en sache la cause, elle vit sa tumeur grossir assez rapidement. Cette fois, elle commença à s'en inquiéter et cela d'autant plus, qu'en même temps, elle éprouvait, pour la première fois, non pas de véritables douleurs, mais seulement un certain degré de gêne dans la respiration et dans les mouvements. Enfin, gêne et volume croissant, elle vint consulter M. Trélat, qui la fit entrer dans ses salles, traita la tumeur par la ponction suivie d'injections de teinture d'iode, évacuant chaque fois la cavité kystique, dont il retira, chaque fois aussi, 75 grammes de liquide jaune citrin, les remplaçant par la valeur de deux petites seringues de Pravaz de teinture d'iode. Cette petite opération répétée deux fois, comme je viens de le dire, ne fut suivie d'aucune réaction inflammatoire ; mais en revanche, elle ne détermina, non plus, aucune modification dans le volume de la tumeur, ni dans la gêne, dont la malade se plaignait dans les mouvements et en respirant.

Aussi, bientôt cette femme ne voulut-elle plus entendre parler de ponction ni d'injection, et réclama-t-elle à cor et à cris qu'on la débarrassât de son goître, par une intervention chirurgicale tout autre. C'est ce que nous allons faire dans quelques instants.

La tumeur est située sur le côté droit du cou, à droite du larynx, au niveau du lobe droit du corps thyroïde. La peau qui la recouvre n'a subi aucune modification, elle se plisse facilement et n'a contracté aucune adhérence avec la tumeur. La largeur de celle-ci est de 10 centimètres sur 7 de hauteur; elle est mobile sur le tube laryngo-trachéal et sur les parties profondes et s'arrête, en bas, à un bon travers de doigt au-dessus de la fourchette sternale. Si l'on cherche à se rendre compte de sa consistance, on sent qu'elle est fluctuante, molle, (mollesse, non pas du goître folliculaire simple, mais du goître kystique). La présence d'un liquide a d'ailleurs été prouvée lors des deux ponctions auxquelles elle a été soumise et qui, chaque fois, ont donné 75 grammes de liquide.

Bref, le diagnostic est facile : il s'agit d'un goître kystique, unilatéral, bénin dans ses connexions. Je n'entrerai pas ici dans les questions d'étiologie du goître, je me bornerai à dire que cette femme est originaire de la Picardie où l'on rencontre un certain nombre de goîtreux, que sa mère a été goîtreuse aussi, mais que nous ne trouvons pas la moindre trace, chez notre malade, de crétinisme.

En présence d'une tumeur pareille à celle de notre malade, nous avons à nous demander si nous devons intervenir. Vous savez que nombre de goîtreux vivent jusqu'à un âge très avancé, sans en éprouver jamais aucun inconvénient, ni accident. Je me suis même laissé dire que, chez une jeune fille de Saint-Jean-de-Maurienne, le goître était devenu un attrait de plus pour ses concitoyens ! Mais à côté de ces faits il est certain aussi que des goîtres, très bénins au début, ont eu, à un moment donné, les conséquences les plus sérieuses, qu'ils ont donné lieu aux accidents les plus graves, et même entraîné la mort. Nous savons très bien les phénomènes de compression qu'ils peuvent déterminer sur la trachée, les nerfs, les vaisseaux, l'œsophage, etc., nous savons aussi qu'ils peuvent être le point de départ d'accidents inflamma-

toires et hémorrhagiques. Aussi, dans un certain nombre de cas, y a-t-il lieu d'intervenir.

C'est ce que nous devons faire ici. La tumeur kystique, au lieu d'être restée stationnaire ou d'avoir eu une évolution lente, a pris tout à coup, au contraire, un développement rapide, d'où la possibilité d'accidents à un moment donné. D'ailleurs, la malade se plaint d'une gêne très vive et s'inquiète, au point qu'elle nous supplie de l'opérer, de lui enlever son goître.

Mais à quelle opération faut-il recourir? Les goîtres ont été classés en deux grandes divisions : 1° les goîtres parenchymateux; 2° les goîtres kystiques. Les premiers ont été traités dans maintes occasions par les injections interstitielles de teinture d'iode. Je les ai également employées et elles m'ont donné des succès sinon absolument complets, du moins assez considérables pour y avoir recours à l'occasion. La priorité d'emploi de ces injections interstitielles appartient à M. Lutton (de Reims). M. Duguet a publié 36 observations dans lesquelles elles ont donné aussi des résultats merveilleux, avec le temps et la bonne volonté du malade. Ce n'est pas à dire pour cela qu'on n'a *jamais* eu ni échec, ni accidents; elles ont quelquefois été suivies de mort subite; mais en somme ces faits-là sont très rares, et, dans l'immense majorité des cas, elles ont parfaitement réussi et sans aucun accident.

Voilà pour les kystes parenchymateux du corps thyroïde.

Mais ici, chez notre malade, nous avons affaire à un goître kystique où les injections d'iode dans la poche conviennent mieux encore; mais celles-ci, si bonnes, si favorables qu'elles soient, sont quelquefois aussi suivies d'accidents sérieux, par exemple dans le cas de minceur très grande des parois; d'autres fois, dans le cas de cavité anfractueuse, de loges multiples, les injections iodées ont été inefficaces, ont été suivies de récidives ou de suppuration. Je me rappelle certain vieillard chez lequel, malgré toutes les précautions antiseptiques que j'ai prises, malgré tous les soins donnés à l'opération, l'injection de teinture d'iode a été suivie de la formation d'un vaste phlegmon du cou et quelques jours plus tard d'une hémorrhagie foudroyante due à l'ulcération de la carotide.

Ainsi donc, bien que la teinture d'iode rende généralement de très grands services, on ne doit pas affirmer qu'elle ne peut donner lieu, dans certains cas, à des accidents graves. En raison même des excellents résultats que les injections iodées donnent chaque jour, j'avais proposé à ma malade de continuer le traitement commencé par M. Trélat, mais elle n'a pas voulu en entendre parler et elle exige une opération, sinon elle quitte l'hôpital. Vu, donc, l'évolution brusquement rapide de sa tumeur, vu l'histoire générale des goîtres et la volonté formelle de la malade, je considère qu'une opération est opportune. Mais laquelle? Celles qui sont décrites dans les auteurs anciens et que M. Boursier a parfaitement rappelées dans sa thèse d'agrégation sur les tumeurs du corps thyroïde : séton, drainage, caustiques, incision large? Non, attendu que tous ces procédés basent la guérison sur la suppuration, c'est-à-dire sur la complication la plus grave qu'on puisse redouter.

Restent donc trois opérations : la thyroïdectomie totale, la thyroïdectomie partielle et l'incision antiseptique. Cette dernière, qui consiste à inciser, ouvrir la tumeur, laver sa cavité, coudre les deux lèvres et terminer par le pansement compressif, de façon à obtenir la réunion par première intention, est une bonne opération, mais dans le cas où la tumeur est uniloculaire et les parois molles. Mais ici, si le goître est uniloculaire, par contre ses parois sont épaisses et rigides; par suite, nous n'aurions guère de chance d'obtenir une coaptation parfaite.

Quant à la thyroïdectomie totale, je n'entrerai pas dans des détails à son sujet, je me bornerai à dire qu'elle est absolument condamnée en raison des accidents auxquels l'enlèvement du corps thyroïde donne lieu, alors même qu'on a obtenu la guérison opératoire : tétanie, hallucinations bizarres, manie aiguë, troubles cérébraux graves et prolongés, enfin, ainsi que l'ont démontré Reverdin et Kocher, un état voisin du myxœdème et du crétinisme vrai, une sorte de myxœdème post-opératoire ou cachexie résultant de la suppression des fonctions inconnues de la glande thyroïde.

Il n'en est plus de même de la thyroïdectomie partielle, car dès qu'on laisse un peu de tissu thyroïdien, aucun de ces accidents ne se produit. C'est à cette opération que je vais avoir recours chez ma malade, et par le procédé dit d'énucléation. Il consiste dans une incision verticale, unique, médiane, avec le bistouri, prolongée jusqu'à ce qu'on soit arrivé sur la tumeur, puis dans l'énucléation avec l'ongle ou la pointe des ciseaux mousses, afin de respecter absolument les vaisseaux et les filets nerveux de la région. De plus, il faut aller vite, à cause des dangers auxquels l'opération expose parfois les malades. J'opère sous le chloroforme, car je m'en suis toujours bien trouvé, quoique d'aucuns l'aient condamné. De plus, je rejette les lavages abondants avec une solution phéniquée forte, de peur de certains accidents possibles (dyspnée, aphonie, etc.), je me borne à une toilette aussi propre et soignée que possible et à me servir du spray dont l'humidité joue un rôle très favorable dans l'opération.

J'ajoute que l'on doit toujours prévoir le cas où l'on serait forcé de pratiquer la trachéotomie par suite du ramollissement des anneaux de la trachée et de la suffocation qui en serait la suite. Dans le cas présent, je serais très surpris d'un pareil accident.

Enfin, la seule difficulté, la seule crainte toujours redoutable est l'hémorrhagie qui quelquefois est épouvantable. Je ne saurais oublier celle qui se produisit lors de ma première thyroïdectomie, chez un individu dont le goître énorme retombait au milieu du sternum et que je ne parvins à arrêter qu'en énucléant brusquement, en quelques secondes, la tumeur, et bourrant aussitôt la plaie d'une éponge.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Fournier.

De l'urticaire en général et de ses variétés, fièvre ortiée, urticaire chronique, etc.

I

Il est des circonstances, aussi multiples que diverses, où se produit à la peau une éruption d'un genre tout spécial, dite communément urticaire. Exemples : Un individu se pique à des orties, et tout aussitôt apparaît, au niveau de la partie piquée, une série de plaques congestives, légèrement élevées, blanchâtres à leur partie centrale, rosées à leur périphérie, qui persistent pendant un certain temps (un quart d'heure, une demi-heure), puis s'effacent. On dit que cet individu vient d'avoir de l'urticaire.

Un autre sujet mange des moules et, après son repas, est pris de malaises, vomissements, anxiété générale, tandis qu'apparaît sur sa peau une éruption, rappelant exactement l'éruption que produit le contact de l'ortie avec les téguments, mais plus intense, bien autrement confluente, disséminée, parfois même presque généralisée. On dit encore que ce sujet est affecté d'urticaire.

Une femme nerveuse, voire même parfois un homme nerveux, éprouve une émotion violente, un accès de colère, et, à quelques minutes ou quelques heures de là, son corps se couvre d'une éruption du même ordre, persistant pendant plusieurs heures ou plusieurs jours. On dit encore que cette femme ou cet homme ont éprouvé une urticaire par émotion morale, une urticaire nerveuse.

Sans causes connues ou appréciables, un sujet est affecté, pendant une semaine environ, d'un état fébrile avec troubles généraux divers (malaises, frissonnements, céphalalgie, accablement, état gastrique, troubles gastro-intestinaux, etc.), et pendant tout ce temps se succèdent à la peau des poussées éruptives, rappelant encore, par leur modalité, l'éruption ortiée. On dit encore qu'il s'agit d'une urticaire, en y ajoutant l'épithète *aiguë* (urticaire aiguë ou fièvre ortiée).

Tel autre, non plus pour une semaine, mais pendant des années, pendant une fraction considérable de son existence, même parfois pendant toute sa vie, est sujet à des poussées éruptives du même genre, qui ne font, comme on dit vulgairement, qu'aller et venir, paraître et disparaître, constituant pour lui un véritable supplice à répétitions incessantes, constituant ce que l'on appelle l'urticaire chronique.

Un malade est affecté d'un kyste hydatique du foie. On ponctionne la tumeur et, quelques minutes plus tard, le corps se couvre d'une éruption ortiée qui disparaît, soit le lendemain, soit au bout de deux, trois, quatre, cinq jours. C'est encore là une urticaire, une urticaire par ponction d'un kyste hydatique. Certains auteurs ont même considéré cette éruption comme un témoin de la pénétration du liquide hydatique dans quelque grande séreuse.

Un autre encore vit dans un milieu marécageux, palustre; il y a contracté des fièvres intermittentes, et chacun de ses accès fébriles s'accompagne d'une poussée d'urticaire apparaissant avec le stade de chaleur et disparaissant avec l'accès. On le dit affecté d'une fièvre palustre avec urticaire. Ou bien encore ce même malade, sans présenter d'accès fébriles, est affecté d'éruptions ortiées, qui reviennent périodiquement avec le type tierce ou quotidien, par exemple, et durent à peu près ce que dure son accès. C'est là, dit-on, une fièvre larvée, un accès palustre apyrétique, sous le masque d'une urticaire intermittente.

Enfin, voici un sujet qui, pour une raison quelconque, à la suite, par exemple, d'une grande opération, est affecté de pyohémie avec accidents septicémiques. Il sera mort dans quelques jours; soudain apparaît sur lui une éruption ortiée, c'est l'urticaire septicémique.

Et ainsi de tant d'autres cas que je pourrais citer, si les exemples précédents ne suffisaient pas à la démonstration que je poursuis.

S'agit-il chez tous ces sujets d'une seule et même maladie, se produisant sous la forme d'une éruption cutanée? d'un seul et même mal, au sens nosologique du mot? L'urticaire qui succède au contact des orties ou à l'ingestion de moules est-elle la même maladie que celle qui, sous le nom d'urticaire chronique, persécute un sujet pendant de longues années, et cette dernière est-elle la même, à son tour, que celle qui apparaît au cours d'une infection palustre ou d'une septicémie? Non, en toute évidence, il ne s'agit pas là d'une *urticaire-maladie*, intervenant sur la scène clinique, sous des influences essentiellement diverses, et sous des types absolument opposés, mais bien d'une *urticaire-symptôme*, se produisant en tant que symptôme, à propos d'excitations variées. Il en est de ce symptôme cutané comme de tant d'autres, qui se produisent au cours de maladies multiples, à titre de manifestations banales, comme de la fièvre ou de la toux par exemple. Il en est de l'urticaire comme de la roséole, qui peut traduire des états morbides très différents les uns des autres.

En réalité l'urticaire n'est pas une maladie, mais une simple modalité éruptive, un type dermatologique; et ce, à nul autre semblable, en vertu des quatre caractères suivants :

1° Physionomie absolument spéciale de la lésion cutanée dite urticaire, consistant en une élevure cutanée congestive, à centre anémié, blanc, et à contour rosé;

2° Caractère essentiellement et fortement prurigineux de cette lésion;

3° Apparition soudaine et constitution, pour ainsi dire, instantanée de cette lésion, à son maximum de développement;

4° Durée éphémère et disparition par une sorte de déliquescence de rapidité non moins extraordinaire.

Certes l'urticaire est susceptible de nombre d'aspects et de variétés objectives. Mais à ne la considérer que dans son type parfait, accompli, elle se présente sous la forme d'une élevure congestive de la peau, nettement circonscrite comme contour, variable d'étendue, mais affectant en moyenne celle d'une pièce de 50 centimes ou de 1 franc; variable anssi de configuration, c'est-à-dire orbiculaire, ovale ou absolument irrégulière et capricieuse de graphique; plus ou moins saillante mais s'accusant toujours par un certain relief; ferme sous le doigt et présentant au toucher une certaine rénitence.

Mais de tous ces caractères, le plus frappant est l'aspect de la plaque constituée par une élevure dont le centre décoloré, blanchâtre, et quelquefois même absolument blanc, est circonscrit par une collerette érythémateuse, rosée. Cet aspect d'un blanc perlé, transparent, lui avait fait donner, par les anciens, le nom d'urticaire-porcelaine; il est d'autant plus pathognomonique, avec sa collerette rosée, qu'il répond à la nature même de la lésion, dont il est l'expression extérieure.

En effet, l'anatomie pathologique nous apprend que la plaque d'urticaire est constituée par un œdème anémique, circonscrit à la surface cutanée occupée par cette plaque. On constate à son niveau une infiltration œdémateuse des couches épidermiques et du derme; un gonflement œdémateux des cellules du réseau de Malpighi et du tissu dermique, des leucocytes répandus à profusion dans les couches dermiques et épidermiques et, de plus, un état véritablement anémique du derme. Au pourtour, au contraire, et dans les couches profondes, les réseaux vasculaires sont dilatés et gorgés de sang.

De là cette interprétation qui s'impose : La congestion initiale, d'où procède l'urticaire, a pour effet immédiat de déterminer, dans le district cutané où elle se produit, une suffusion séreuse et une diapédèse de leucocytes. D'où

turgescence locale et constitution de la papule ortiée. Puis ces produits d'infiltration et de diapédèse venant à distendre subitement des tissus à trame dense et non préparés à cette distension, il se produit une réaction sur les vaisseaux, une contre-pression. Tout l'élément vasculaire de la région est comprimé, les vaisseaux se resserrent, la circulation s'y ralentit, ils reçoivent moins de sang. Conséquemment il se fait une diminution de l'irrigation sanguine dans le district ainsi affecté, une véritable anémie mécanique, laquelle se traduit tout naturellement par la décoloration des téguments.

Dans son type accompli, la plaque d'urticaire se présente avec un certain degré de consistance, de fermeté, de rénitence, résultant de la distension, de l'infiltration du tissu par la suffusion séreuse.

A ce premier caractère vient s'en ajouter un second, qui, pour n'être plus que subjectif, n'en imprime pas moins à l'affection une modalité clinique distinctive, c'est-à-dire l'ardeur prurigineuse de l'élément éruptif ortié, laquelle constitue réellement une double sensation : 1° une sensation de chaleur vive, intense, désagréable, de cuisson, de brûlure réelle; 2° une sensation de prurit, de démangeaison, laquelle s'accompagne du besoin instinctif et irrésistible de grattage, quelquefois même avec fureur ou frénésie. De là l'irritation, l'excoriation de la papule lacérée, déchirée par les ongles, jusque pendant le sommeil, tant le grattage est irrésistible, malgré la cuisson et la recrudescence de prurit, qui en sont la conséquence.

Je traitais dernièrement une jeune femme affectée d'une urticaire interne. Très nerveuse, à la vérité, et très intolérante pour la moindre douleur, elle se grattait avec furie, si bien qu'elle s'était littéralement écorchée plusieurs parties du corps. Aussi, de sa propre inspiration, pour éviter ces égratignures cutanées, elle ne quittait plus ses gants, même la nuit, en vue de préserver sa peau du contact des ongles.

L'ardeur locale et le prurit atteignent, dans l'urticaire, une intensité telle que ces deux symptômes confèrent, à l'affection, une allure presque distinctive; ils ont même ceci de tout à fait spécial, qu'ils précèdent, pour ainsi dire, l'apparition de l'éruption. C'est ainsi qu'un malade sent tout à coup une démangeaison, il se gratte et aussitôt une rougeur apparaît qui s'étend, diffuse, s'exhausse et devient une plaque ortiée. En même temps l'ardeur locale et le prurit atteignent d'emblée leur apogée et persistent, se prolongent tant que dure la plaque, avec des séries alternantes de rémission et d'exacerbation passagère.

Deux autres symptômes complètent la caractéristique de la plaque ortiée : ce sont des particularités d'évolution non moins spéciales et non moins distinctives que les précédentes.

Le premier peut se formuler ainsi : Apparition soudaine et constitution, pour ainsi dire instantanée, de la papule ortiée à son summum de développement. En effet, on voit soudain apparaître en un point de la peau une rougeur déjà accompagnée, ainsi que nous venons de le dire, par une certaine ardeur locale avec prurit. Très rapidement cette rougeur s'étend, diffuse, envahit un petit district cutané, puis s'exhausse en pâlissant dans sa partie centrale. De minute en minute, ce processus s'accroît, se confirme, se développe. Bref, après un temps variable, en cinq ou dix minutes en moyenne, la papule ortiée se trouve constituée à son maximum de développement, maximum qu'elle ne dépassera pas. En cinq ou dix minutes, elle naît, croît et devient adulte, dans sa forme accomplie et définitive.

Du reste, il est un ordre de cas où l'on peut créer à volonté l'urticaire et la voir naître et se développer, montre, en main. Ces cas sont relatifs à ce qu'on a appelé l'*urticaire factice* ou *artificielle*. Chez quelques sujets il existe, à un moment donné de leur existence, une telle susceptibilité de la peau, qu'il suffit du moindre contact, du moindre attouchement, de la moindre pression pour que, au point touché, se constitue une élevure ortiée. C'est ainsi qu'une ligne, par exemple, tracée avec l'ongle sur la peau de ces sujets, devient tout aussitôt un ruban d'urticaire. On peut profiter de cette disposition singulière pour reproduire, en relief ortié sur la peau, des lignes, des dessins, pour y écrire des mots qui apparaissent sous forme d'élevures ortiées blanches, encadrées de rose.

Voici d'ailleurs comment les choses se passent : Avec l'ongle ou la pointe d'un crayon, on trace une ligne sur la peau d'un de ces malades à urticaire factice, qu'on a appelés des malades *autographiques*, *dermographiques*. Instantanément le tracé de cette ligne se traduit sur la peau par une ligne blanche, absolument blanche, décolorée. Une demi-minute plus tard, cette ligne blanche rougit vivement, puis s'exhausse, s'élargit en blanchissant, tandis que, sur chacun de ses côtés, se constitue une ligne rouge parallèle. Puis la figure blanche s'exhausse encore jusqu'à atteindre un ou deux millimètres de relief sur une largeur de deux, trois, quatre millimètres. Et, en cinq minutes, et même quelquefois moins, le phénomène est à son apogée.

Cette instantanéité d'apparition, cette rapidité de développement complet, sont absolument caractéristiques de la papule ortiée.

Quant au second phénomène d'évolution de l'urticaire, c'est la durée éphémère de la papule ortiée et sa disparition par une sorte de délitescence de rapidité non moins extraordinaire.

Nous l'étudierons dans notre prochaine leçon.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 février 1888. — Présidence de M. Hérard.

CORRESPONDANCE

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de candidature de M. le docteur Quinquaud, agrégé à la Faculté de médecine, pour la section de physique et de chimie médicale;

2° Un pli cacheté, déposé par M. le docteur Seure, relatif au traitement de la fièvre typhoïde (Accepté);

3° Une note de M. le docteur Pradère, dentiste à Lyon, relative à un appareil inhalateur pour le traitement de la phthisie pulmonaire.

Recherche de l'acide chlorhydrique dans le suc gastrique des dyspeptiques. — M. Constantin Paul. Dans la séance de l'Académie du 17 janvier 1888, M. le professeur G. Sée a communiqué les résultats que lui a donnés, pour la recherche de l'acide chlorhydrique dans le suc gastrique des dyspeptiques, le réactif de Günsburg, solution de fluoroglycine vanilline.

Pour se procurer le suc gastrique, M. G. Sée fait ingérer au malade en expérience un blanc d'œuf dur et un verre d'eau. Soixante minutes après le repas, il extrait une portion du contenu de l'estomac et l'examine à l'aide du réactif.

Dans certains cas, il note une coloration rouge indiquant l'exis-

tence d'un acide inogarnique, tandis que d'autres fois cette coloration fait défaut.

Nous ne spécifions pas la nature de l'acide inorganique que M. G. Sée déclare être de l'acide chlorhydrique; le réactif de Günsburg décèle la présence d'un acide inorganique quelconque.

Nous avons repris les expériences de M. G. Sée. Nous avons d'abord vérifié l'extrême sensibilité du réactif; des traces d'acide sulfurique, d'acide nitrique, chlorhydrique, etc., nous ont donné la coloration rouge, tandis que les acides organiques chimiquement purs, tels que les acides lactique, tartrique, acétique, benzoïque, n'ont donné aucune réaction.

Ce point acquis, nous nous sommes procuré une série d'œufs de fraîcheur différente, et, après les avoir fait durcir, nous avons prélevé sur chacun d'eux un égal poids de blanc, que nous avons trituré avec un poids donné d'eau distillée.

Nous avons recueilli séparément les liquides et nous les avons essayés avec la fluoroglycine vanilline, en évaporant quelques gouttes du mélange sur le bord d'une capsule de porcelaine.

L'œuf du jour n'a pas donné de réaction bien nette.

L'œuf de cinq jours a donné une coloration rose.

Trois œufs d'une fraîcheur douteuse, mais encore mangeables, ont donné la coloration rouge intense. En un mot, l'intensité de la réaction a été en raison inverse de la fraîcheur des œufs, ce qui s'explique par la présence d'une quantité croissante d'acide sulfhydrique.

Nous avons constaté, de plus, qu'une goutte d'une solution d'hydrogène sulfuré, récemment préparée à l'aide de gaz bien lavé, donnait la réaction rouge; que le phosphate de soude à réaction alcaline, le phosphate tribasique de chaux, la donnaient également.

Nous ajouterons que chacune de ces expériences a été répétée plusieurs fois, à plusieurs jours d'intervalle, et que le réactif était chaque fois essayé seul et ne rougissait pas; que ces expériences ont été répétées par M. Palungié, chimiste à la Pharmacie centrale, et qu'il n'a pu se glisser aucune cause d'erreur dans nos manipulations.

Nous croyons donc pouvoir conclure qu'il n'y a aucune indication à tirer de la réaction de la fluoroglycine vanilline pour affirmer l'existence de l'acide chlorhydrique dans le produit de la digestion, si l'on emploie, pour se procurer le suc gastrique, le procédé indiqué par M. Sée.

Accidents produits par l'antipyrine (analgésine). — M. G. SÉE, dit que certains reporters politiques ont mal compris la discussion qui s'est élevée ici, dans la dernière séance, à propos de l'antipyrine. Il ont jeté l'alarme dans la population en disant que l'Académie avait, par son vote, condamné ce médicament.

Après avoir lu une lettre de M. Daremberg, qui a toujours obtenu d'excellents résultats de l'antipyrine chez les tuberculeux et les migraineux, M. Sée revient sur le travail de M. Jennings. Cet auteur, après avoir, dans un travail publié dans *The Lancet*, reconnu l'efficacité incontestable de l'antipyrine, rapporte un cas où il a vu survenir des accidents. Ces accidents, fait observer M. G. Sée, sont essentiellement bénins; au lieu de recourir, comme on l'a fait, au traitement par l'atropine, qui a pu déterminer des phénomènes d'intoxication, il faut savoir s'abstenir. En deux ou trois jours la guérison survient.

M. LABORDE, à propos du procès-verbal de la dernière séance, revient sur la question soulevée par la communication de M. Ball relative aux accidents produits par l'analgésine.

Ces accidents procèdent du mode d'action physiologique et toxique (quel qu'en soit le degré) de la substance, et cette action doit être considérée à ce point de vue, à la fois dans ses effets locaux et dans ses effets généraux sur l'organisme.

I. Localement, au contact même des tissus dans l'injection hypodermique, elle exerce une action irritative plus ou moins marquée, selon la dose, et amène l'insensibilisation des parties touchées.

Les tissus eux-mêmes, notamment le tissu des muscles, éprouvent à ce contact une modification d'aspect et de couleur dans le sens de la rubéfaction congestive, qui témoigne, pour sa part, de cette action *in situ* de nature irritative.

C'est évidemment à cette même action locale et de contact qu'il convient d'attribuer l'effet douloureux du côté de l'estomac et de malaises parfois très accentués, avec nausées, chez certains sujets, à la suite d'une ingestion d'antipyrine. La douleur est surtout vive, lorsque l'ingestion est faite à jeun, ou à vide, et c'est pourquoi il importe, même en dehors des précautions suggérées par cette éventualité, telle que l'absorption simultanée d'eau gazeuse ou bicarbonatée, ou l'addition de chlorhydrate de cocaïne, il importe d'administrer, autant que faire se peut, le médicament au moment même et au commencement du repas.

J'ajouterai, ce qui n'a pas été peut-être suffisamment remarqué, que cette action irritative et douloureuse ne se borne pas à l'estomac et qu'elle s'étend aussi assez fréquemment à l'intestin, en déterminant de plus ou moins vives coliques, suivies de diarrhées accidentelles.

Il n'est pas sans intérêt de noter, que les effets sur le tube digestif de l'antipyrine appartiennent aussi, comme tout le monde le sait, à la quinine.

II. Relativement à ses effets généraux, à la suite de son absorption et de sa répartition généralisées dans l'organisme, l'antipyrine doit être considérée comme exerçant une influence prédominante élective sur le système nerveux, à la fois du côté de la sphère cérébrale, en abaissant le taux de la perception consciente, et du côté du centre bulbo-myélique, en réduisant et atténuant les phénomènes excito-moteurs : d'où résulte son action analgésiante, qui est sa caractéristique médicamenteuse. Ce siège électif et ce mode d'action rendent compte des effets ultra-physiologiques, qui peuvent précéder ou accompagner les effets médicamenteux, qu'ils servent en même temps à expliquer : notamment l'état vertigineux, de collapsus et d'abattement, parfois avec un peu de stupeur.

Il n'est pas jusqu'aux poussées exanthématiques et même énanthématiques si l'on en juge par l'injection de la muqueuse gastro-intestinale chez les animaux, qui ne se conçoivent et ne s'expliquent, tant avec l'antipyrine qu'avec la quinine, sur les modifications vaso-motrices.

III. Mais il est, dans la production des accidents qui peuvent s'attacher à l'emploi de l'antipyrine, comme d'ailleurs à celui de la plupart des médicaments, un facteur sur lequel mes collègues ont trop timidement insisté : je veux parler de la pureté chimique de la substance.

Si, dès le début de son introduction, l'antipyrine me parut également suspecte, non seulement à cause de l'addition de mélanges, si bien que je crus devoir faire faire, au laboratoire même, une préparation en règle de la diméthyloxyquinizine; cette préparation, entreprise sous la direction de M. Houdé, présenta de grandes difficultés et de graves dangers pour les préparateurs. Le point obtenu nous donna constamment le résultat expérimental suivant : une élévation d'emblée et primitive de la température générale, allant jusqu'à 5 et même 9/10 de degré centigrade, et présentant l'abaissement hypothermique consécutif et plus ou moins tardif. Quoi qu'il en soit, cette action primitive de l'antipyrine, sur la fonction thermique, pourrait être utilisée expérimentalement et solidairement avec les réactifs chimiques, notamment avec l'acide azoteux et le perchlorure de fer, pour la détermination de la pureté du produit.

IV. Enfin, il y a lieu de rappeler, ce que l'on paraît un peu trop oublier, que la quinine, la vieille quinine, est aussi un remarquable et indétrônable médicament nervin, grâce également à la prédominance de son action physiologique, dans les phénomènes de sensibilité.

J'ai donné, il y a une dizaine d'années, la démonstration expérimentale de ce fait, qui, en établissant une étroite corrélation entre les effets antithermiques et antipyrétiques de l'action modératrice sur les centres nerveux sensitifs, constitue une véritable

loi physiologique qui peut être libellée en ces simples termes : Toute modération thermique vraie est nécessairement modératrice des actes nerveux sensitifs — formule qui, en thérapeutique, se traduit ainsi : Tout antithermique vrai est un analgésique.

M. HARDY. J'ai, comme tout le monde, administré l'antipyrine. Souvent j'ai obtenu de bons résultats. Mais j'ai vu aussi des gens réfractaires, et ce médicament n'est pas aussi merveilleux qu'on veut bien le dire. Chez quelques malades, il a produit des vomissements; chez d'autres, j'ai pu constater des signes de dépression cérébrale : tendance aux lipothymies, amnésie, etc. Ce sont là des faits qui, sans empêcher l'administration de l'antipyrine, doivent rendre le médecin prudent. De plus, les pharmaciens délivrent sans ordonnance l'antipyrine ; il serait utile, je crois, de faire cesser cet état de choses, en raison des dangers de ce médicament.

Quant à l'acétanilide, j'ai vu une personne mourir subitement à la huitième dose de 1 gramme. Après la mort que je constatai, j'ai vu le cadavre entrer immédiatement dans un état de rigidité extraordinairement brusque. Je pense qu'il faut encore ici être très réservé dans l'administration de ce médicament.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ. Je crois que le fait de M. Hardy est exceptionnel et qu'il s'agit là d'une pure coïncidence. Sur quoi M. Hardy se fonde-t-il pour en rendre responsable l'acétanilide ?

M. HARDY. Je fonde mon opinion sur le fait de refroidissement et de raideur survenus si rapidement après la mort.

M. BROUARDEL. Relativement à ces faits malheureux, je demanderai à mes collègues de vouloir bien les noter avec soin et surtout d'examiner l'état des reins. Il y a là, j'estime, un défaut d'élimination et il faut s'assurer de la perméabilité de ces organes, avant d'administrer le médicament.

M. GAUTIER. Il pourrait aussi y avoir impureté de la substance et les accidents pourraient relever de la présence de l'aniline. Dans tous les cas, lors d'un fait malheureux, on pourrait faire saisir le médicament chez le pharmacien et l'envoyer au laboratoire de toxicologie.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA PROPHYLAXIE PUBLIQUE DE LA SYPHILIS

M. le Président invite M. Fournier à monter à la tribune pour exposer les modifications apportées par la Commission aux conclusions qui lui ont été renvoyées.

M. FOURNIER fait connaître les modifications qu'il a apportées dans les conclusions de certains articles de son rapport qui ont paru éveiller quelques susceptibilités au sein de l'Académie. Voici ces articles modifiés :

ART. IV. — L'Académie estime qu'au nom de la santé publique, ces divers ordres de provocation doivent être assimilés à un délit et réprimés comme tel.

ART. V. — La sauvegarde de la santé publique exige que les filles se livrant à la prostitution soient soumises à l'inscription et à la surveillance médicale.

ART. VI. — L'inscription des filles se livrant à la prostitution ne pourra être prononcée que par l'autorité judiciaire.

ART. VII. — Toute fille qui sera reconnue, après examen médical, affectée d'une maladie vénérienne, sera internée dans un asile sanitaire spécial.

Cet asile sera exclusivement ce qu'il doit être, à savoir un hôpital dont les malades ne pourront sortir qu'après guérison des accidents transmissibles.

ART. VIII. — Les filles inscrites libres ou en maison seront uniformément soumises à une visite hebdomadaire, visite complète et de date fixe.

ART. IX. — En ce qui concerne la province, les mesures de surveillance et de prophylaxie, qui fonctionneront dans la capitale, seront rendues rigoureusement exécutoires dans les départements et dans toute l'étendue des départements.

Les filles, reconnues affectées de maladies vénériennes, seront hospitalisées dans un service spécial.

M. LABORDE propose l'amendement suivant : L'Académie, sans vouloir sortir de ses attributions compétentes, croit devoir signaler à qui de droit l'insuffisance des mesures actuelles de réglementation de la prostitution, surtout en ce qui touche à la prostitution clandestine et à la provocation sur la voie publique, sources principales de la propagation des maladies vénériennes. Elle estime, en effet, que cette réglementation, qu'il appartient aux pouvoirs publics d'organiser en la conciliant avec tout le respect dû à la liberté individuelle, est nécessaire pour une application effective et efficace des mesures sanitaires qu'il y a lieu d'instituer et qui sont les suivantes.

(Suivent les conclusions de la commission.)

M. FOURNIER. M. Laborde a confondu deux choses absolument différentes, la prostitution et la provocation. Contre la prostitution il est bien entendu que nous ne pouvons rien. Nous ne pouvons atteindre que la provocation, et c'est contre elle que nous réclamons la répression.

M. BROUARDEL maintient qu'en proposant de soumettre au pouvoir judiciaire la répression de la provocation publique, l'Académie va précisément à l'encontre du but qu'elle poursuit, qui est l'inscription des filles se livrant à la prostitution, leur traitement médical jusqu'à guérison, et par là la diminution des cas de contagion syphilitique.

Reproduisant une partie de son argumentation de la précédente séance, relativement aux impossibilités de la substitution des tribunaux à l'action de la police, M. Brouardel termine en ces termes: En criant à l'arbitraire lorsque l'administration policière inscrit une fille sur le rapport d'un de ses agents, j'estime qu'on ne fait qu'amoindrir la seule autorité qui soit encore capable de réprimer la prostitution insoumise, je propose donc, en manière de conclusion, la rédaction suivante :

« L'Académie demande que la provocation soit sévèrement surveillée et réprimée. »

M. FOURNIER. Nous voulons, nous, que tout rentre dans le droit commun. C'est là ce qui nous divise.

M. LE FORT monte à la tribune et s'engage dans une longue dissertation, que le défaut de temps ne lui permet pas de terminer.

La séance est levée à 5 heures.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1887-1888.

127. M. HISCHMANN. Intoxications et hystérie. — 128. M. MORIN. Contribution à l'étude clinique de la fièvre syphilitique. Typhose syphilitique. — 129. M. LEPAGE (Gabriel). Applications du forceps au détroit supérieur. — 130. M. WISARD. De l'intervention chirurgicale dans les rétentions placentaires après l'avortement. — 131. M. ALBESCO. Rectotomie postérieure préliminaire ou exploratrice. — 132. M. RAOUL. De la désarticulation du coude avec résection des saillies articulaires de l'humérus.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 20 février 1888, M. Philip, médecin de première classe de la marine, démissionnaire, a été nommé au grade de médecin de première classe dans la réserve de l'armée de mer.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction du docteur DECHAMBRE, jusqu'en 1885, actuellement de M. le docteur LEREBOULLET, avec la collaboration d'un très grand nombre de professeurs, de médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires de la marine. La deuxième partie du tome XXXV et le tome XXXVI complet (fin de la première série), la deuxième partie du tome XXXIV et du tome XXV complet (deuxième série), la première partie le tome XVIII (troisième série), la deuxième partie du tome XIII et la première partie du tome XIV (quatrième série), la deuxième partie du tome II (cinquième série) viennent de paraître. — Prix de chaque demi-volume : 6 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

Fièvre de surmenage, par M. le docteur RENDON, in-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué, en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Les phénomènes chimiques de la dyspepsie gastrique.

Par M. le docteur Albert MATHIEU,
Ancien chef de clinique médicale de la Faculté.

Les fonctions de l'estomac sont de deux ordres: mécaniques et chimiques. Il est tout d'abord une poche musculaire qui brasse les aliments, les mélange intimement au suc gastrique, et les chasse ensuite dans le duodénum à travers le pylore. Cette poche est tapissée d'une muqueuse très riche en glandes, dont le produit de sécrétion a le pouvoir de transformer les albumines en peptone et de les rendre propres à l'absorption.

Les viciations de l'action physiologique de l'estomac peuvent donc se traduire par deux ordres principaux de symptômes: mécaniques ou chimiques.

Les phénomènes mécaniques peuvent être d'origine dynamique ou organique. Les premiers dérivent d'un fonctionnement anomal du muscle gastrique et de son innervation sans lésion permanente ; les seconds d'une lésion destructive du muscle, ou d'une modification, surtout d'une oblitération des orifices du ventricule.

A cela il faut ajouter que l'estomac peut devenir le siège d'une sensibilité anomale, de manifestations douloureuses. Ce n'est pas tout; soit que les aliments séjournent trop longtemps dans la cavité stomacale, soit que le suc gastrique, trop pauvre en acide chlorhydrique, n'ait pas une action antiseptique suffisante, des fermentations anomales peuvent se produire, soit dans l'estomac lui-même, soit dans l'intestin. De là des phénomènes d'auto-intoxication sur lesquels M. le professeur Bouchard a eu le mérite d'appeler l'attention, et auxquels il a attribué une si grande part dans les conséquences directes ou indirectes de la dilatation gastrique.

En résumé, le fonctionnement malade de l'estomac comprend donc quatre ordres principaux de phénomènes, si l'on néglige l'absorption qui n'a qu'une importance tout à fait secondaire :

Phénomènes nervo-moteurs ;

Phénomènes chimiques ;

Manifestations douloureuses ;

Fermentations anomales gastro-intestinales et auto-intoxications.

Toute la physiologie pathologique de l'estomac tient dans ce tableau. On peut étudier séparément chacun de ces ordres de faits, bien que cette séparation soit artificielle et que jamais, sans doute, aucun de ces éléments n'est complètement isolé des autres.

Cette classification ne doit donc pas servir à distinguer des dyspepsies différentes; elle doit simplement servir de guide dans l'étude des manifestations morbides par lesquelles se révèle l'état pathologique du fonctionnement de l'estomac. Une maladie gastrique, quelle qu'elle soit, doit être considérée à ces quatre points de vue différents. Le progrès, dans l'étude de la pathologie stomacale, se fera seulement par cette comparaison. La formule est donnée, il n'y a qu'à l'appliquer.

L'ensemble de ces phénomènes constitue la *dyspepsie* ; ce mot n'a donc ainsi qu'une valeur seméiologique. Il n'indique pas une maladie distincte, isolée, mais un fonctionnement vicieux de l'estomac, quelle que soit la cause de cette viciation, qu'il y ait ou non une lésion organique de ses tuniques. Ce n'est pas ici l'anatomie pathologique qui sert de point de départ, mais la physiologie.

L'étude de la dyspepsie devrait donc toujours, et dans tous les cas, porter sur les quatre ordres de phénomènes: nervo-moteurs, chimiques, douloureux et auto-toxiques. Dire qu'il s'agit d'une dyspepsie chimique, indique seulement qu'il y a *prédominance* des phénomènes chimiques ; cela n'exclut nullement les autres manifestations.

En nous rangeant à cette façon de voir, qui est celle qui tend à être adoptée par la généralité des auteurs, nous avons le regret de nous séparer de notre maître, M. le professeur G. Sée, qui a eu le mérite de distinguer nettement les phénomènes nervo-moteurs des phénomènes chimiques, de montrer que l'intestin était souvent plus coupable que l'estomac dans l'apparition des troubles de la digestion, dans l'apparition du complexus symptomatique désigné sous le nom de dyspepsie. Pour lui, la dyspepsie vraie, c'est la dyspepsie chimique, tout ce qui est nervo-moteur représente la *fausse dyspepsie*. Cette dénomination n'a pas prévalu. Elle a eu le grand tort, à notre sens, de

masquer précisément, pour quelques personnes tout au moins, ce qu'il y avait de très vrai et de très original dans l'œuvre de notre maître: la distinction établie entre les phénomènes nervo-moteurs et les phénomènes chimiques.

Il n'y a là qu'une question de mots peu importante, et si nous ne sommes pas d'accord sur les dénominations, nous le sommes sur les faits et leur interprétation; c'est le point principal.

Nous nous proposons d'étudier ici les phénomènes chimiques de la dyspepsie. Depuis quelques années, leur étude a pris une grande importance. Des faits nouveaux, des plus intéressants, ont été découverts. Des méthodes nouvelles d'examen de l'estomac ont été inaugurées. Il y a là tout un ensemble qui mérite au plus haut point d'attirer l'attention.

Ces recherches ont été l'occasion de communications à la Société médicale des hôpitaux, de la part de MM. Dujardin-Beaumetz, Debove et Lépine. MM. les professeurs Jaccoud et Dieulafoy ont exposé, dans leurs leçons, ce qui concerne particulièrement le diagnostic du cancer de l'estomac. Enfin, M. le professeur G. Sée, dans une récente communication à l'Académie de médecine, a exposé les résultats cliniques que lui a donnés un réactif nouveau très sensible. Il a donné en même temps un exposé d'ensemble, une classification méthodique des faits désormais acquis. Le moment est donc opportun de faire ici une étude générale et des méthodes de recherche, et des résultats qu'elles ont donnés déjà. Dans une Revue ultérieure, nous envisagerons les phénomènes nervo-moteurs de la dyspepsie.

I

Les méthodes nouvelles, inaugurées par Leube, consistent à rechercher directement, par l'examen de son contenu, comment fonctionne l'estomac, quelles sont les qualités chimiques des liquides qu'il renferme et leur pouvoir digestif. De plus, elles permettent de savoir, chose importante, à quel moment de la digestion on intervient; il est bon du reste, et même indispensable, d'indiquer, au malade qui doit être examiné, quels sont les aliments qu'il doit prendre et en quelle quantité. Les opérations à faire sont donc représentées par la série suivante:

1° Repas d'épreuve;
2° Extraction du contenu de l'estomac;
3° Examen physico-chimique de ce contenu;
4° Digestion artificielle.

1° Repas d'épreuve. — Primitivement, Leube se contentait d'injecter dans l'estomac 100 grammes d'eau glacée, puis, au bout de quelque temps, d'extraire le liquide gastrique en ajoutant une nouvelle quantité d'eau. C'est une pratique tout à fait insuffisante, et il est évident que rien ne rappelle là les conditions normales de la digestion.

MM. Ewald et Boas donnaient, le matin à jeun, un ou deux petits pains blancs (35 à 70 grammes) et 200 à 300 grammes d'eau ou de thé. L'examen du suc gastrique était pratiqué au bout d'une heure. Le suc gastrique est alors riche en acide chlorhydrique chez un individu sain. Au bout de 120 à 150 minutes, l'estomac doit s'être vidé complètement. MM. Jaworski et Gluzinski, auteurs de travaux importants sur la physiologie normale et pathologique de l'estomac, donnent deux blancs d'œuf cuit dur, sans jaune, et 100 centimètres cubes d'eau distillée à la température de la chambre. L'avantage que l'on trouve à employer le blanc d'œuf est qu'on peut facilement constater si les fragments d'albumine, extraits par la sonde, ont été ou non attaqués par le suc gastrique.

On peut faire, à ces repas d'épreuve, des reproches divers. Si la petite quantité de pain blanc donnée par MM. Ewald et Boas est suffisante pour juger la qualité acide du suc gastrique, elle ne peut guère servir à juger son pouvoir digestif réel, ni l'intégrité de l'activité musculaire. Les aliments donnés sont en trop petite quantité. Il n'est pas certain d'autre part que le blanc d'œuf pur soit suffisant pour juger la sécrétion chlorhydrique. Il paraît la provoquer d'une façon très irrégulière.

Il est, du reste, naturel de penser qu'il vaut mieux donner un repas d'épreuve *mixte*, c'est-à-dire renfermant à la fois des féculents et des substances azotées, en quantité suffisante pour que cela se rapproche des conditions normales de l'alimentation. Leube donnait ainsi un potage, un beefsteack, du pain et de l'eau.

Dans un estomac normal, un semblable repas doit avoir disparu totalement au bout de six à sept heures. Si l'estomac en renferme des traces au bout de ce temps, c'est que sa motilité est insuffisante et qu'il y a *atonie* ou *dilatation*.

Il ne faut pas oublier, en effet, qu'on peut, par l'évacuation du contenu de l'estomac pratiquée au cours de la digestion, acquérir deux ordres de notions différentes: la qualité du suc gastrique sécrété, l'intensité de la digestion et le pouvoir moteur de l'estomac qui se juge par sa lenteur plus ou moins grande à se débarrasser de son contenu.

Des repas d'épreuve, relativement abondants, permettront surtout de juger ce dernier élément. Des repas d'épreuve plus légers permettront mieux de juger des qualités chimiques du suc gastrique, de son pouvoir digestif et de sa richesse en acide chlorhydrique.

Toujours, à notre avis, ces repas doivent être *mixtes* et comprendre à la fois des matières amylacées et albuminoïdes. Un œuf dur, avec un peu de pain et 100 ou 150 grammes d'eau distillée, serait, il nous semble, un menu très rationnel. Leube a, du reste, proposé un déjeuner d'épreuve qui répond bien à ces indications et que recommande avec raison M. Jaworski: 30 grammes d'albumine (viande); 30 grammes de pain; 15 grammes de graisse et 200 grammes d'eau.

Nous verrons plus loin que l'acide chlorhydrique est, à l'état normal, le seul acide de l'estomac après 30 à 60 minutes. C'est donc à peu près une heure après l'ingestion alimentaire qu'il faudra, de préférence, en rechercher l'existence.

2° Extraction du contenu de l'estomac. — Le tube de M. Faucher, modifié par M. Debove, est ce qui convient le mieux pour cette extraction.

On peut l'amorcer avec une petite quantité d'eau, 100 à 200 grammes. Cela présente l'inconvénient de diluer le suc gastrique dans des proportions inconnues.

M. Ewald emploie ce qu'il appelle le procédé de l'*expression gastrique*.

Le tube étant introduit, on exerce des pressions sur le creux épigastrique ou bien on fait faire au malade des efforts d'expiration, ou même de toux. On arrive ainsi à obtenir facilement la quantité de suc gastrique nécessaire pour les recherches. M. Jaworski fait l'aspiration à l'aide de deux flacons communiquant. L'un est vide, l'autre, placé au-dessous, est rempli d'eau. En laissant s'écouler l'eau

du second, on produit le vide dans le premier, et, par son intermédiaire, l'aspiration dans l'estomac.

Comme il suffit, en se servant du réactif de Günzburg, d'une très petite quantité de suc gastrique pour juger s'il renferme de l'acide chlorhydrique, M. Germain Sée a fait l'aspiration à l'aide de l'appareil Potain. M. Durand-Fardel, son chef de clinique, a interposé sur le trajet du tube une petite ampoule à double tubulure, dans laquelle vient se déposer une petite quantité de suc gastrique. Cela suffit pour rechercher la présence de l'acide chlorhydrique et de l'acide lactique par les procédés que nous allons tout à l'heure indiquer. Cela peut même suffire pour établir des digestions artificielles à l'étuve.

3° Examen physico-chimique du liquide gastrique. — Le liquide extrait de l'estomac doit être filtré. Le *résidu* laissé sur le papier sera examiné au microscope. On pourra y trouver des résidus alimentaires reconnaissables, des fibres musculaires, des grains d'amidons, des cellules épithéliales, des cellules de levûre, des sarcines, des microbes, etc., dont l'existence peut fournir des renseignements utiles.

Le liquide filtré sera examiné au point de vue de son acidité, de sa richesse en acide chlorhydrique et en acide lactique, de son pouvoir digestif. Ce sont là les trois recherches principales. On peut y ajouter facilement, par des procédés chimiques, la recherche du mucus, de la syntonine, de la propeptone et de la peptone.

Acidité totale. — Le papier de tournesol suffit pour s'assurer si le liquide gastrique est acide ou alcalin. Il est facile, à l'aide d'une solution titrée de soude ou de potasse, de rechercher quelle est l'acidité totale du suc gastrique, rapportée à un acide donné, l'acide chlorhydrique par exemple.

Recherche de l'acide chlorhydrique. — Cette recherche est la plus importante, celle qui permet le mieux de juger de la valeur digestive du suc gastrique, celle qui fournit le plus d'indications au diagnostic, et surtout au diagnostic différentiel du cancer de l'estomac.

La plupart des recherches récentes ont été faites à l'aide des réactifs colorants, et surtout des couleurs dérivées de l'aniline. M. Laborde a été le premier à employer, à ce point de vue, le violet de méthyle; ses recherches, il est vrai, l'ont amené, à tort, à conclure que l'acide lactique est l'acide normal de l'estomac; alors que par le même réactif il est facile de démontrer que l'acide normal est l'acide chlorhydrique. Cette erreur de M. Laborde, facile à expliquer, tient à ce qu'il n'a pas tenu compte, dans ses solutions lactiques ou chlorhydriques, de la proportion d'acide qu'elles renfermaient.

Les réactifs que l'on doit employer, *comparativement, parallèlement*, sont les suivants : violet de méthyle, papier du Congo, papier de tropéoline, vert brillant et réactif de Günzburg.

Le violet de méthyle est le premier en date. Il a été préconisé tout d'abord par van den Velden, qui a indiqué le premier l'absence d'acide chlorhydrique dans le cancer de l'estomac.

On prend deux tubes à examen d'urine. Dans l'un on verse quelques centimètres cubes d'eau distillée; dans l'autre une quantité égale de liquide gastrique filtré. Dans chacun d'eux on laisse tomber un certain nombre de gouttes de solution de violet de méthyle. L'eau distillée se colore en violet; le suc gastrique se colore en bleu très net s'il renferme une quantité d'acide chlorhydrique qui aille de 1 à 2 p. 1000. 2 p. 1000 représente à peu près la proportion normale d'acide chlorhydrique.

Le passage au bleu peut se produire aussi sous l'influence de l'acide lactique, mais à dose beaucoup plus élevée.

Il faut toujours, du reste, faire l'épreuve comparative avec le réactif d'Uffelmann, qui permet de reconnaître facilement l'acide lactique. Nous en donnerons plus loin la composition.

Le violet de méthyle a été recommandé en France par M. Debove, qui l'emploie couramment dans son service. Quand il passe franchement au bleu, ou lorsqu'il ne subit aucune modification, les indications qui en découlent sont très nettes. Son inconvénient, c'est qu'il est difficile parfois de juger le passage du violet au bleu. De petites quantités d'acide chlorhydrique peuvent ainsi passer inaperçues.

Papier du Congo; papier de tropéoline. — Le papier du Congo, proposé par Hösselin, a été employé et très vanté par Riegel, auquel on doit de nombreuses recherches sur l'acide chlorhydrique de l'estomac et sa valeur séméiologique. Il est d'un beau rouge pourpre; il passe au bleu plus ou moins foncé sous l'influence de l'acide chlorhydrique. Sa sensibilité est à peu près égale à celle du violet de méthyle. Sous l'influence de l'acide lactique il prend une coloration violacée qu'il ne faut pas confondre avec le bleu de l'acide chlorhydrique. Le bleu franc doit seul compter. Le contrôle, du reste, doit toujours être fait par le réactif d'Uffelmann, qui permet de distinguer, facilement et à coup sûr, l'acide lactique.

Le papier de tropéoline (Boas) est d'un jaune plus ou moins foncé, ocreux, plus ou moins teinté de terre de Sienne. En présence de l'acide chlorhydrique il prend une coloration d'un brun marron très net. La réaction est très sensible à 1 p. 1 000. Le papier de tropéoline nous a paru un bon réactif. Jusque dans ces derniers temps, on avait employé la tropéoline 00 n° 1 (de Merck de Darmstadt). C'est un liquide d'un jaune ambré qui passe au brun rouge, sous l'influence de l'acide chlorhydrique. C'est également un bon réactif.

Les papiers ont l'avantage de ne demander pour l'essai qu'une faible quantité de liquide gastrique.

Le *vert brillant* a été employé et préconisé par M. le professeur Lépine (de Lyon).

« Le vert brillant, dont on se sert dans le laboratoire de M. Lépine, provient de la maison Durand-Huguenin (de Lyon-Bâle). Vu par transparence, le vert brillant est bleu verdâtre; fortement étendu d'eau, il devient nettement bleu. Si l'on ajoute deux ou trois gouttes de ce réactif à quatre ou cinq centièmes d'un liquide contenant de l'acide chlorhydrique (liqueur titrée ou liquide gastrique filtré), on observe les modifications suivantes : pour une quantité d'acide correspondant à 0, 1875 p. 1 000, le mélange commence à devenir vert; au-dessus, cette teinte verte prend un reflet jaunâtre très facile à apprécier, qui va rapidement en s'accentuant, et à 1,5 p. 1 000, la coloration jaune est des plus manifestes. Fait des plus importants, l'acide lactique est presque sans action sur le vert brillant et lui laisse constamment sa coloration. C'est à peine si, lorsqu'on atteint 3 p. 1000, une modification dans le sens du vert, et non du jaune, commence à se produire. » (Lannois. *Rev. de méd.*, mai 1887.)

Réactif de Günzburg. — « 2 grammes de phloroglucine et 1 gramme de vanilline, dans environ 30 grammes d'alcool

absolu, donnent une coloration d'un rouge jaunâtre. Une goutte de cette solution, avec une trace d'un acide minéral concentré, se colore aussitôt en rouge foncé, et laisse se déposer de beaux cristaux rouges. » (Günzburg. *Centralbl. f. Klin. med.*, n° 40, 1887.)

Un nombre égal de gouttes de cette solution alcoolique et de suc gastrique sont évaporées doucement au-dessus d'une lampe à alcool; quand il y a de l'acide chlorhydrique on obtient sur le fond de la capsule un enduit nettement coloré en rouge écarlate. A 1 p. 10 000 il y aurait encore des cristaux rouges appréciables (Günzburg). Les acides organiques seraient au contraire sans aucune action.

Ce réactif a été employé avec succès par M. G. Sée, qui l'a trouvé en effet d'une sensibilité très grande. Il a le grand avantage de ne demander qu'une quantité minime de suc gastrique.

Nous avons à dessein laissé de côté, complètement, les procédés chimiques beaucoup trop complexes pour des médecins, et nous nous sommes borné à exposer les procédés utilisables en clinique.

En dépit d'attaques nombreuses, ces réactifs paraissent suffisants pour donner, en clinique, des résultats satisfaisants. Le dernier éclos, le réactif de Günzburg, si chaudement prôné par M. G. Sée, présente une grande sensibilité et une grande fidélité. Il servira avec avantage, en particulier aux examens qui ont pour but de différencier l'acide chlorhydrique de l'acide lactique : il est, en effet, insensible aux acides organiques.

Réactif d'Uffelmann. — Il permet de reconnaître facilement l'acide lactique : c'est à ce point de vue un réactif très précieux et très sensible. On l'obtient en versant quelques gouttes de perchlorure de fer dans une solution d'acide phénique à 1 ou 2 p. 100. Il se produit une coloration d'un bleu grisâtre ardoisé. Si l'on verse quelques gouttes d'un liquide qui renferme de l'acide lactique, même en très faible proportion, le réactif d'Uffelmann prend une coloration jaunâtre bien nette. L'acide chlorhydrique le décolore simplement. L'acide butyrique donne lieu à un précipité louche, lactescent.

Ce réactif permet de savoir, avec certitude, si l'on se trouve, dans le suc gastrique, en présence de l'acide chlorhydrique ou de l'acide lactique. Cela est précieux, puisqu'une quantité élevée d'acide lactique peut donner, avec le violet de méthyle et le papier du Congo, une coloration bleue analogue à celle que donne l'acide chlorhydrique, à doses beaucoup plus faibles il est vrai.

Il est facile de rechercher dans le liquide gastrique le mucus, la syntonine, la propeptone et la peptone.

Le mucus précipite par l'acide acétique; la syntonine par la neutralisation du liquide à l'aide d'une solution alcaline; la propeptone est précipitée par l'addition d'une solution de ferrocyanure de potassium, acidifiée par l'acide acétique. Enfin la peptone, dans un liquide rendu alcalin par la soude ou la potasse, donne, en présence d'une solution de sulfate de cuivre, une coloration rosée ou rouge, d'autant plus foncée que la quantité de peptone est plus considérable.

4° Digestion artificielle. — De petits cubes ou de petits disques d'albumine de l'œuf sont disposés dans une quantité donnée de liquide gastrique, avec ou sans addition d'acide chlorhydrique. On les laisse séjourner pendant vingt-quatre heures dans une étuve chauffée aux environs de 40 degrés. Ce procédé permet de juger si le suc gastrique renferme de la pepsine, et s'il est nécessaire d'y ajouter de l'acide chlorhydrique pour lui donner une activité normale.

II

Les nombreuses recherches, entreprises à l'aide des procédés qui viennent d'être exposés, ont permis de recueillir des données intéressantes sur la nature de l'acide gastrique, sur ses variations à l'état de santé et de maladie, sur sa signification séméiologique, et sur les indications thérapeutiques qui en découlent.

État physiologique. — Dans l'intervalle des repas, une fois la digestion terminée, l'estomac ne renferme pas d'acide chlorhydrique, bien que le plus souvent la petite quantité du liquide qu'il contient soit acide. Cette acidité paraît due à des acides gras (MM. Jaworski et Gluzinski).

Au moment des digestions, l'acidité du suc gastrique passe par trois phases successives (MM. Ewald et Boas) : 1° pendant vingt à trente minutes, au début, il n'y a que de l'acide lactique; 2° dans une seconde phase apparaît l'acide chlorhydrique, dont la quantité va en augmentant; 3° enfin, l'acide lactique, qui va en diminuant à mesure qu'augmente l'acide chlorhydrique, finit par disparaître et l'acide chlorhydrique demeure seul. Il disparaît lui-même lorsque le contenu de l'estomac est évacué dans le duodénum.

Quelques auteurs ont constaté la présence de l'acide chlorhydrique, dès le début de la digestion, immédiatement après le repas. Il est certain que l'alimentation joue à ce point de vue un rôle important.

Les matières amylacées (les matières sucrées seulement, d'après M. Ewald) sont la source de l'acide lactique dans la première phase qu'Ewald appelle la phase amylolytique. Leur présence en excès relatif retarde l'apparition de l'acide chlorhydrique. Avec 60 grammes de pain blanc, on trouve l'acide chlorhydrique après une demi-heure; au bout d'un quart d'heure avec un morceau d'albumine cuit. Avec un repas mixte, l'acide chlorhydrique peut n'apparaître qu'au bout d'une heure. En tous cas, au bout de ce temps on doit toujours constater la présence du *seul* acide chlorhydrique.

Récemment M. Cahn a prétendu qu'en présence d'une nourriture exclusivement carnée, l'acide chlorhydrique existait seul dès le début; M. von Noorden a protesté contre cette affirmation, et déclaré qu'on rencontrait toujours au début une quantité reconnaissable d'acide lactique (*Centralb. f. Klin. med.*, n° 28, 1887).

De tout cela, il résulte que si l'acide lactique peut exister isolément au début de la digestion, ce n'est que d'une façon passagère. Toujours à l'état normal, il cède la place à l'acide chlorhydrique qui persiste jusqu'à la fin, qui paraît ne quitter l'estomac que par évacuation dans le duodénum. Toutes les recherches nouvelles sont d'accord pour reconnaître que l'acide chlorhydrique est l'acide normal de la digestion. Les recherches, faites par MM. Cahn et Mehring par des procédés plus précis, aboutissent au même résultat. On sait que c'était aussi la conclusion de M. Ch. Richet, qui a fait ses recherches d'après une méthode indiquée par M. Berthelot.

En général, la richesse d'un suc gastrique en acide chlorhydrique mesure son activité. Un suc gastrique riche en acide chlorhydrique digère toujours bien et rapidement les

albuminoïdes. Cela peut s'expliquer ou bien parce qu'il y a toujours de la pepsine en assez grande quantité, ou bien parce qu'il y a parallélisme entre les deux sécrétions. L'acide chlorhydrique semble mesurer l'activité sécrétoire des glandes de l'estomac : quand elles fournissent peu d'acide chlorhydrique elles fournissent aussi peu de pepsine. Cette dernière hypothèse paraît justifiée par les essais de digestion artificielle. Cette considération est de nature à donner plus d'importance encore à la recherche de l'acide chlorhydrique dans le suc gastrique.

III

Nous allons étudier maintenant les variations *pathologiques* de l'acide chlorhydrique.

Il peut être *augmenté*, *diminué* ou même *supprimé*.

1° Sécrétion chlorhydrique exagérée. — Il faut distinguer les cas dans lesquels il y a une *sécrétion exagérée*, mais où l'acide chlorhydrique disparaît cependant de l'estomac lorsque la phase gastrique de la digestion est terminée, et l'*augmentation permanente* de l'acidité chlorhydrique. Dans le premier cas, l'acidité est exagérée d'une façon *intermittente*, à la fin de la période digestive; dans le second, l'acidité exagérée est *continue* et se poursuit même à jeun.

L'exagération simple, intermittente, de la sécrétion gastrique est assez fréquente. M. Boas l'a rencontrée 60 fois sur 100 (200 examens). Chez les malades qui en sont affectés, des phénomènes dyspeptiques surviennent une demi-heure à une heure après le repas, il y a des renvois et des régurgitations acides, de la douleur au creux épigastrique. On trouve dans ces cas jusqu'à 4 et 5 p. 1000 d'acide chlorhydrique.

La *sécrétion continue* d'acide chlorhydrique signalée par M. Riechmann a été bien étudiée par M. Riegel (*D. Medicinische Wochenschr.* n° 29, juillet 1887). Cette hypersécrétion chronique se traduit par des phénomènes accentués de dyspepsie. L'amaigrissement, l'anémie, la perte des forces sont très marqués. L'état général fait penser à l'existence d'un carcinome, mais l'exploration extérieure ne donne que des résultats négatifs. On trouve un peu de douleur à la région épigastrique, un certain degré d'ectasie de l'estomac et c'est tout.

Le liquide, extrait de l'estomac cinq à six heures après un repas d'épreuve mixte, est constitué par deux couches : dans l'inférieure on trouve de nombreux corpuscules d'amidon non digérés. Le plus souvent la digestion des albuminoïdes est complète.

L'acidité du suc gastrique est excessive; la proportion d'acide chlorhydrique peut atteindre 5 à 6 p. 1000. Il n'y a que des traces d'acides organiques. Les faits principaux qui caractérisent cet état sont : 1° la quantité considérable du contenu de l'estomac à une période avancée de la digestion; 2° la digestion complète de la viande; 3° la digestion incomplète des amylacés; 4° l'acidité exagérée, l'hyperacidité chlorhydrique.

Souvent, sinon toujours, il y a en même temps atonie et ectasie de l'estomac; M. Riegel pense que l'hyperacidité peut provoquer l'occlusion spasmodique du pylore. La stase prolongée des amylacés mal digérés contribue encore à augmenter cette dilatation.

Cette sécrétion acide peut se faire à vide, sans être sollicitée par la présence des aliments. En effet, si l'estomac est lavé le soir au moment du coucher, on peut le lendemain matin y trouver 200, 300 et 500 grammes d'un liquide acide, qui renferme une quantité à peu près normale d'acide chlorhydrique.

Cette affection peut durer pendant six à dix ans. Comme phénomènes subjectifs, les malades accusent des renvois acides, du pyrosis; des douleurs épigastriques surviennent par crises surtout pendant la nuit, parfois des vomissements acides.

L'appétit est plutôt augmenté; la soif est parfois très vive; il y a, la nuit surtout, des crises de boulimie.

L'acidité chlorhydrique exagérée se rencontre souvent dans l'ulcère rond. Il y avait ulcère rond dans un tiers des cas étudiés par M. Riegel. On peut admettre que cette acidité n'est pas sans influence sur la production de l'ulcération. C'est un nouvel argument en faveur de la théorie de l'autodigestion.

La sécrétion chlorhydrique exagérée peut se produire par crises, par poussées. M. Sahli l'a constatée au cours des crises gastriques chez les tabétiques. Rossbach a signalé, sous le nom de *gastroxynsis*, des crises douloureuses de l'estomac, avec vomissements acides et céphalalgie rappelant la migraine. M. Lépine, qui a également observé cette affection, l'a appelée *gastoxie*. Elle paraît due à la sécrétion à jeun d'une certaine quantité d'acide dans l'estomac : elle est calmée par l'ingestion d'aliments solides ou simplement liquides.

M. G. Sée a vu l'hyperacidité dans un cas d'entérite mucino-albumineuse, avec dyspepsie intestinale grave et chez une femme de vingt-deux ans, anémique, qui avait subi récemment des pertes métrorrhagiques intenses.

MM. Jaworski et Gluzinski admettent l'existence d'une forme de gastrite catarrhale dans laquelle il y aurait au début une sécrétion acide exagérée; plus tard, au contraire, l'acidité serait inférieure à la normale. Cela amènerait à admettre une phase première d'irritation, une phase ultérieure d'épuisement ou de lésion des cellules.

L'acidité chlorhydrique exagérée n'est pas rare dans la chlorose. Elle paraît fréquente aussi dans les cas de dyspepsie nerveuse avec phénomènes nervo-moteurs prédominants. De là vient sans doute qu'on l'a signalée plusieurs fois chez des personnes qui présentaient de la dilatation de l'estomac. Les phénomènes spasmodiques, qui alternent si souvent avec le relâchement atonique, paraissent être dans un rapport étroit avec l'hyperacidité gastrique. C'est un fait curieux qui mérite d'être contrôlé et confirmé par de nouvelles recherches.

Il faut se garder de conclure, de ce qu'on trouve qu'un suc gastrique présente un degré exagéré d'acidité, que c'est forcément l'acide chlorhydrique qui doit être mis en cause. Il peut s'agir de l'acide lactique, des acides butyrique, acétique, etc., qui résultent de la fermentation anomale des aliments dans l'estomac. L'acide lactique, nous l'avons vu, doit avoir disparu une heure après l'ingestion des aliments. Sa persistance au delà de ce terme est un fait pathologique. On le recherchera par le réactif d'Uffelmann dont nous avons donné la composition et le mode d'emploi. L'acide butyrique donne un précipité lactescent avec ce même réactif. Du reste, si l'on traite le contenu gastrique par de l'éther et qu'on évapore, on reconnaît facilement l'odeur si caractéristique de l'acide acétique et de l'acide butyrique. C'est précisément lorsque manque l'acide chlorhydrique, que les fermentations qui donnent naissance à ces acides peuvent s'établir. Par sa présence en quantité

normale, il empêche la production de ces fermentations. C'est un fait qu'il ne faut pas oublier et dont M. Bouchard a signalé toute l'importance au point de vue des infections par voie gastro-intestinale et des auto-intoxications.

2° Disparition de l'acide chlorhydrique (Sécrétions anachlorhydriques de M. G. Sée). — L'acide chlorhydrique peut faire défaut totalement dans le suc gastrique, dans des conditions différentes :

1° Le cancer de l'estomac ;
2° L'atrophie de la muqueuse ;
3° Le marasme général.

Le *cancer de l'estomac* doit être cité en première ligne : cela parait être, en effet, un fait définitivement établi que, dans la très grande majorité des cas de carcinome gastrique, l'acide chlorhydrique fait défaut *à toutes les périodes de la digestion*. Cette absence d'acide n'est pas particulière au cancer de l'estomac, et ce serait une grave erreur que de penser que toutes les dyspepsies graves, dans lesquelles l'acide chlorhydrique fait défaut, sont symptomatiques d'un carcinome. Une semblable équation ne peut pas être posée. Ce qu'on peut dire, c'est que l'absence de l'acide chlorhydrique constatée à plusieurs reprises, dans des conditions différentes de temps et d'alimentation, est un argument très puissant en faveur du cancer. D'autre part, la présence d'acide chlorhydrique en quantité normale, et à plus forte raison en excès, trouvée d'une façon habituelle dans le suc gastrique, suffit pour éliminer, d'une façon à peu près absolue, le diagnostic cancer de l'estomac. Ces deux formules, après bien des controverses, paraissent représenter exactement la réalité des choses : elles sont acceptées en France par MM. Debove, Lépine, Jaccoud, Dieulafoy, G. Sée.

On a beaucoup discuté pour savoir à quoi l'on devait attribuer cette disparition de l'acide chlorhydrique ; on a invoqué le mélange du suc cancéreux au suc gastrique, le catarrhe muqueux concomitant, le marasme général. D'après la première hypothèse, l'acide chlorhydrique ne disparaîtrait que lorsque le cancer se serait ulcéré, et que le suc cancéreux aurait pu, en se mélangeant au contenu de l'estomac, neutraliser l'acide chlorhydrique.

Quoi qu'il en soit, malgré les attaques très vives qu'elle a subies relativement au diagnostic du cancer, la méthode colorimétrique est restée debout.

C'est au quatrième Congrès de médecine interne, qui s'est tenu à Wiesbaden (Voy. *Centralb. f. Klin. méd.*, 1877), que cette méthode a soutenu le plus rude assaut. MM. Cahn et von Mehring (de Strasbourg) sont venus affirmer, d'après des recherches nouvelles, basées sur des méthodes chimiques précises, que la présence de l'acide chlorhydrique dans le cancer de l'estomac était la règle, son absence l'exception. On a répondu qu'il ne s'agissait pas d'acide chlorhydrique libre, puisque le produit de distillation dans lequel cet acide est démontré par MM. Cahn et von Mehring, ne modifie ni le papier du Congo, ni la tropéoline, ni le violet de méthyle (MM. von Noorden et Honigmann). M. von Mehring a reconnu lui-même la valeur diagnostique de l'absence de la réaction par le violet de méthyle; il conteste seulement que cela corresponde à l'absence de l'acide chlorhydrique.

La valeur clinique de la réaction importe seule, ainsi que l'a fait remarquer M. Riegel, qui, dans *une centaine* de cas de carcinome gastrique, n'a pas rencontré un seul fait contradictoire.

Le réactif de Günzburg, dont M. le professeur G. Sée a d'emblée saisi la grande valeur, permettra sans doute de trancher la question : on sait qu'il n'est sensible qu'aux acides minéraux et n'est nullement influencé par les acides organiques. Cela est vrai, tout au moins aux degrés de solution où se trouvent ces acides dans l'estomac. L'acide chlorhydrique, cherché par la phloroglucine et la vanilline, faisait défaut chez deux carcinomateux de l'estomac observés à la clinique de l'Hôtel-Dieu.

L'acide chlorhydrique fait aussi défaut lorsque la muqueuse atrophiée et dégénérée est incapable de sécréter un suc gastrique normal : ainsi dans les gastrites muqueuses anciennes qui aboutissent à la dégénérescence scléreuse. Il en serait de même dans la dégénérescence amyloïde (M. Edinger). Il manque encore dans les états marastiques, les cachexies graves, et lorsque la bile vient se mélanger au suc gastrique. C'est pourquoi les matières vomies, qui, si souvent, renferment de la bile, ne sont pas utilisables pour la recherche de l'acide chlorhydrique. M. Riegel a vu la réaction manquer dans un cas où une fistule faisait communiquer la vésicule biliaire avec la cavité stomacale : il avait été amené ainsi à poser à tort le diagnostic de cancer de l'estomac.

On voit que, dans tout ce qui précède, il est surtout question de l'acide chlorhydrique. C'est que ses variations sont faciles à étudier cliniquement. Heureusement du reste, c'est lui qui fournit, par sa présence ou son absence, les renseignements les plus importants. D'une façon générale, un suc gastrique, riche en acide chlorhydrique, est également riche en pepsine, ainsi que le montrent les digestions artificielles. Il y a peu d'exceptions à cette règle générale. D'autre part, le plus souvent, mais d'une façon moins régulière, un suc gastrique alcalin, ou tout au moins pauvre en acide chlorhydrique, est également pauvre en pepsine. Il digère mal la viande et le lait qu'il ne coagule plus (M. Boas).

Il en est ainsi dans le cancer de l'estomac, et, cela va de soi, dans les cas où la muqueuse lésée sur une grande étendue a perdu les glandes qui représentent sa partie active.

Ces données, fort intéressantes, ne sont pas cependant de nature à nous donner la clef de tous les phénomènes dyspeptiques. Il ne faut pas oublier que la partie principale de la digestion se passe dans l'intestin, qui peut suppléer dans une large mesure l'estomac insuffisant. L'intestin est bien souvent le vrai coupable, alors que l'estomac est seul mis en cause, ainsi que ne cesse de le faire remarquer M. G. Sée.

IV

Telles qu'elles sont, les notions nouvellement acquises sont-elles de nature à comporter des indications thérapeutiques précises ? La chose est incontestable, bien qu'on ne puisse pas se baser sur elles pour établir une méthode générale de traitement de la dyspepsie. Les troubles chimiques ne sont qu'un des côtés de la dyspepsie : ils ne sont, peut-être dans aucun cas, la dyspepsie tout entière. La dyspepsie gastrique elle-même ne représente qu'une des parties de la dyspepsie gastro-intestinale.

Malgré cela, il y a dans les faits relevés, grâce aux méthodes nouvelles, des indications positives que l'on doit s'efforcer de remplir. « La *chlorhydrothérapie*, l'*alcalinothé-*

rapie, les *évacuants mécaniques physico-chimiques*, voilà les trois médications qui se discutent à propos de chaque affection gastro-intestinale, à l'occasion même de chaque malade. » (M. G. Sée.)

Rien de plus naturel, en présence d'un suc gastrique pauvre en acide chlorhydrique, que de lui en donner artificiellement, que de faire ingérer au malade une quantité plus ou moins élevée de cet acide. Trousseau, on le sait, le prescrivait fréquemment dans la dyspepsie, mais d'une façon absolument empirique et à des doses très faibles.

L'acidité normale du suc gastrique étant environ de 1,5 à 2 p. 1000, si l'on veut remplacer l'acide chlorhydrique absent, il faut en donner une quantité relativement élevée. En supposant, en effet, que l'estomac renferme seulement 300 à 400 grammes de substances au moment de la digestion, il faudrait donner au moins 60 centigrammes d'acide chlorhydrique pur, pour l'amener à son degré normal d'acidité, ce qui dépasse de beaucoup la dose habituellement prescrite pour une seule prise.

M. Boas recommande de donner 200 à 300 grammes d'une solution d'acide chlorhydrique à 0,5 p. 100, ce qui correspond à 1 gr. ou 1 gr. 50 d'acide chlorhydrique. M. Jaworski est allé beaucoup plus loin, il a donné deux fois, à un quart d'heure d'intervalle, 200 centimètres cubes d'une solution d'acide chlorhydrique normal à 1/20, ce qui fait à peu près 3 grammes d'acide chlorhydrique pur : à titre d'expérience, il est vrai; cela montre bien en tous cas qu'on peut, sans atteindre ces doses extrêmes, élever sensiblement la quantité d'acide chlorhydrique que l'on a coutume d'ordonner. M. Riegel donne 8 à 10 gouttes de quart d'heure en quart d'heure, jusqu'à 40, 50 gouttes et plus.

Fait curieux, la présence de l'acide chlorhydrique provoque la sécrétion de la pepsine, rend au suc gastrique, sécrété sous son influence, une grande activité digestive pour les albuminoïdes; mais le taux de l'acidité ne tend pas à s'élever. Quand on cesse d'administrer l'acide chlorhydrique, les choses en reviennent où elles étaient auparavant. (M. Jaworski.)

M. Jaworski a constaté avec étonnement que des doses élevées d'acide chlorhydrique sont toujours bien supportées, et amènent constamment un véritable état de bien-être, même chez les malades qui ont déjà une acidité gastrique exagérée.

L'administration des alcalins à haute dose est cependant très légitime dans les cas d'acidité exagérée. M. Debove les a donnés à doses très élevées, avec succès, dans l'ulcère rond de l'estomac; affection dans laquelle l'acide chlorhydrique est toujours en excès. Il faut aller jusqu'à 15, 20, 25 grammes, et plus, de bicarbonate de soude par jour. M. Germain Sée a également donné le bicarbonate de soude avec succès, à dose élevée, à une chlorotique, à suc gastrique hyperacide, qui souffrait de crises gastralgiques.

L'acide lactique et les autres acides gras en excès appellent aussi l'administration de l'acide chlorhydrique, car ils résultent de fermentations qu'il peut arrêter, en vertu de ses propriétés antiseptiques. Quand ils se produisent en abondance, dans un estomac dilaté où stagnent les liquides et les débris alimentaires, l'évacuation par le siphon devient nécessaire.

Il nous reste à parler du régime. Les malades à suc gastrique, d'une richesse exagérée en acide chlorhydrique, digèrent très bien les albuminoïdes, très mal les féculents, qui se gonflent sans se dissoudre. Comme le plus souvent il y a atonie de l'estomac, il importe par conséquent de diminuer la quantité des féculents et des amylacés, qui ne manqueraient pas de séjourner d'une façon prolongée dans un estomac dilaté déjà et dilatable encore. Il faut éviter cette stase alimentaire qui ne peut être que nuisible.

BIBLIOGRAPHIE. — Les indications suivantes se rapportent surtout à des revues d'ensemble par l'intermédiaire desquelles il sera facile de remonter aux travaux originaux, très nombreux, qui ont été publiés sur la question. — FRANZ RIEGEL. *Samml. Klin. Vortræge*, n° 289. — Id. Ueber continuirliches Magensaft secretion (*D. med. Wochenschr.*, n° 29, juillet 1887). — J. BOAS. Ueber den heutigen Stand der Magenkrankheiten (*D. med. Wochenschr*, n°s 24-25, juin 1887). — JAWORSKI et GLUZINSKI, *Ztsch. f. Klin. med.*, bd. XI, hft. 2 et 3. — CATREL. Des acides de l'estomac (*Arch. de méd.*, avril-mai 1887). — LANNOIS. Les acides de l'estomac (*Revue de méd.*, mai 1887). — ALBERT MATHIEU, art. ESTOMAC, in *Dict. de Dechambre*, 1888. — G. SÉE. Les maladies de l'estomac, jugées par un nouveau réactif chimique (*Acad. de méd.*, 17 janvier 1888).

HOPITAL SAINT-JOSEPH. — M. LE BEC.

Fibro-sarcome de la paroi abdominale sous-péritonéale; ablation; guérison.

Marie P... 22 ans, cuisinière, entre à l'hôpital Saint-Joseph, en juin 1887, pour une tumeur de la paroi du ventre. C'est une grande et forte fille, très développée, de teint brun, et ayant tous les caractères d'une bonne santé. Il y a environ six mois, elle remarqua une petite tumeur, fort peu douloureuse, qui se formait sous la peau du ventre à droite. Elle n'y fit d'abord aucune attention et comme elle vit que cette tumeur prenait du développement, et qu'elle la gênait dans certains mouvements, elle se décida à consulter le docteur Monnier, qui la fit entrer dans mon service.

La tumeur est située à deux travers de doigt au-dessus de l'arcade fémorale, elle a 10 à 12 centimètres dans son grand axe. La peau glisse facilement à sa surface, et elle est mobile sur les parties profondes; mais en faisant contracter les muscles, elle est fortement fixée. Une des extrémités est très voisine de l'épine iliaque antérieure et supérieure, sans toutefois la toucher.

La masse est dure comme du cartilage, sans présenter même de rénitence. Elle est presque complètement indolente à toutes les explorations. La malade ne ressent aucune douleur spontanée, elle présente, seulement, une plaque d'anesthésie cutanée à la face antérieure et supéro-interne de la cuisse. Cela est dû à la compression du nerf grand abdomino-scrotal, qui passe au niveau de la tumeur.

On ne trouve pas de ganglions de l'aine envahis. Rien dans le reste du corps.

Je pensais avoir affaire à un fibrome franc de la paroi abdominale, partant des fibres aponévrotiques de la région.

13 juin. *Opération*. — La malade est endormie, et la région soigneusement lavée au savon et à l'éther.

Incision parallèle à l'arcade fémorale et passant par la partie la plus saillante de la tumeur. Cette incision est longue de 15 centimètres environ.

Je coupe successivement la peau, la graisse, l'aponévrose du muscle grand oblique, le grand oblique, le petit oblique, et l'aponévrose qui le sépare du muscle transverse.

Le muscle transverse est alors mis à découvert, et je constate qu'il est complètement détruit par la tumeur. L'artère épigastrique est liée. La tumeur se présente alors sous la forme d'une masse d'un blanc rosé. Elle est manifestement constituée par deux

gros lobes, et est très adhérente aux fibres musculaires qui l'entourent.

Je la sépare péniblement de tout ce qui la recouvre, en sacrifiant les fibres musculaires adhérentes, de crainte de les trouver envahies par le mal, et j'arrive à la face profonde.

A cet endroit, je constate que le mal est très adhérent au péritoine. Je réussis toutefois à disséquer cette membrane qui est mise à nu dans une assez large étendue, mais sans la blesser. On voyait très nettement les anses intestinales qui la soulevaient.

Comme pansement, je mis un peu de poudre d'iodoforme sur le péritoine, un drain dans le fond. Je fis quelques points de suture profonde, et une suture superficielle.

Pansement compressif avec de la gaze iodoformée et des tampons de coton trempés dans du sublimé à 1/1000.

14 juin. La nuit a été assez agitée. La malade a eu des vomissements, et ce matin elle a une teinte ictérique des plus nettes. Le thermomètre est monté à 38°5, et le ventre est un peu douloureux.

Je refais le pansement, qui est taché par de la sérosité rouge. On met de la glace sur le ventre, sur les parties que ne couvre pas le pansement. Champagne, eau-de-vie.

15 juin. La malade est plus calme. Les règles ont fait leur apparition pendant la nuit, et les douleurs du ventre ont disparu. État général très bon.

20 juin. Enlèvement des sutures.

La plaie est réunie par première intention, je laisse un petit bout de drain, par précaution, parce que le fond n'est pas parfaitement comblé.

22 juin. Le drain est définitivement enlevé, comme inutile.

1er juillet. La malade sort.

La tumeur est formée de deux masses charnues. A la coupe, elles sont rosées, peu vasculaires. Elles sont traversées par des tractus fibreux très durs et couvertes par des fibres musculaires très adhérentes. Pas de traces de cartilages. Pas de suc à la coupe. Au microscope on n'y trouve que des cellules sarcomateuses allongées en tractus. C'est un sarcome fasciculé formé dans le tissu musculaire.

SURDITÉS UNILATÉRALES ET BILATÉRALES COMPLÈTES

A LA SUITE DES OREILLONS. — QUATRE OBSERVATIONS.

Par M. le docteur E. Ménière.

A la session d'avril 1885, de la Société française d'otologie, j'ai eu deux observations de surdité unilatérale complète, survenue dans le cours des oreillons. A cette époque j'avais eu l'occasion d'en voir cinq cas. Depuis, j'en ai observé quatre autres cas, dont deux de surdité unilatérale, et deux de surdité bilatérale.

Observation I. — M. R..., jeune garçon de douze ans, de bonne santé apparente; aucune diathèse dans la famille. A l'âge de sept ans, il a contracté les oreillons, pendant une légère épidémie qui régnait dans son pays. La maladie a été d'emblée assez forte. Le double gonflement des régions parotidiennes a été très marqué, avec une forte fièvre pendant les deux premiers jours. On s'est aperçu, le septième jour, que l'oreille gauche n'entendait pas. Aucune complication n'a été remarquée par le médecin; on ne voit pas de lésions apparentes de l'organe. La surdité est absolue et n'a jamais varié.

Obs. II. — Mlle A. S..., fillette de huit ans, de santé délicate, lymphatique, sans autres antécédents diathésiques. Les parents sont fort bien portants, et ont deux autres filles. Cette malade a eu les oreillons après ses deux sœurs. Chez celles-ci, la maladie, assez bénigne, a suivi un cours normal, tandis que A. S... a été fort souffrante; la fièvre a duré quatre jours, et l'enfant a accusé quelques bourdonnements d'oreille.

On ne s'est aperçu de la surdité de l'oreille droite que le neuvième jour. Depuis cette époque, surdité absolue de ce côté, sans modification.

J'arrive maintenant aux deux derniers faits, qui présentent un certain intérêt.

Obs. III. — M. H. K..., d'origine suisse, quatorze ans, de très bonne santé habituelle. Les parents sont solides et vigoureux. Ce jeune homme a eu, dans sa première enfance, quelques légères convulsions nettement vues par la mère, dans une même semaine, à trois reprises différentes. La famille affirme de la façon la plus formelle que leur enfant a toujours admirablement entendu jusqu'à l'âge de huit ans.

En avril 1880, après un seul jour de maladie, les oreillons se montrent accompagnés d'une fièvre intense qui dure plus de trois jours. Le troisième jour le malade eut un très violent mal de tête, qui ne prit fin que le lendemain. Le quatrième jour, au réveil, on constata une surdité absolue, qui n'a pas varié depuis cette époque.

L'examen des oreilles est négatif.

Obs. IV. — M. M. C..., grand garçon de vingt-deux ans, assez vigoureux, m'est adressé, en septembre 1887, par mon honorable confrère, le docteur M. Ficatier (de Bar-le-Duc). La famille de ce jeune homme se décide à demander s'il est possible de guérir cette surdité, qui remonte à l'âge de cinq ans.

A cette époque (1870), après quelques jours de malaise, il a eu les oreillons qui se sont nettement déclarés le dimanche. La maladie a été de moyenne intensité.

Le vendredi suivant, le matin, les parents se sont aperçus que l'enfant n'entendait plus rien. Impossibilité de se faire comprendre, même en lui criant aux oreilles.

A l'âge de sept ans, il a eu ensuite une scarlatine assez forte, sans complications auriculaires, et enfin, à quinze ans, une méningite très grave, qui a fait craindre pour sa vie. Examiné avec soin, je n'ai pu découvrir la moindre lésion dans l'appareil auditif.

Je viens de donner, aussi succinctement, mais aussi exactement que possible, la relation de quatre nouveaux faits. D'après les auteurs, le nombre des observations est peu considérable, mais j'estime que beaucoup de ces cas passent inaperçus, pour les médecins peu au courant de l'otologie.

Les cas de surdité complète ne sont pas considérables, proportionnellement au nombre des malades, atteints par les oreillons. Mais cette proportion, quelque faible qu'elle soit, serait utile à connaître.

Après maintes recherches, faites dans les divers ouvrages, je n'ai pu trouver la relation de l'autopsie d'un malade dont la surdité complète était due aux oreillons.

L'anatomie pathologique, seule, pourrait nous donner la clef de ces lésions actuellement incurables.

Nous ne pouvons discuter que des hypothèses et toutes ont été faites; il est donc inutile d'en retracer le tableau. Pour ma part, tout en admettant la possibilité d'une affection labyrinthique, je crois que, le plus souvent, il existe une hyperhémie méningée, entraînant, à sa suite, des lésions graves du nerf auditif, à son origine ou dans son trajet.

Je tiens à faire remarquer que le jeune enfant de l'Observation III a eu une fièvre intense pendant trois jours, et au troisième jour des douleurs de tête, si violentes que le médecin a cru un instant à une méningite.

Le lendemain, les symptômes graves avaient disparu, et la surdité était absolue des deux côtés.

Quant à la prédisposition individuelle, admise par certains auteurs, je ne puis ni ne veux la nier, mais ce que

j'affirme, c'est que, dans les neuf cas qu'il m'a été donné d'observer, les parents ont été aussi explicites que possible sur le bon état de l'audition avant les oreillons.

Les otologistes, malheureusement, sont rarement consultés par les familles, au début de la surdité. Ils ne peuvent donc mettre en œuvre des médications variées, probablement inefficaces, mais dont le résultat reste aussi dans le domaine des hypothèses.

ALIMENTATION

DANS UN CAS DE MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE.

Par M. Th. DEFRESNE.

M. le docteur L..., âgé de cinquante-deux ans, est père d'un jeune enfant que sa mère, âgée de trente-six ans, a nourri avec succès jusqu'à l'âge de douze mois.

Le père et la mère sont vigoureux, aucune tare héréditaire ne peut être relevée et tous deux jouissent d'une santé parfaite. En juin 1887, l'enfant souffrait beaucoup de la dentition: après deux jours d'insomnie, de fièvre, d'agitation, il fut pris de raideur des muscles postérieurs du cou, puis de très légères et passagères convulsions des muscles de la face et des membres. A la suite de ces accidents qui durèrent trois jours, la tête resta inerte, les muscles étaient agités de mouvements choréiformes, l'enfant ne pouvait têter sans mordre cruellement le sein de sa mère qui dut renoncer à le nourrir. On eut recours au lait d'ânesse; il était gardé quelquefois, le plus souvent rejeté. On fit venir une nourrice, l'enfant, plein de connaisance, refusa ce sein étranger; pendant ce temps, ses chairs fermes et roses s'étaient flétries, la méningite et l'inanition poursuivaient leur œuvre de destruction. M. le docteur Jules Simon, qui suivait l'enfant, ne dissimulait pas ses inquiétudes.

La maladie était entrée dans le sixième septénaire, aurait-elle une issue heureuse? On pouvait l'espérer. Mais, en attendant, l'inanition menaçait les jours du petit malade et une diarrhée inquiétante le jeta dans un état pitoyable, c'est alors que M. le docteur L... songea à la Peptone. Il vint me voir, il m'interrogea sur l'usage de la Peptone; il écouta avec un poignant intérêt ce que je pus lui dire sur son efficacité. Je l'engageai à donner à l'enfant quatre à six cuillerées à café de Peptone, par jour, dans quelques cuillerées à bouche de bouillon. Je lui fis remarquer, toutefois, que chez l'enfant, en particulier, les aliments respiratoires jouent un très grand rôle et que la Peptone, seule, me paraissait insuffisante; cette restriction était fâcheuse, car l'estomac de l'enfant ne supportait ni la farine lactée, ni la farine d'avoine, non plus que les fécules les plus variées, et le lait d'ânesse, assez mal supporté, n'était pas étranger à la diarrhée qui finissait d'épuiser l'enfant.

Devant ce nouvel obstacle, je fis part au docteur L... de mes études sur la farine de blé malté où la germination transforme 30 p. 100 de l'amidon en maltose et le reste en une dextrine soluble à 75 degrés. J'ajoutai que, pour rendre cette farine plus riche en aliments gras, en phosphate de chaux et en protéine, j'avais songé à l'associer au jaune d'œuf où ces éléments sont dans un état plus parfait que dans le lait lui-même, puisqu'ils peuvent, sans digestion préalable, évoluer en muscles et en os chez le futur oiseau.

Il trouva cette association rationnelle et s'offrit d'expérimenter la Farine Maltée sur son enfant.

Le 25 août 1887, le régime suivant fut établi : le matin, à midi et à quatre heures, l'enfant prenait une cuillerée à café de peptone dans deux cuillerées à soupe de bouillon et deux heures après la peptone, soit trois fois par jour, une petite bouillie ainsi préparée : quatre cuillerées à café de Farine Maltée délayée avec trois cuillerées à bouche d'eau chaude et quatre cuillerées de lait chaud, le tout porté à l'ébullition pendant quelques secondes. L'enfant se montra friand de cette petite bouillie; la diarrhée s'arrêta, ses petits membres flétris se remplirent à vue d'œil, je le vis, en novembre 1887, cinq mois après les premiers accidents: les mouvements des membres se coordonnent et l'enfant, tenu sous les aisselles, avance ses petites jambes l'une après l'autre sur le parquet; sa petite tête obéit à sa volonté; il la tourne pour répondre à l'appel paternel.

En décembre, l'enfant a 18 mois; les dents le tourmentent; une des œillères fait son apparition; on redoute la coqueluche; mais ce n'est qu'un rhume, l'embonpoint se maintient. Le régime est un peu plus varié; les œufs à la coque, le tapioca, le racahout sont bien acceptés, mais le repas du soir est toujours à la Farine Maltée, car la mère a remarqué que l'estomac de l'enfant n'en est pas surchargé et que c'est le seul aliment qui lui assure des nuits calmes et réparatrices.

Tout permet d'espérer que le fils du docteur L... en sera quitte pour quelque peu de retard dans son développement.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 février 1888. — Présidence de M. POLAILLON.

COMMUNICATIONS

Maladie kystique de la mamelle. — M. BRISSAUD fait connaître les résultats de ses recherches sur cette maladie. Il a fait cinq examens de mamelles kystiques. Dans ces mamelles il n'y avait pas de tumeurs. Au microscope, il a constaté tantôt un acinus plus développé, tantôt des kystes dont les parois sont la paroi même de l'acinus. Ces kystes existent surtout à la périphérie de la mamelle, particulièrement les plus gros. Les canaux galactophores et les conduits acineux présentent des lésions superficielles, des végétations inflammatoires, des dilatations. Pour le tissu interstitiel, on ne trouve absolument rien. M. Brissaud n'a pas constaté non plus la pénétration de l'épithélium dans le tissu interstitiel. Aucune propagation du côté des ganglions. La maladie est donc exclusivement une maladie des acini, caractérisée par des kystes. On sait qu'il y a des maladies kystiques du rein, où il n'y a pas de tumeur et où il n'y a rien que des kystes. On trouve même de ces kystes sur la muqueuse gastrique. Ces altérations sont donc assez communes dans d'autres glandes ou d'autres viscères que la mamelle.

M. QUENU. Peut-on faire de la maladie kystique de la mamelle une entité morbide, à caractères nets et déterminés? doit-on, au contraire, la faire rentrer dans le cadre des affections épithéliales? Telles sont les questions à résoudre.

M. Quenu a observé une femme de trente-trois ans, qui avait eu un enfant à vingt-cinq ans; à la suite de cet accouchement elle a eu des abcès, après lesquels une de ses mamelles est restée volumineuse. Elle eut ensuite plusieurs grossesses successives pendant lesquelles le sein droit grossit toujours. Elle finit ainsi par avoir une série de kystes qui occupèrent toute la glande. M. Quenu pratiqua l'ablation de ce sein. Toute cette mamelle était remplie de kystes renfermant du lait. L'examen histologique montre les caractères que vient de rappeler M. Brissaud. Comment devait-on interpréter cette tumeur? Au premier abord on pouvait croire avoir affaire à une galactocèle. Il n'en est rien. Avait-on affaire à une tumeur? M. Quenu ne croit pas qu'on puisse donner à cette affection le nom d'épithéliome. Il ne s'agit pas non plus d'un adénome ou d'un fibrome. M. Quenu est donc de l'avis de MM. Malassez et Brissaud, en n'admettant pas cette affection dans le cadre des adénomes ou des fibromes, pas plus que dans celui des mammites chroniques interstitielles, comme le voudrait M. Faucas. Il y a donc diverses opinions, celle qui tend à faire de cette affection un épithéliome kystique, celle de M. Trélat qui pense qu'il s'agit d'une variété de fibrome, celle enfin de M. Faucas, qui en fait une mammite chronique interstitielle.

M. Quenu serait disposé à admettre qu'il s'agit, dans la maladie kystique de la mamelle, d'une sorte de cirrhose épithéliale ana-

logue à celle qui a été décrite par Charcot dans le foie ou dans le rein et qu'on peut produire expérimentalement par la ligature du canal cholédoque ou de l'uretère.

M. EUGÈNE NÉLATON a observé le fait suivant : une femme avait une tumeur dans les deux seins; avec beaucoup d'attention on sentait une fluctuation et on faisait sortir un liquide brunâtre par le mamelon. L'autre sein présentait des plaques grenues et de la fluctuation. M. Nélaton montra cette malade à M. Reclus qui diagnostiqua une maladie kystique de la mamelle et fit une ponction avec la seringue de Pravaz.

M. SEGOND a vu cette malade en mai 1886 et l'opéra, cette maladie avait les caractères d'une tumeur adénoïde du sein. C'est pourquoi il fit une amputation partielle. Lorsqu'il eut cette tumeur dans la main il vit qu'il n'y avait pas de tumeur, c'était une mamelle normale dans laquelle il y avait comme des grains de raisins ou de groseilles. Ces grains piqués, il ne restait plus rien qu'une mamelle normale.

M. REYNIER fait observer que ces tumeurs ont un caractère pour ainsi dire pathognomonique, la multiplicité et la bilatéralité. Mais ces caractères se retrouvent aussi dans les tumeurs fibreuses. C'est ainsi que M. Reynier, dans un cas de ce genre, fit une erreur de diagnostic en pensant avoir affaire à une maladie kystique de la mamelle, alors qu'il s'agissait de tumeur fibreuse. Il communique l'observation de cette malade : femme de trente-six ans, plusieurs grossesses, abcès du sein à la suite desquels les deux seins restent gros, mamelonnés. Sans doute influencé par le travail de M. Reclus, M. Reynier diagnostique une maladie kystique de la mamelle; il pratique une ablation partielle du sein le plus malade. Il s'agissait, non pas de kystes, mais de fibromes multiples. Ces tumeurs paraissent être d'origine inflammatoire. Elles se sont produites, en effet, après une série d'abcès.

M. TRÉLAT n'a pas dit que la tumeur décrite par M. Reclus était un fibrome. Il a dit que l'on connaissait depuis longtemps des tumeurs, des fibromes, présentant tous les caractères classiques décrits par M. Reclus. Au point de vue purement clinique, cela est absolument exact. Il résulte de la communication de M. Reclus que, quand on se trouve en présence d'une tumeur mammaire présentant tous les caractères que nous connaissons comme appartenant aux fibromes multiples, il y aura lieu de rechercher s'il ne s'agirait pas de la maladie kystique dont il vient d'être question.

Ces tumeurs, absolument bénignes, sont respectables et ne doivent pas être enlevées. M. Trélat fournit comme exemple l'observation suivante : Étant tout jeune chirurgien des hôpitaux, il reçoit dans son cabinet une jeune femme qui se plaint d'avoir une tumeur du sein. Cette jeune femme, ne voulant pas aller à l'hôpital, avait fait des économies et désirait se faire opérer chez elle. Trouvant ce cas intéressant, M. Trélat examina cette malade et, reconnaissant avoir affaire à des fibromes multiples, il fut obligé de déclarer à cette malade qu'il n'y avait pas lieu de l'opérer. Peu de temps après, cette femme revint avec l'autre sein pris. Même réponse de M. Trélat pour le second sein que pour le premier. Il a suivi cette malade plus de trente ans, et elle possède encore ses deux seins et ses économies.

En présence de cette maladie fibromateuse ou kystique, s'il n'y a pas d'accroissement rapide, on devra s'abstenir d'opérer.

M. KIRMISSON dit que M. Quenu a distingué cette maladie kystique de l'épithélioma intra-canaliculaire kystique de la mamelle. En cela, M. Kirmisson partage complètement l'opinion de M. Quenu. Il est un signe important de l'épithélioma intra-canaliculaire, c'est l'écoulement sanguin par le mamelon. L'intervention et l'intervention large est ici nécessaire. Quant à la maladie kystique, elle était considérée autrefois comme une maladie maligne. Les histologistes ont bien changé d'opinion à ce point de vue et l'observation de M. Trélat prouve bien qu'il s'agit d'une affection bénigne, contre laquelle il n'y a pas lieu d'intervenir chirurgicalement.

M. TERRILLON observe depuis 1879 une femme qui porte une double tumeur mamelonnée, sans ganglions, qu'à cette époque il voulait opérer. Cette malade refusa l'opération. M. Terrillon revit cette malade plusieurs fois et ne put jamais la décider à l'opération. Elle a encore aujourd'hui ses deux seins atteints de tumeurs; celles-ci n'ont pas grossi et, somme toute, la malade a bien fait de refuser l'opération.

M. TILLAUX ne connaît pas la maladie kystique décrite par M. Reclus. Mais il y a évidemment une autre maladie présentant tous les mêmes symptômes, caractérisée par des noyaux mamelonnés, doubles, sans ganglions. C'est, pour M. Tillaux, de la mammite chronique. M. Tillaux en a vu un grand nombre de cas; ils ont tous guéri par la compression. Il est, dans ces tumeurs, un caractère important, c'est le changement de place des tumeurs; ces malades guérissent bien avec la compression.

M. TERRIER dit que la compression est absolument inefficace. Il observe, depuis plusieurs années, une jeune femme atteinte de cette variété de tumeurs décrites par M. Brissaud. Bien qu'avec M. Malassez, M. Terrier ne soit pas absolument sûr de la bénignité du pronostic de ces tumeurs, il ne voulut pas opérer cette malade, quoiqu'elle eût quelques ganglions dans l'aisselle. Il s'agissait d'une jeune mariée et il y avait tout lieu d'hésiter avant de la priver de ses deux seins. M. Terrier attendit donc, en observant la malade, et il se félicite aujourd'hui de cette expectation, car cette jeune femme a gardé ses seins et ses tumeurs ont plutôt diminué.

PRÉSENTATION DE MALADES

Luxation du coude en dedans. — M. DESPRÉS présente un malade atteint de luxation complète du coude en dedans.

Lymphadénome. — M. CHABASSE présente, pour la seconde fois, un malade atteint de lymphadénome du pli de l'aine. La première fois qu'il a présenté ce malade, sa tumeur était énorme. Aujourd'hui, elle a très notablement diminué et est en voie manifeste de guérison spontanée.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 22 février 1888, M. Deschamps, médecin de première classe de la marine, démissionnaire, a été nommé au grade de médecin de première classe, dans la réserve de l'armée de mer.

— Par arrêté ministériel, en date du 22 février 1888, les élections pour le renouvellement du conseil supérieur de l'instruction publique sont fixées au samedi 21 avril 1888. L'examen des opérations électorales et le dépouillement des votes auront lieu au ministère de l'instruction publique, le vendredi 27 avril. Si un second tour de scrutin est nécessaire, il y sera procédé le samedi 5 mai.

— Par arrêté préfectoral, en date du 18 février 1888, M. Pennetier, vétérinaire, est nommé membre de la Commission d'hygiène publique et de salubrité du Vme arrondissement de Paris, en remplacement de M. le docteur Lafont, décédé.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Charrier (de Sauveterre), Chevreuse (de Charmes), Courtade (de Miélan) et François (de Tilly).

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tuberculose vertébrale, mal de Pott, mal vertébral postérieur, mal sous-occipal, tuberculose sacro-iliaque, tuberculose du sacrum et du coccyx. Leçons faites à la Faculté de médecine, par M. le professeur LANNELONGUE, membre de l'Académie de médecine, président de la Société de chirurgie, chirurgien de l'hôpital Trousseau, recueillies par M. le docteur V. MÉNARD, chef de clinique de la Faculté. 1 vol. grand in-8°, de 418 pages, avec 36 figures dans le texte et 4 planches en chromo-lithographie. — Prix : 12 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

Chirurgie du pied, par M. le docteur Albert BLUM, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Tenon, avec une préface de M. le professeur RICHET, membre de l'Institut. 1 vol. in-8°, de 416 pages, illustré de 145 figures intercalées dans le texte. — Prix : 8 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

De la suggestion et de ses applications à la pédagogie, par M. le docteur Edgar BÉRILLON. In-8. — Prix : 1 franc. — Paris, Jacques Lechevalier.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 25. — MARDI 28 FÉVRIER 1888. 61e ANNÉE. MARDI 28 FÉVRIER 1888. — N° 25.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

NOTES CHIRURGICALES

Par M. le docteur RICARD, ancien prosecteur des hôpitaux.

I

Grenouillette congénitale par imperforation du canal de Warthon. — On a cité un certain nombre de grenouillettes congénitales par imperforation du conduit de Warthon. Mais le fait est plus rare qu'on ne le pense, s'il faut en croire M. Guinard qui, à l'occasion d'un fait observé chez M. le professeur Verneuil, a recherché, dans la littérature médicale, les cas analogues à celui qu'il a observé. En remontant aux sources, il n'a pu trouver que 8 cas bien authentiques, 2 dans la thèse de M. Richer (Paris 1883), 2 dans la thèse de M. Remignon (Paris 1885), 1 cas de M. Demons (*Bull. Soc. chir.* t. VI p. 60), 2 cas de M. le professeur Lannelongue et 1 cas de M. Guyon, présentés à la Société de chirurgie; en ajoutant le cas de M. Verneuil, cela porte à 9 les observations actuellement connues.

Ce qui caractérise cette grenouillette, c'est son apparition dès la naissance et sa forme particulière.

La tumeur qu'elle forme est allongée, couchée sous la langue dans le sillon qui la sépare du plancher de la bouche; elle déborde le frein en avant par une saillie conique à pointe mousse. La muqueuse qui la recouvre est légèrement opaline, translucide, et laisse voir par transparence le liquide clair qu'elle contient. A la loupe on n'aperçoit pas trace du canal de Warthon de ce côté; la tumeur est tendue, et la glande sous-maxillaire correspondante est plus volumineuse. Si l'on veut caractériser l'aspect de la tumeur on ne peut en donner une idée plus exacte qu'en la comparant à *la vessie natatoire d'un poisson.* Ajoutons que l'enfant n'est nullement gêné pour respirer, pour téter ou pour avaler.

Le traitement en est simple, il suffit d'inciser, par un petit coup de ciseaux, l'extrémité saillante de la tumeur (*Gaz. hebd.* 6 janvier 1888).

Un cas de rupture de la vaginale dans l'hydrocèle. Traitement par l'incision et la résection de la vaginale. — La cure radicale de l'hydrocèle est définitivement entrée dans la pratique chirurgicale; mais, il faut bien le dire, à titre d'exception. Le vieux procédé de la ponction avec injection iodée est trop simple et trop efficace pour ne pas demeurer la méthode de choix. Aussi, ce n'est que dans certaines conditions particulières qu'on doit avoir recours à l'incision antiseptique de la vaginale; par exemple, dans les hydrocèles congénitales et multiloculaires, lorsque l'épanchement se complique de corps étrangers, mais surtout, lorsque l'hydrocèle a récidivé et que les parois de la vaginale sont indurées et épaissies.

M. Augagneur vient de signaler une autre indication : la rupture de l'hydrocèle. Cette rupture est assez fréquente (voir Saint-Martin, Th. Paris 1883), mais les interventions chirurgicales sont encore rares, car il n'en existerait que trois cas, 2 appartenant à M. Reverdin et le dernier à M. Augagneur; on trouvera l'observation de ce malade longuement décrite dans la *Province médicale* du 21 janvier 1888. Le malade, porteur d'une hydrocèle, s'était pincé les bourses en montant à cheval, c'est là d'ailleurs la cause la plus fréquemment observée. L'opération fut pratiquée le 18 juillet et, le 26, le malade quittait l'Hôtel-Dieu complètement guéri.

Jusqu'à présent personne n'était intervenu activement dans les cas de rupture simple de la vaginale. Le chirurgien s'était borné à inciser s'il y avait infection et suppuration gangrénées du scrotum, M. Augagneur va plus loin, il pose l'indication de la cure radicale de l'hydrocèle dans tous les cas de rupture et quelle que soit la bénignité apparente des accidents; car cette rupture, surtout chez les sujets jeunes, n'est souvent que le premier acte de la transformation en hématocèle, M. Reverdin a, dans deux cas, fait l'incision antiseptique, M. Augagneur est le premier qui ait fait l'incision avec résection d'une partie de la vaginale et suture immédiate.

Fibro-lipome congénital de la langue. — Le lipome de la langue est une tumeur rare dont on pourrait compter les observations. M. Poncet en a observé un cas qu'il vient de présenter à la Société de médecine de Lyon.

Une malade de soixante-deux ans était atteinte d'un carcinome du sein droit avec engorgement des ganglions axillaires et sus-claviculaires; un épanchement pleurétique abondant annonçait d'une façon évidente la propagation de la lésion cancéreuse jusqu'à la plèvre. La mort ne tarda pas à survenir.

La malade présentait, en outre, sur la face dorsale de la langue et à peu près vers sa partie moyenne, une tumeur non pédiculée du volume d'un œuf de pigeon, ayant l'aspect d'une langue surnuméraire. Cette tumeur, observée depuis la naissance, n'avait jamais occasionné de gêne dans la respiration, la déglutition ou l'articulation des sons. De coloration jaunâtre, rosée par places, elle était de consistance molle, presque fluctuante. Son adhérence à la muqueuse était manifeste, ainsi qu'à la partie profonde. Une coupe permit de vérifier cette adhérence et de constater que la tumeur était formée par un gros lobule graisseux environné de tissu fibroïde : l'examen histologique confirma le diagnostic de fibro-lipome.

Rappelons la coexistence de cette tumeur bénigne avec un cancer. M. Poncet relève le fait; c'est un exemple à ajouter aux nombreux cas déjà connus et qui ont contribué à démontrer la parenté qui unit ensemble toutes les tumeurs. Les néoplasmes peuvent être, en effet, de structure et de nature différentes, mais

ils poussent sur un seul et même terrain et en vertu d'une même prédisposition commune, ce sont des produits de la même manifestation. Cette opinion, que nous avons soutenue en nous appuyant sur les faits cliniques (1), vient d'être singulièrement appuyée, par une remarquable leçon du docteur Bard, chef des travaux anatomo-pathologiques de la Faculté de Lyon. Nous ne pouvons résister à transcrire ici les termes mêmes de cette leçon (2).

« Dans cette échelle ininterrompue des tumeurs d'un même tissu, on peut bien caractériser les étapes principales, on peut notamment réunir, pour la facilité de la description, les formes embryonnaires, les formes adultes et les formes intermédiaires, mais à condition de ne pas oublier que les transitions sont ininterrompues et qu'il ne faut voir là que des points de repère, en quelque mesure artificiels, comme les chiffres 0 degré et 100 degrés du thermomètre.

J'arrive alors à soutenir à mon tour, comme les anciens cliniciens, mais cette fois au nom même de l'anatomie pathologique, qu'il n'y a pas d'espèces de tumeurs pouvant prétendre au rôle d'entité nosologique, mais qu'il n'y a en réalité que des cancers et des tumeurs bénignes, de tous les organes et de tous les tissus, et que, de plus, tous les degrés, toutes les formes de transition peuvent se retrouver entre le cancer le plus malin et la tumeur la plus bénigne d'un même tissu. »

Taille sus-pubienne; ouverture accidentelle du péritoine; suture de la vessie à la plaie abdominale. — M. Poncet communique, à la Société de médecine de Lyon, un cas intéressant de taille sus-pubienne (*Lyon méd.*, 18 déc. 1887) : il s'agit d'un malade d'une cinquantaine d'années, porteur d'un volumineux calcul d'acide urique, pesant 45 grammes et qui présentait 5 centimètres dans tous ses diamètres. Le volume du calcul joint à sa dureté contre-indiquaient la lithotritie, aussi ce fut à la taille hypogastrique que M. Poncet eut recours. Deux points nous paraissent dignes d'être relevés dans l'observation.

1° Lorsque la vessie eut été incisée, le chirurgien s'aperçut que le péritoine avait été ouvert; probablement la blessure avait été faite au moment du débridement par le bistouri boutonné. Le péritoine fut suturé par trois points de suture au catgut et le calcul facilement extrait.

2° Au lieu d'abandonner la vessie dans la plaie et de la drainer par la méthode de Périer, M. Poncet, redoutant l'infection du péritoine, se décida à suturer les bords de la plaie vésicale à la plaie abdominale. Il conseille d'opérer de la sorte toutes les fois que le péritoine aura été intéressé, ou que l'urine, alcaline et purulente, fera redouter une infiltration septique dans le petit bassin.

Luxation latérale de l'axis sans phénomènes médullaires. — A la suite d'une chute sur la tête, un soldat présenta une raideur particulière et persistante du cou. M. Annequin, fort de l'examen consciencieux de son malade, croit pouvoir poser le diagnostic de sub-luxation latérale gauche de l'axis; et cela malgré l'absence absolue de phénomènes médullaires. Le fait est rare, mais possible cependant, et, à l'occasion du malade qu'il a pu observer, M. Annequin en rapporte plusieurs exemples. Malgré le doute qui plane toujours sur ces faits un peu exceptionnels, lorsque l'examen nécroscopique ne les vérifie pas, le diagnostic de M. Annequin a été confirmé par les plus éminents chirurgiens lyonnais, et l'observation détaillée qu'il rapporte doit faire admettre cette luxation extraordinairement bénigne et qui ne s'est révélée que par une déformation légère et la présence de saillies anomales dans le pharynx et à la nuque (*Rev. de méd. et de pharm. milit.*, déc. 1887).

(1) Ricard. *Étude sur la diathèse néoplasique; de la pluralité des néoplasmes chez un même sujet.* — Paris 1885, Asselin et Houzeau.

(2) Bard. Introduction à l'étude des tumeurs, *Province médicale*, 7 janvier 1888.

Sangsue fixée dans la partie sous-glottique du larynx. — Dans cette observation d'un intérêt pratique tout particulier, les détails intéressants à relever sont nombreux; et d'abord, notons ce fait que le malade, un soldat, ignorait complètement la présence de la sangsue; il crachait du sang depuis huit jours, quand il sentit quelque chose remuer dans le fond de la gorge.

Malgré les symptômes assez nets du corps étranger laryngien (raucité de la voix, sensation de corps étranger, bruit de drapeau, etc.) pendant *plus de vingt jours*, le malade conserva sa sangsue sans présenter d'accès de suffocation et sans que l'examen laryngoscopique pût montrer l'animal. Ce n'est que le vingt-troisième jour, qu'à la suite d'un effort d'expiration, M. le docteur Godet put apercevoir la sangsue.

L'extraction par les voies naturelles était dès lors indiquée, c'est ce qu'auraient tenté nos confrères de l'armée, s'ils avaient eu sous la main les instruments nécessaires. Mais n'ayant que de mauvaises pinces trop grosses, ou à courbure trop faible, ils ne craignirent pas de pratiquer la *thyrotomie*, c'est-à-dire l'incision médiane du cartilage thyroïde. Les deux lèvres de la plaie écartées, la sangsue se présenta d'elle-même, fut saisie avec une pince à griffe et facilement extraite.

Deux points de suture sont appliqués, la réunion est parfaite, et — chose digne d'être notée et qui montre peut-être que la thyrotomie n'est pas si terrible pour la phonation qu'on l'a prétendu — les mouvements du larynx s'exécutent régulièrement et la voix reste normale.

Qu'on nous permette de relever les différents points particulièrement intéressants de cette observation: le début inaperçu de l'introduction de la sangsue, la longue tolérance du larynx, l'absence complète d'accès de suffocation et de dyspnée, et enfin la phonation parfaite après la thyrotomie (*Rev. de méd. et ph. mil.*, déc. 1887).

Occlusion intestinale guérie par un traitement médical. — M. le docteur Morin présente, à la Société médicale de Gannat, l'observation fort instructive d'un malade qu'il a pu observer en juin 1887. Le fait est remarquable à plus d'un titre et nous le relevons à cause de son grand intérêt pratique. Il s'agit d'un homme de soixante ans, jusqu'alors bien portant, qui fut brusquement pris de phénomènes d'occlusion intestinale avec apparition d'une tumeur dure et douloureuse à quelques centimètres à gauche de l'ombilic. M. le docteur Morin porte le diagnostic de volvulus intestinal, ce qui nous paraît douteux, étant donné la présence d'une tumeur; mais là n'est pas l'intérêt particulier de l'observation. Que l'occlusion intestinale fût due à un volvulus ou à une hernie, l'occlusion était manifeste, par tous ses symptômes classiques: absence de selles et de gaz par l'anus, ballonnement du ventre, vomissements fécaloïdes, algidité, etc. Or, cette occlusion fut complètement guérie par deux injections hypodermiques de morphine et plusieurs lavements. Il y a là un fait qui mérite de nous arrêter, car il comporte un grand enseignement. Sous l'action de la morphine, l'élément spasmodique et nerveux, qui accompagne toujours l'étranglement intestinal, a disparu; et, sous l'influence du repos musculaire qui a suivi, le volvulus s'est défait, ou la hernie s'est réduite: la guérison en a été la conséquence.

Nous ne pouvons donc qu'approuver la thérapeutique mise en œuvre par M. le docteur Morin, mais en faisant des réserves. Il ne faudrait pas croire que cette influence des opiacés soit souvent efficace en pareil cas. C'est une médication que l'on peut et que l'on doit même essayer, mais une médication d'attente; si le résultat ne se produit pas rapidement, ce serait une erreur de persévérer. Nous en dirons autant de toutes les médications purement médicales adressées à la cure de l'occlusion intestinale. Elles peuvent quelquefois guérir, mais rarement; bien souvent, elles ne font que retarder outre mesure l'intervention chirurgicale qui devient alors inefficace.

Un cas de trépanation pour fracture du crâne avec plaie du cervelet. — Aujourd'hui que l'on discute les indica-

tions opératoires dans les cas de fracture du crâne, il est intéressant de réunir les faits qui constitueront le meilleur dossier de cet intéressant débat. M. le docteur Sahut vient de publier, sur la trépanation du crâne, un mémoire qu'il a présenté à la Société de médecine de Gannat, et qui est basé sur plusieurs observations personnelles. L'un de ces faits est digne d'être mis en relief.

Un jeune homme de quatorze ans reçoit, dans la région occipitale, un coup de pied de cheval. La blessure siège au niveau de la protubérance occipitale, elle est transversale et longue de trois centimètres. La perte de connaissance est absolue, la résolution est complète. En introduisant l'index dans la plaie, on reconnait que les os du crâne présentent une perte de substance correspondant à la plaie cutanée, mais que le fragment osseux enfoncé est plus large par sa face interne que par sa face externe; en d'autres termes, la fracture de la lame vitrée est plus considérable que celle de la table externe. Le doigt explorateur sort couvert de substance cérébelleuse. Le diagnostic était net: fracture du crâne avec enfoncement et contusion de l'encéphale.

Le malade, transporté à l'hôpital de Gannat, fut opéré le soir même; il fut nécessaire, après avoir incisé les téguments, d'agrandir la perte de substance osseuse, et d'enlever la table externe dans sa portion restée adhérente. L'orifice étant agrandi, l'opérateur put facilement extraire le fragment principal, ainsi que d'autres esquilles plus petites. La plaie fut soigneusement nettoyée et réunie, un pansement à l'iodoforme fut appliqué.

L'amélioration fut rapide: quelques heures après l'opération, la torpeur était moindre et le malade répondait quelques mots; le douzième jour, il pouvait retourner dans son pays.

Ce fait, digne d'être enregistré, nous affirme une fois de plus l'indication du trépan immédiat dans les fractures du crâne *avec enfoncement* et la nécessité d'extirper les fragments esquilleux qui compriment et contusionnent l'encéphale.

II

Phénomènes nerveux de la syphilis secondaire. — Chaque syphilitique fait la syphilis à son image: le fumeur aura surtout de la syphilis linguale, le scrofuleux présentera une forme particulière de syphilides ulcéreuses. De même, les accidents nerveux, chez les syphilitiques, atteignent surtout des prédestinés: les surmenés du travail ou du plaisir, et les victimes d'une tare nerveuse héréditaire. C'est dire que la femme présentera plus fréquemment que l'homme les phénomènes nerveux de la syphilis, qui pourra même, chez elle, réveiller l'hystérie ou l'épilepsie, assoupies depuis longtemps.

D'après M. Fournier, ces formes nerveuses de la syphilis constituent plusieurs grandes classes: la céphalée, les troubles du sommeil, l'asthénie nerveuse, les névralgies, les troubles de la sensibilité générale, les grandes névroses.

La *céphalée* est aussi fréquente chez la femme que chez l'homme; son origine ne saurait être précisée, c'est une douleur générale, profonde, étalée et diffuse, c'est une véritable « encéphalalgie ».

Elle prédomine sur le front, la tempe et l'occiput; elle peut être lancinante, gravative, constrictive, et présenter les degrés les plus divers, amener des troubles cérébraux variés: vertiges, obnubilation, altération du caractère, tristesse, apathie, diminution des facultés intellectuelles, etc.

Sa marche peut être continue, avec exaspérations nocturnes, ou bien intermittente et presque toujours vespérale.

Sa durée variable peut atteindre une année, mais c'est un des accidents qui disparaît le mieux et le plus rapidement sous l'influence du traitement (0,05 à 10 centigrammes de proto-iodure associé à 1 gramme d'iodure de potassium).

Les *troubles du sommeil* consistent en une insomnie essentielle, sans cause connue.

L'*asthénie nerveuse* constitue un type morbide trompeur, susceptible d'égarer le diagnostic. Débilité et courbature rapide, faiblesse et lassitude, tels sont les symptômes fréquemment observés; il y a une véritable incapacité au travail, avec prostration musculaire.

Ajoutez à cela l'asthénie circulatoire, avec le cœur faible et le pouls déprimé, de l'asthénie digestive, de l'asthénie sensorielle, de l'asthénie nutritive, et vous aurez ce type de la femme profondément anémiée et épuisée. Ces troubles cèdent au traitement, mais avec lenteur et au bout de plusieurs mois seulement.

Les *névralgies* portent rarement sur le nerf sciatique ou sur un nerf intercostal, exceptionnellement sur les nerfs mammaires, cruraux ou lombaires, mais elles atteignent presque toujours la cinquième paire, et en particulier le rameau sus-orbitaire de l'ophthalmique.

Ces névralgies syphilitiques sont presque toujours partielles, et occupent rarement un tronc nerveux tout entier; mais en dehors de ce caractère, elles ne présentent aucun signe distinctif des autres névralgies, si ce n'est l'action *presque immédiate* du traitement.

Les *troubles de la sensibilité* sont plus rares et aussi moins connus.

C'est plutôt l'analgésie qui est observée, l'anesthésie est rare, ainsi que la perte de la sensibilité thermique. Cette analgésie peut être générale, mais elle est plus souvent partielle et *presque toujours symétrique*, elle siège sur la poitrine, sur les membres du côté de l'extension, mais elle a deux sièges de prédilection, les seins et surtout la *région dorso-métacarpienne*. Aussi, c'est à cet endroit qu'il faut la rechercher; elle y est constante, qu'elle soit isolée ou qu'elle coïncide avec une autre plaque analgésique. (*Journ. de méd. et chir. prat.* janv. 1888.)

Tic convulsif et douloureux de la face, traité par l'élongation nerveuse. — On sait avec quelle difficulté on obtient la guérison des névralgies faciales, lorsqu'elles sont de date déjà ancienne. La section et même la résection des nerfs sont loin d'assurer la guérison. L'incertitude de ce traitement est facile à comprendre; la section porte bien sur le nerf malade, mais souvent elle n'atteint pas le point précis où l'affection a son point de départ, elle reste au delà. L'intervention a supprimé une partie du nerf, mais elle a laissé communiquer avec les centres nerveux la partie malade.

L'élongation doit agir mieux et plus sûrement que la section, car elle étend plus loin son action et, malgré les insuccès qu'elle a également eu à enregistrer, c'est à elle que M. le professeur Le Fort a eu recours dans un cas de névralgie faciale, rebelle à tout traitement. Sur 14 fois, où cette élongation a été faite sur les branches de la cinquième paire, il y eut 4 fois un insuccès complet, 2 améliorations et 8 succès bien légitimes.

La malade, qui fait le sujet de l'observation, était âgée de soixante-sept ans; depuis cinq ans elle souffrait de crises névralgiques dans la face, contre lesquelles on avait tout essayé en vain: médicaments internes ou révulsion cutanée. Les crises sont extrêmement fréquentes, car elles se renouvellent toutes les huit ou dix minutes, subitement, sans une sensation d'avertissement, soit spontanément, soit sous l'influence la plus minime; après vingt-cinq ou trente secondes, le calme réapparaît.

M. Le Fort essaye d'abord la faradisation, qui diminue momentanément le nombre des crises, mais n'amène pas la guérison. Une intervention plus radicale est alors essayée; le 6 juillet 1887, on pratique l'élongation des nerfs frontal interne et externe. Les crises persistent tout aussi intenses et nombreuses, mais elles n'envahissent plus ni la région sus-orbitaire, ni la paupière supérieure et portent seulement sur le territoire du nerf sous-orbitaire, dont on pratique l'élongation le 19 juillet suivant. Chose bizarre, cette élongation ne produit pas le même résultat immédiat obtenu par l'élongation du nerf sus-orbitaire. Ce n'est que progressivement et peu à peu que les crises s'atténuent et disparaissent; le 30 juillet, toute crise névralgique a complètement disparu.

Six mois après, la malade revient à l'hôpital pour une plaie contuse de la face, et l'on peut constater que la guérison est

restée parfaite et peut être regardée comme définitive, mais, point important à noter, *la sensibilité est restée complètement intacte dans la sphère de distribution des nerfs soumis à l'élongation.*

Bref, beau résultat à l'actif de l'élongation des nerfs. (*France méd.*, 21 et 24 janv. 1888.)

Amputation partielle du pied ou amputation totale? — Un renseignement bien utile nous est fourni par le malade, dont voici l'histoire en peu de mots. En 1884, X... subit l'amputation sous-astragalienne pour un sarcome des os de l'avant-pied. Le moignon qui en résulte est superbe, bien conformé, mais absolument inutile; car, la moindre pression y est insupportable; le malade ne peut nullement poser le pied à terre. Que s'est-il passé? Il n'y a point de fistule, pas de gonflement de l'os, rien d'inflammatoire, il y a purement et simplement un *névrome* à l'extrémité de ses nerfs plantaires, un névrome d'amputation.

De là un double enseignement: que fallait-il faire lors de la première amputation? Que faut-il faire actuellement?

Dans une amputation de l'arrière-pied, lorsque l'on veut éviter le névrome douloureux, deux moyens existent: il faut, si l'on a pris un lambeau plantaire interne, faire la résection du nerf tibial postérieur et de ses deux rameaux plantaires, ou mieux, prendre un procédé à lambeau talonnier qui rejette les nerfs en dedans de l'os et non sous l'os.

En thèse générale, il ne faut pas trop être économe du squelette du pied et, pour avoir un bon et solide moignon, il vaut mieux de suite faire l'amputation tibio-tarsienne et même la sus-malléolaire.

Pour le moment, qu'y a-t-il à faire? Doit-on faire l'élongation ou la résection du nerf tibial postérieur? M. Segond qui soigne le malade croit, avec raison, à l'indication formelle de l'amputation sus-malléolaire par le procédé de Guyon [incision elliptique coudée]. (*France méd.*, 14 janv. 1888.)

Fracture du maxillaire inférieur, infection putride; mort. — Ce sont faits rares que les cas d'infection putride dans les fractures. Aussi il faut profiter des cas connus pour en tirer d'utiles enseignements. M. le professeur Richet publia en 1865, dans la *Gazette des Hôpitaux*, un mémoire sur l'intoxication putride dans les fractures du maxillaire inférieur.

Aujourd'hui à l'occasion d'un fait d'intoxication survenu chez un alcoolique, dont la mâchoire était brisée, il rappelle que ces fractures ne sont pas simples, mais qu'elles constituent des fractures ouvertes, parce que le revêtement fibro-muqueux de la gencive est déchiré, et que, dès lors, la plaie est exposée à l'infection par l'air expiré et les liquides buccaux.

Le dernier malade sur lequel M. le professeur Richet vient d'attirer l'attention, était un homme d'une cinquantaine d'années, qui présentait une fracture du maxillaire inférieur, près de la ligne médiane; le traumatisme avait eu lieu, le malade étant en état d'ivresse. Dès le lendemain de son entrée à l'hôpital, le blessé fut pris d'accès répétés de *delirium tremens*, et il fallut lui mettre la camisole de force. Il est probable que, dans de telles conditions, l'antisepsie ne put pas être aussi rigoureuse qu'on eût pu le désirer. Toujours est-il que, trois semaines après son entrée à l'hôpital, le malade succombait avec de la suppuration buccale, et que l'autopsie montrait un abcès à la face externe de la jambe droite et des abcès miliaires dans le poumon.

A la suite de ce cas malheureux, on ne saurait trop insister sur l'asepsie de la cavité buccale dans les cas de fractures des maxillaires et sur la nécessité de lavages antiseptiques, larges et fréquents.

III

Le sarcome mélanique du rectum. — Le numéro de janvier 1888 des *Archives générales* nous donne une observation rare de sarcome mélanique du rectum. M. Tuffier a eu la bonne fortune d'opérer une de ces tumeurs; et, à propos de ce fait, il a recherché ce que nous apprenait, sur ce point spécial, la lecture des auteurs. A peine s'il a pu réunir dix observations suffisamment explicites, ajoutant ainsi quatre observations au mémoire si complet que M. Nepveu écrivit en 1880 sur ce sujet. Mais le point intéressant, qui résulte de la lecture attentive de ces observations, c'est que, dans les deux tiers des cas, *la tumeur prend la forme polypeuse*; et qu'elle revêt dans le rectum les caractères d'une tumeur pédiculée: fait bien rare, pour les néoplasmes malins, quoique Nélaton en ait déjà signalé quelques exemples dans le rectum (*Gaz. des Hôp.*, 1850, n° 6). Il y a peut-être là une prédisposition topographique et physiologique particulière; mais, il résulte de ce fait, une cause d'erreur facile à comprendre, à savoir, la confusion avec un polype fibreux. La méprise est en effet facile; aucun caractère physique ne permet le diagnostic. Ce n'est que l'évolution clinique, la marche et la récidive rapides, les pertes sanguines abondantes et surtout l'*engorgement ganglionnaire inguinal* qui donnent à l'affection un cachet particulier.

Cette dégénérescence ganglionnaire est en opposition absolue avec nos connaissances anatomiques au sujet des lymphatiques du rectum. Cet envahissement des ganglions de l'aine a cependant été observé dans le cancer du rectum; mais presque toujours il était d'origine inflammatoire, et tenait à de la rectite, avec inflammation de la marge de l'anus. Dans le cas de sarcome mélanique, l'engorgement présente au contraire les caractères bien nets de la dégénérescence néoplasique, et l'opérateur doit extirper les ganglions atteints.

En résumé, deux points intéressants à noter: *forme polypeuse* de cette variété de tumeurs malignes et engorgement *inguinal*, malgré le siège de la tumeur dans le rectum.

Syphilis et rachitisme. — On se rappelle encore la surprise que causa l'affirmation de M. Parrot, lorsqu'en 1881, au Congrès de Londres, il affirma que le rachitisme n'était qu'une manifestation de la syphilis héréditaire, et qu'il ne reconnaissait jamais une autre origine. Cette thèse nouvelle, qui heurtait de front la doctrine classique, était basée uniquement sur l'anatomie pathologique, et M. Parrot avait cru démontrer, avec pièces à l'appui, comment on pouvait passer, étapes par étapes, des lésions osseuses de la syphilis à celles du rachitisme.

Cette doctrine ne tarda pas à soulever une série de travaux contradictoires. Parmi les plus récents, il faut citer le mémoire que MM. Cazin et Iscovesco (1) ont présenté à l'Académie de médecine et surtout le remarquable mémoire de M. Comby (2) auquel nous empruntons les opinions qui suivent.

Le rachitisme n'est pas de nature syphilitique; cela est démontré par l'anatomie pathologique, les symptômes, l'étiologie et le traitement.

La raréfaction du tissu osseux (tissu spongoïde) caractérise le rachitisme; la condensation (ostéophytes durs) et le ramollissement (atrophie gélatiniforme) sont propres à la syphilis. La clinique montre encore mieux l'erreur de Parrot, en faisant voir que les cicatrices fessières, les lésions dentaires sont communes chez les syphilitiques, exceptionnelles chez les rachitiques; que les lésions cornéennes sont presque toujours scrofuleuses, et que la desquamation linguale n'a pas, comme il le pensait, de caractère syphilitique.

La thérapeutique rationnelle du rachitisme est funeste aux jeunes syphilitiques.

Enfin, le rachitisme fait défaut dans certains pays, ravagés par la syphilis; les pauvres paient au rachitisme un tribut plus lourd que les riches; quoique les uns et les autres soient égaux devant la syphilis. Les causes du rachitisme résident presque toutes dans l'alimentation vicieuse des nouveau-nés (allaitement artificiel, alimentation grossière et prématurée, sevrage précoce et brutal, etc.).

(1) Cazin et Iscovesco. *Des rapports du rachitisme et de la syphilis*, mémoire couronné par l'Académie de médecine, décembre 1887. — Paris, Asselin.

(2) Comby. Syphilis et rachitisme, *Revue des maladies de l'enfance*, novembre-décembre 1887, janvier 1888.

Ce n'est pas que M. Comby refuse à la syphilis et au rachitisme tout point de contact : il existe des relations entre ces deux affections, mais elles sont autres que ne le croyait M. Parrot. Voici ce qu'il convient d'admettre.

C'est par l'épuisement et la cachexie et non par une influence spécifique que la syphilis héréditaire aboutit au rachitisme. Prévenir cette cachexie ou la combattre par le traitement mercuriel et par l'allaitement maternel exclusif et prolongé, c'est en même temps faire la prophylaxie du rachitisme.

Allaité artificiellement, le petit syphilitique est pour ainsi dire voué au rachitisme.

Quant aux enfants contaminés par une syphilis acquise, s'ils sont pourvus à temps d'un bon traitement et d'une bonne nourrice, ils échappent encore plus sûrement au rachitisme que dans le cas de syphilis héréditaire. En sont-ils privés, ils deviennent rachitiques.

Dans tous les cas la syphilis ne tient pas dans cette étiologie une meilleure place que telle ou telle maladie, amenant une débilitation de l'organisme.

Ces conclusions de M. Comby sont d'ailleurs absolument identiques à celles de MM. Cazin et Iscovesco, qui manifestent ainsi leur opinion : « Le rachitisme ne dérive pas de la syphilis; il peut être précédé, mais il n'est jamais engendré par elle; s'il existe parfois un lien commun entre les deux maladies, ce seul lien, c'est l'athrepsie. »

Traitement des angiomes chez les jeunes enfants. — M. le professeur Gross (de Nancy) étudie, dans la *Revue médicale de l'Est*, (1er et 15 janvier 1888), la thérapeutique applicable aux tumeurs érectiles des jeunes enfants.

Il est tout d'abord nécessaire d'établir deux classes d'angiomes, bien distinctes au point de vue du traitement, suivant que la tumeur est sous-cutanée ou bien purement cutanée.

I. L'*angiome sous-cutané* est une véritable tumeur; et il n'y a guère que l'extirpation qui mette sûrement à l'abri de la récidive. Mais, c'est une opération difficile et bien dangereuse, par la perte de sang qu'elle occasionne. On a beau suivre le précepte recommandé par J. Le Petit d'abord, par Sédillot, plus tard, et opérer à quelque distance de la tumeur, l'hémorrhagie ne s'évite pas toujours. Or, il importe à tout prix de l'éviter, dans le jeune âge, sous peine d'enregistrer de terribles revers. Aussi : *l'extirpation par le bistouri doit-elle absolument être rejetée chez les enfants.*

Il faut donc employer les méthodes hémostatiques. Mais, parmi ces méthodes, il importe de faire un choix.

La destruction de la tumeur *par les caustiques* est un procédé souvent dangereux, occasionnant des dégâts, parfois considérables, et laissant toujours une cicatrice apparente. Tout au plus, si la tumeur a de petites dimensions, pourra-t-on la détruire au thermocautère.

L'*ignipuncture*, la *galvanopuncture*, constituent un traitement long, infidèle, exposant aux récidives. Souvent, au lieu d'une guérison complète, on obtient, par ces méthodes, la transformation fibromateuse ou kystique de l'angiome, mais non sa disparition.

Les *injections coagulantes* ne sont pas sans dangers, sans parler des thromboses et des embolies, parfois mortelles; les injections sont toujours suivies d'inflammation, de suppuration et souvent de gangrène et d'hémorrhagies secondaires; la guérison est longue, pénible et le plus souvent incomplète.

L'*électrolyse* est moins dangereuse, mais elle est dans ces cas souvent infidèle, et, comme la galvanopuncture et l'ignipuncture, elle obtient plus souvent la transformation, que la guérison véritable de la tumeur.

Aussi après avoir passé en revue toutes les méthodes, M. Gross n'en reconnaît qu'une bonne, c'est l'*extirpation au thermocautère.* C'est là, toutes les fois qu'elle est praticable, l'opération de choix : elle est facile, rapide et fidèle, et la cicatrice en est minime. Après avoir fait l'incision de la peau en I, en L, en T, en X, ou même après avoir pratiqué l'excision, l'opérateur doit chercher à énucléer la tumeur, en laissant des téguments, sans quoi il faudrait recourir à l'autoplastie (lèvres, nez, paupières). Aussi pour les paupières, malgré la longueur et l'infidélité du traitement, M. Gross pense qu'il vaut mieux avoir recours à l'électrolyse. C'est encore le procédé qu'il convient d'appliquer aux tumeurs du cuir chevelu et de l'orbite, à cause de leur communication possible avec les sinus craniens.

II. Les *angiomes cutanés* ne sont, en somme, qu'une dégénérescence vasculaire diffuse de la peau; aussi l'extirpation en est impossible : ici toutes les autres méthodes doivent s'incliner devant l'électrolyse.

Par elle, on obtient la coagulation du sang dans les vaisseaux, les caillots se rétractent et les vaisseaux s'oblitèrent sans qu'il y ait d'inflammation, ni formation de tissu cicatriciel, ni difformité consécutive. Cette méthode est absolument inoffensive. Elle présente cependant quelques inconvénients. C'est une méthode essentiellement lente, nécessitant des séances répétées et espacées, une observation prolongée des opérés et souvent une deuxième série de séances, quand il y a menace de récidive. De plus elle demande à être conduite minutieusement et par un opérateur initié. Dans ces cas l'hémorrhagie ne s'observe jamais; mais il n'en est pas de même si l'application de la méthode a été défectueuse. Il faut que le courant ne soit ni trop faible, ni de trop courte durée. Il est facile, d'ailleurs, de porter remède en remettant l'aiguille et rétablissant le courant. Par contre, si le courant est trop intense ou son application trop prolongée, il peut se produire une petite cautérisation. L'eschare est petite, sèche, et tombe au bout de quelques jours. Ce n'est qu'exceptionnellement que l'eschare serait plus profonde, comme dans la galvanocaustie. Pour que l'enfant en criant n'occasionne pas de poussée sanguine, il est nécessaire de l'anesthésier chaque fois. C'est avec toutes ces précautions qu'on obtiendra la disparition de l'angiome cutané, et cela sans cicatrice ou avec des traces de piqûres à peine visibles.

En résumé, pour les tumeurs érectiles sous-cutanées, le traitement de choix c'est l'extirpation au thermocautère; si l'application en est impossible à cause du siège, de la profondeur, c'est à l'électrolyse qu'il faut avoir recours, comme dans le traitement des angiomes cutanés, où elle constitue la seule méthode vraiment recommandable.

Une forme rare de tétanos. — On se rappelle le fait que M. Terrillon a communiqué à la Société de chirurgie en mars 1887. Cette observation était remarquable à plus d'un titre par :

1° L'apparition d'une paralysie faciale, siégeant du côté opposé à la plaie de la face;

2° La contracture permanente, avec crises passagères, au niveau des muscles du côté lésé;

3° La terminaison fatale par la mort subite, malgré la marche chronique qui pouvait faire espérer une issue favorable.

Un fait, en beaucoup de points semblable, avait été publié en 1880, par le professeur Gosselin, dans la *Gazette des Hôpitaux* (p. 65), le titre en était assez caractéristique : « Tétanos unilatéral au début, simulant une hémiplégie faciale. »

Dans un mémoire publié dans la *Revue de chirurgie*, janvier 1888, MM. Terrillon et Schwartz rapportent dix-huit observations; les auteurs trouvent, à tous ces faits, deux points communs : une plaie de tête dans le territoire des douze paires craniennes, et, comme symptôme, une paralysie faciale siégeant, dans la très grande majorité des cas, du côté même de la blessure.

La mortalité sur les 18 cas serait de 12. C'est une mortalité inférieure à la mortalité générale du tétanos. Souvent il n'y a que la moitié de la face de prise, c'est le trismus *hémiplégique* ou *pseudo-hémiplégique*, suivant que la paralysie est véritable ou qu'elle est apparente et due à la contraction du côté opposé; si toute la face est prise, c'est le *tétanos céphalique*, et s'il s'y ajoute des spasmes des muscles pharyngiens et masticateurs, on a ce que Rose a appelé le *tétanos hydrophobique*.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

3e SESSION, DU 12 AU 17 MARS 1888 (1).

Communications annoncées. — Questions mises à l'ordre du jour.

1° De la conduite à tenir dans les blessures par coup de feu des cavités viscérales (exploration, extraction, opérations diverses). — M. le professeur Trélat, MM. les docteurs Chauvel, Reclus, Delorme, Vaslin (d'Angers).

2° De la valeur de la cure radicale des hernies au point de vue de la guérison définitive. — M. le professeur Trélat, MM. les docteurs Segond, Richelot, Schwartz, Thiriar, Doyen, J. Bœckel, Mollière, Socin, Le Diberder.

3° Des suppurations chroniques de la plèvre et de leur traitement (opérations de Letiévant et d'Estlander), indications, contre-indications et résultats définitifs. — M. le professeur Ollier, MM. les docteurs Thiriar, Reverdin, J. Bœckel, Kirmisson, Vaslin, Doyen, Delorme.

4° De la récidive des néoplasmes opérés, recherche des causes de la prophylaxie. — M. le professeur Verneuil, MM. les docteurs Bœckel, Poncet, Doyen, Bazy, Cazin.

Questions diverses.

M. Ollier : Du traitement de l'ankylose du poignet par la résection et du rétablissement d'une articulation mobile après cette opération.

M. Lannelongue : Kystes dermoïdes de la région fontanellaire antérieure.

M. Terrillon : Quinze hystérectomies abdominales pour fibromes volumineux. — Réflexions à propos de soixante cas de fibromes utérins.

M. Segond : Du traitement chirurgical des kystes du foie.

M. Galezowski : Des mélano-sarcomes oculaires et de leur récidive après les opérations.

M. Vincent : Sur la cholécystotomie chez les enfants.

M. Javal : Sur le traitement du strabisme.

M. Accolas : Observations d'abcès du foie traité par la méthode de Little.

M. Thiriar : De la cholécystotomie.

M. Cerné : Du diabète phosphatique. — Son influence dans la production des lésions chirurgicales analogues à celles du diabète sucré, mais d'un pronostic moins grave.

M. Doyen : Étiologie des septicémies et de la valeur réelle des antiseptiques au point de vue chirurgical.

M. de Backer : De l'antisepsie et de l'asepsie au moment de l'opération.

M. Jeannel : De l'ostéotomie longitudinale.

M. Fontan : Résection temporaire du maxillaire supérieur comme opération préliminaire pour l'ablation des polypes naso-pharyngiens.

M. Richelot : Récidives des cancers utérins après l'hystérectomie vaginale.

M. Monod : Remarques sur les lymphangiomes. — Du lymphangiome circonscrit. — Note sur les lésions anatomiques dans les panaris analgésiques. — Sur un cas de greffe tendineuse.

M. Poncet (de Lyon) : De la résection de l'urèthre dans certaines formes de rétrécissement.

M. Vaslin : Traitement chirurgical des différentes espèces de pied-bot. — Indication de l'ablation des tumeurs ganglionnaires volumineuses du cou et de l'aisselle, technique opératoire.

M. Berthomier : Traitement des fractures du coude chez les enfants et les adultes, par l'immobilisation en extension et supination.

M. Tillaux : Traitement des pseudarthroses. — De la pharyngotomie inférieure. — De la suture des nerfs.

M. Kirmisson : Résection du squelette pour remédier à des pertes de substances des parties molles.

M. Schwartz : Du traitement des tumeurs érectiles par l'électricité.

M. Picqué : Anévrysme volumineux de l'artère fémorale au pli de l'aîne ; ligature de l'artère iliaque externe ; guérison.

M. Rédard : Technique des corsets orthopédiques. — Fracture ancienne au tiers inférieur de la jambe gauche chez une femme de soixante-quinze ans ; cal vicieux, résection ; guérison.

M. Blazy : Deux cas rares de corps étrangers de la vessie.

(1) On peut toujours s'inscrire jusqu'au jour de l'ouverture de la session en envoyant un mandat-poste de 20 francs au secrétaire général, M. le docteur S. Pozzi, 10, place Vendôme, à Paris.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le Conseil de surveillance de l'Assistance publique, après cinq séances de discussion, vient de modifier, de la manière suivante, les conclusions de la Commission du concours du Bureau central :

1° La limite d'âge n'a pas été admise ;

2° Les deux années de doctorat, exigées des anciens internes, n'ont pas été adoptées ;

3° Le concours devant avoir lieu, tous les ans, en mars, et l'internat se terminant en février, les internes de quatrième année seront autorisés à passer leur thèse pendant les deux derniers mois d'internat, sans quitter leurs services ;

4° L'interne, médaille d'or, n'aura plus aucun privilège, en ce qui concerne les années de doctorat exigées des candidats ;

5° Le nombre des juges du concours est fixé définitivement à sept.

— Aux termes du règlement sur le service de santé, les candidats à l'internat, parvenus à l'expiration de leur troisième année d'externat ne peuvent être nommés internes provisoires, et en exercer les fonctions, que s'ils se sont fait de nouveau recevoir externes.

A la suite du dernier concours, plusieurs externes de troisième année, classés au nombre des internes provisoires, avaient négligé de se présenter au concours de l'externat et, d'après les termes du règlement, n'auraient pas dû être nommés internes provisoires.

L'Administration ayant acquis la preuve que les dispositions réglementaires, ci-dessus rappelées, étaient généralement mal connues, a bien voulu, à titre exceptionnel et pour cette année seulement, n'en pas faire application. Cette exception ne sera plus renouvelée, et désormais les externes de troisième année qui n'auront pas subi de nouveau le concours de l'externat seront, malgré leur rang, exclus de la liste des internes provisoires.

— Par décret, en date du 24 février 1888, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin principal. — MM. les médecins de première classe Bellamy, Dollieule, Cotte et Jeaugeon.

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe Fras, Palua, Besson, Le Dantec, Bahier et Arbaud.

Au grade de pharmacien de première classe. — M. Geoffroy, pharmacien de deuxième classe.

Au grade de pharmacien de deuxième classe. — MM. les aides-pharmaciens, pharmaciens universitaires de première classe, Poudra, Loste ; Liotard, pharmacien auxiliaire.

— *École de médecine de Limoges.* — M. Raymond, suppléant, est nommé professeur de pathologie interne.

— Une médaille d'or de deuxième classe vient d'être accordée à M. le docteur Beruyer, médecin municipal à Nantes (10 janvier 1888), déjà titulaire de deux médailles en argent ; s'est de nouveau distingué et a été blessé en arrêtant un cheval emporté attelé à une voiture.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Bellet, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Pontorson.

— *Postes médicaux.* — EURE : s'adresser à M. le docteur Thomas, à Rugles (Eure). — ISÈRE : s'adresser à M. le maire de Roybon (Isère). — LOZÈRE : s'adresser à M. le docteur Delmas, à Mende (Lozère). — MEUSE : s'adresser à Mme S. François, à Tilly, par Souilly (Meuse). — PUY-DE-DÔME : s'adresser à M. le docteur Hermet, 121, boulevard Haussmann, à Paris. — SARTHE : s'adresser à M. le maire de Saint-Jean-d'Assé (Sarthe).

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 26. — JEUDI 1er MARS 1888. 61e ANNÉE. JEUDI 1er MARS 1888. — N° 26.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** D. — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Léon Le Fort a terminé aujourd'hui son argumentation sur la question de la prophylaxie syphilitique, qu'il avait commencée dans la précédente séance. De cette longue argumentation, dans laquelle M. Léon Le Fort a prouvé qu'il avait de longue main déjà étudié et approfondi tous les éléments de cette difficile question et où il a apporté jusqu'à profusion aux débats : faits, statistiques, renseignements recueillis auprès de l'administration, consultations judiciaires, étude comparée des règlements et de la législation spéciale suivant les lieux et suivant les temps, il ressort que la police à qui incombe seule, dans l'état présent, la surveillance et la répression de la prostitution, est manifestement impuissante et souvent même entièrement désarmée pour l'accomplissement d'une pareille tâche. Moins absolu et moins révolutionnaire que le rapporteur de la commission, il ne demande pas que la réglementation et la surveillance de la prostitution soient désormais soustraites aux attributions de la police pour être rattachées au droit commun et à l'autorité judiciaire; mais il réclame vivement et avec instance l'intervention d'une loi qui vienne répartir la réglementation entre ces deux pouvoirs, laissant à la police les attributions de la surveillance, mais en lui donnant les pouvoirs légaux qui remplacent l'arbitraire actuel, donnant au pouvoir judiciaire seul le droit de prononcer sur les délits caractérisés et d'imposer l'inscription d'office, quand il y a lieu.

Voici les deux propositions dans lesquelles il résume son argumentation et qu'il soumet à l'approbation de ses collègues :

1° L'Académie, dans l'intérêt de la santé publique, émet le vœu qu'une loi spéciale sur la prostitution règle et fortifie le pouvoir de l'administration et permette d'atteindre et de réprimer la provocation partout où elle se produit.

2° L'Académie, estimant que la sauvegarde de la santé publique exige que les filles se livrant à la prostitution soient soumises à l'inscription et à la surveillance médicale, émet en outre le vœu : 1° que la surveillance, dont il s'agit, soit temporaire et renouvelable; 2° que si elle n'est pas consentie par la fille qui en est l'objet, elle ne puisse lui être imposée que par l'intervention de l'autorité judiciaire.

Une loi qui réaliserait ces vœux serait assurément très désirable. Mais quand l'aura-t-on, cette loi? M. Le Fort lui-même ne paraît pas espérer que ce soit de sitôt.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. DESPRÉS.

Statistique des plaies et opérations chirurgicales à l'hôpital de la Charité.

Cette année, dans un service de 42 lits, 21 hommes et 21 femmes, avec une moyenne de 15 lits supplémentaires par jour, il a été traité 448 malades, qui ont donné 28 décès, ci-dessous désignés. Comme toujours, je commence par les morts, les plus négligés généralement dans les statistiques.

Sur 63 inflammations et abcès chauds et froids, il y a eu 4 morts : 1 phlegmon diffus du bras, datant de plusieurs jours, incisé immédiatement, mort le cinquième jour de septicémie, existant au moment de l'entrée du malade; — 1 abcès à la marge de l'anus et tubercules pulmonaires, transféré moribond d'un service de médecine, incision, mort de sa tuberculisation; — 1 abcès froid par congestion de la cuisse, ouvert seul, fièvre hectique, mort; — 1 abcès froid de la racine de la cuisse, symptomatique de carie de l'os iliaque, fistule du pli de l'aine, trace d'un ancien abcès par congestion, drainage, mort. Tous les autres malades sont guéris.

Sur 66 plaies et contusions, il y a eu 2 décès : 1 fracture du crâne et contusion cérébrale, mort dans les vingt-quatre heures, avant que je l'aie vu; — 1 plaie par arme à feu, de la région lombaire, ayant traversé le rein gauche et le côlon descendant, mort de péritonite; la balle avait été extraite en ville, dans la paroi abdominale antérieure.

Sur 60 fractures, il y a eu 1 décès : 1 malade atteint de fractures de côtes simples, et de contusions multiples, mort de bronchopneumonie.

Sur 14 luxations et entorses, il y a eu 1 décès : luxation de l'épaule et contusion du genou, sur un vieillard de quatre-vingt-trois ans, mort de pneumonie des vieillards.

Sur 42 affections des articulations et des gaines tendineuses, il y a eu 2 décès : 1 inflammation des gaines des tendons, au poignet et à l'avant-bras, chez une charbon-

nière atteinte d'anthracosis des deux poumons, infection purulente, abcès métastatique du foie, mort; — 1 ostéo-arthrite tuberculeuse des os du tarse, tubercules pulmonaires, méningite tuberculeuse, malade traité trois mois avant dans un autre service, par le grattage.

Sur ce nombre il y a 6 tumeurs blanches du genou et du coude, traitées par l'immobilisation, et qui, pour d'autres chirurgiens, sont des cas d'amputation. Je préfère guérir les malades par un long traitement, à toute amputation ou résection, et les malades partagent mon avis.

Sur 31 malades atteints d'ulcères et de fistules, 1 seul décès après opération, qui sera signalé plus loin.

Sur 4 maladies des yeux, pas de décès, quoique j'aie pratiqué trois fois une opération.

Sur 35 maladies des organes génito-urinaires de l'homme il y a eu 1 décès : 1 mort d'infiltration urineuse avec gangrène du périnée, une heure après l'entrée à l'hôpital.

Sur 34 maladies des organes génito-urinaires de la femme, il y a eu 5 décès dont 3 opératoires, que l'on trouvera plus loin. Voici les autres décès : 1 malade morte de fièvre puerpérale, suite de fausse couche de deux mois et demi, je présumai qu'il y avait eu tentative d'avortement; — 1 épithélioma de l'utérus inopérable et arrivé à son terme, mort.

Sur les 100 maladies diverses ne rentrant pas directement dans les catégories ci-dessus, il y a eu 12 décès, dont 4 sur des opérés cités plus loin. Voici les autres cas de mort : 1 carie de la colonne vertébrale, avec abcès multiples, mort; — 1 épithélioma inopérable du plancher de la bouche et du maxillaire inférieur, mort; — 1 épithélioma récidivé du plancher de la bouche, mort; — 1 eschare à la région sacrée, au dos et aux talons; — 1 cancer encéphaloïde du dos, récidivé et généralisé; — 1 épithélioma du rectum, fistules cancéreuses multiples, inopérable, mort; — 1 malade entré à l'hôpital pour se faire enlever un bourrelet hémorrhoïdal, mort de pneumonie avant que j'aie pu l'opérer; — 1 brûlure aux quatre premiers degrés de la totalité du tronc; — 1 cancer du sein avec ganglions axillaires et cachexie, inopérable.

Sur 82 opérations, 32 incisions d'abcès (dont 9 sur le même malade) et 4 drainages, en tout 118 opérations : voici les résultats obtenus, pour ce qui est des incisions et des drainages : avec les 2 décès sur des malades atteints d'abcès froids, arrivés au terme de leur mal (l'ouverture d'un abcès froid par congestion étant la première étape vers la mort), je compte un 3e décès, le malade atteint de phlegmon diffus, que j'ai incisé, et un 4e décès, le malade tuberculeux, venant de médecine, à qui j'ai incisé son abcès à l'anus. Total : 4 sur 36 incisions et drainages. Mais si j'ajoute les 109 opérés de la consultation, au lieu de 10 p. 100 de décès, je n'ai plus que 3,7 p. 100 de décès, et si j'y joins les panaris ouverts, les durillons forcés et les kystes sébacés suppurés, incisés et énucléés, opérés à la consultation, tous malades suivis, au nombre de 173, j'arrive à une mortalité de 0,7 p. 100, et il est juste de dire, d'ailleurs, que nous ne gardons, dans nos salles, que des malades gravement atteints et alités.

Voici les autres opérations, au nombre de 82.

Ligatures d'artères : humérale 2, radiale 1, cubitale 1, transverse du carpe 1, interosseuse du premier espace 1. Total, 6; guéris, 6.

Bec de lièvre : rectification d'une ancienne opération, 1; guéri, 1.

Fistules à l'anus, 9; guéris, 9.

Fistule urinaire uréthrale, 2; guéris, 2.

Ponction de la cornée 1, agrandissement de la commissure palpébrale 1, autoplastie pour ectropion 2. Total, 4; guéris, 4.

Cataracte, 1; guéri, 1.

Amputation de la verge, 1; guéri, 1.

Phimosis, 1; guéri 1,

Hydrocèles, 15; guéris, 15.

Amputation de la cuisse, 1; mort, 1. Malade scrofuleuse atteinte d'ulcères atoniques des jambes et d'ulcère du jarret, ayant ouvert l'articulation du genou, morte de tuberculisation aiguë.

Amputation de l'avant-bras, traumatique, 1; guéri, 1.

Amputations du pouce du gros orteil, des quatre métacarpiens, 3; guéris, 3.

Amputations du sein avec ou sans ganglions axillaires, carcinomes, squirrhe, sarcomes et adénomes, 9; guéris, 8 : 1 décès, malade atteinte de corps fibreux de l'utérus et métrorrhagies rebelles, qui avaient fait retarder l'opération, morte de péritonite.

Ablation de tumeurs diverses. — Épithélioma de la langue, ablation de la totalité de la langue, ligature préalable des deux artères linguales, 1; guéri, 1.

Épithélioma de la fesse, 1; guéri, 1.

Sarcome du grand pectoral de 3kg,450, 1; mort, 1, de phlegmon diffus de la poitrine.

Exostose de l'origine de la ligne âpre sur le grand trochanter, du volume d'une mandarine, 1; guéri, 1.

Myxolipome du flanc gauche du volume d'une tête d'enfant, 1; guéri, 1.

Névrome d'un moignon d'amputation du bras, 1; guéri, 1.

Gros kystes sébacés du cuir chevelu et du cou, enlevés avec le bistouri, 6; guéris, 6.

Tumeur érectile, ablation au fer rouge, 1; guéri, 1.

Destruction de ganglions hypertrophiés de l'aisselle, avec les flèches de Canquoin, 1; guéri, 1.

Ablation d'hémorrhoïdes, 1; guéri, 1.

Exostoses sous-unguéales, ongle incarné, extraction d'une balle de revolver dans la paroi thoracique, extraction d'un morceau de bois de la plante du pied, 4; guéris, 4.

Hernies crurales étranglées, 4; guéris, 2.

1 malade morte de parotides suppurées, le quinzième jour, le cours des matières était rétabli, et à l'autopsie nous n'avons rien trouvé du côté de l'abdomen.

1 malade opérée d'une hernie crurale gangrénée à gauche, établissement d'un anus contre nature, portant sur le premier tiers de l'intestin grêle, persistance des phénomènes d'étranglement, par torsion de l'intestin.

Epithélioma du col de l'utérus végétant, polypes cancéreux, 2; guéri, 1. 1 malade atteinte d'une tumeur du volume du poing, causant des hémorrhagies au moindre contact, opération hâtée, hémorrhagies et syncopes pendant l'opération, morte épuisée le deuxième jour.

Polypes de l'utérus, 3; guéris, 2. 1 malade atteinte de polype du col de l'utérus, allongement hypertrophique du col, entrée avec une gangrène du polype et de l'utérus allongé, ablation avec l'écraseur linéaire de la portion sphacelée, morte en quarante-huit heures.

1 kyste uniloculaire de l'ovaire et corps fibreux multiples, ovariotomie. Opération rendue difficile par la fusion de la fin de l'S iliaque avec le kyste, décollement difficile, rupture de l'intestin, suture; mort le troisième jour, la suture de l'intestin n'avait pas tenu, l'absence de péritoine n'avait

pas permis de faire la suture de Lembert. L'opération avait duré trois heures.

En dehors de ces opérations, il faut compter les blessures graves suivantes, équivalant à des opérations compliquées.

Plaie contuse du genou droit, ouverture de l'articulation, appareil silicaté, avec fenêtre au genou, occlusion au diachylum, 1; guéri, 1.

Luxation du pied, avec ouverture de l'articulation tibio-tarsienne, appareil ouaté, 1; guéri, 1.

Plaie pénétrante de poitrine et du poumon, avec emphysème du tronc, coup de couteau, 1; guéri, 1.

Fractures des deux os de la jambe compliquées de plaie, 3; guéris, 3.

Sans compter ces plaies graves, les résultats donnent une proportion de 8,2 p. 100 de décès. Mais si j'ajoute, comme dans les statistiques d'autres chirurgiens, les réductions de luxation, et autres petites opérations, en particulier celles qui sont pratiquées sur les malades qui ne restent pas à l'hôpital et sont néanmoins suivis, et qui sont au nombre de 44, j'obtiens une moyenne de 5,6 de décès p. 100 opérés.

Voici d'ailleurs les chiffres de ces opérations, faites à des malades qui ne restent pas dans la salle, et ont tous guéris de l'opération.

Ongles incarnés, arrachement, 21; polypes des fosses nasales, 8; ablation d'amygdales, 4; réduction de paraphimosis, 4; réduction de luxation, 5; ablation et cautérisation de verrues, 4; extraction de corps étrangers de l'oreille, ou aiguilles extraites des mains ou des seins, 7; grenouillettes traitées par le séton, 2; tumeurs érectiles détruites par le fer rouge, 6; fistule à l'anus, 1; section du frein de la verge, 1; restauration du nez arraché, suture, 1; bec de lièvre, gueule de loup, 1; kyste salivaire, 1; kyste sébacé de la face dorsale de l'indicateur, 1.

Trois complications ont été observées pour ces malades qui, fidèles à nos consultations, sont venus demander à entrer quand la guérison de leur mal était entravée: 1 angioleucite à la suite de l'ouverture d'un abcès du dos du pied; — 1 gangrène du bout du doigt, suite de l'ablation du kyste sébacé, malade venant tous les quatre jours à la Charité, se faire panser; — 1 malade a eu une récidive d'abcès dentaire et a demandé à entrer dans la salle. 1 enfant a eu un érysipèle de la jambe, circonscrit, suite de l'ouverture d'un abcès sous-périostique du tibia et a été admis dans nos salles.

Reste la question des érysipèles.

Il est entré dans les salles, outre l'enfant dont il vient d'être question, 2 malades atteints d'érysipèle de la face, tous ont guéri. Il s'est développé dans la salle 5 érysipèles: 1 chez un malade entré pour une entorse tibio-tarsienne, érysipèle du cuir chevelu; — 1 érysipèle circonscrit s'est produit autour d'une adénite strumeuse du coude incisée; — 2 érysipèles de la face et du cuir chevelu chez deux malades atteints de plaies contuses du menton et du crâne avec décollement du cuir chevelu; — et enfin 1 érysipèle chez une malade dont j'avais détruit les ganglions axillaires avec les flèches de Canquoin, survenu pendant la réparation de la plaie. En tout 2 érysipèles opératoires, tous ces malades ont d'ailleurs guéri.

J'ajoute que les pansements employés sont toujours le diachylum, le cataplasme de farine de graine de lin, le pansement humide à l'eau et à l'alcool camphré et le linge troué enduit de cérat à la fin du traitement des plaies.

THÉRAPEUTIQUE

Gravelle et arthritisme.

Par M. le Dr Frochard.

Je crois être utile à mes confrères en portant à leur connaissance, les résultats très remarquables que m'a fait obtenir, dans la pratique, l'emploi d'un puissant diurétique nouveau, l'*Orthosyphon stamineus*.

Cette plante, de la famille des Labiées, est originaire de l'île de Java, où, depuis de longues années, elle est employée pour combattre les affections des reins et de la vessie, et, en particulier, la gravelle et les coliques néphrétiques.

Un rapport très élogieux, sur l'*Orthosyphon stamineus*, mentionnant plusieurs cas de guérison complète de ces affections, obtenues par l'emploi de ce remède, à l'hôpital de Buitenzorg, dans le service de M. le docteur Cornelis, fut adressé par le consul de France à Batavia, à M. le ministre du commerce. Sur l'invitation de ce dernier, des essais furent prescrits dans un service de chirurgie à l'hôpital Necker.

Un des internes de cet établissement hospitalier me mit au courant des heureux résultats obtenus. Aussi, ayant dans ma clientèle plusieurs malades sur lesquels j'avais employé, sans amélioration appréciable, les sels de lithine, les benzoates, les eaux de Vichy et de Contrexéville, je résolus de les mettre exclusivement au traitement de l'Orthosyphon stamineus.

La forme pharmaceutique, à laquelle je donne la préférence, au point de vue de la qualité, est celle connue dans le commerce sous le nom de Thé de Java. La valeur thérapeutique en est toujours constante. Ce sont des feuilles d'*Orthosyphon stamineus*, qui se présentent sous l'aspect d'une belle sorte de thé noir, grâce au mode de séchage qu'on leur a fait subir.

Pour ne pas lasser les malades buvant peu, j'emploie, en même temps que l'infusion du Thé de Java, des pilules portant le même nom, et contenant chacune: extrait et poudre d'Orthosyphon stamineus *áá* 10 centigrammes.

Voilà quelques-unes de mes observations:

Observation I. — H..., âgé de soixante ans. Arthritique. Depuis environ un an, rendait avec ses urines, de petits graviers: Thé de Java en infusion, à la dose de 5 grammes par litre, à prendre dans les vingt-quatre heures. Dans les premiers jours du traitement le malade rendit de gros graviers, dont le passage dans le canal de l'urèthre fut douloureux. Puis, les urines devinrent, peu à peu, claires et abondantes, et le malade, que j'ai revu depuis, a recours, de lui-même, au Thé de Java, dès qu'il s'aperçoit que ses urines laissent déposer de petits graviers.

Obs. II. — F..., cinquante-deux ans. Arthritique. Occupations sédentaires. Depuis six mois éprouvait, environ toutes les trois semaines, des accès de coliques néphrétiques, suivis d'expulsion de calculs assez volumineux. Je lui prescris le Thé de Java, à la même dose que précédemment. Le malade en prend d'une façon continue pendant deux mois; un seul accès pendant cet intervalle. Depuis, et de temps en temps, je fais reprendre le traitement, tantôt par les pilules, tantôt par le Thé de Java; aucun accès n'est survenu depuis cinq mois. Est-il guéri?... Je ne le crois pas; cependant son état est très certainement amélioré, puisqu'il n'a pas éprouvé, depuis cinq mois, les accidents qui, avant le traitement, le prenaient toutes les trois semaines.

Obs. III. — M... (Alfred), quarante-six ans. Pas d'arthritisme, ascite depuis 1883, tenant à une cirrhose du foie. Six ponctions en trois ans. Le malade s'adresse à moi au mois d'août 1887. La ponction paraissait imminente; je croyais être obligé de la faire à une époque très rapprochée. Quoi qu'il en soit, je le traitai d'abord par les diurétiques habituels; puis, je me décidai pour le Thé de Java. Le malade en prit journellement, d'abord 5, puis 10 grammes dans un litre d'eau, pendant tout le mois de septembre. La quantité d'urine, émise dans les vingt-quatre heures, oscillait entre 2 litres 3/4 et 3 litres 1/4. La circonférence de l'abdomen, prise avec soin, diminuait de plusieurs centimètres

toutes les semaines. Je fus obligé de suspendre l'usage du Thé de Java, pour administrer un peu de digitale, et voilà dix mois que la dernière ponction a été faite.

Ces résultats sont probants. Aucun des malades, soumis au traitement du Thé de Java, ne s'est vu forcé d'en suspendre l'emploi par suite d'un accident quelconque, ce qui prouve la parfaite innocuité de ce médicament. Il est bon de dire que j'ai pris soin de n'employer l'*Orthosyphon* que sous deux formes absolument authentiques, et d'une valeur thérapeutique constante, provenant de l'officine de l'importateur direct en France, M. Périnelle, pharmacien à Paris.

J'adresse ici, à ce praticien, tous mes remerciements, pour les renseignements complémentaires qu'il a toujours mis à ma disposition avec la plus grande cordialité.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 février 1888. — Présidence de M. Hérard.

CORRESPONDANCE

La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre du ministre de l'instruction publique envoyant divers documents pour la bibliothèque de l'Académie;

2° Plusieurs lettres du ministre du commerce relatives à des remèdes secrets ou nouveaux.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une notice sur le choléra de Phu-Lang-Thuong pendant l'année 1885-1886, par M. le docteur Moty, médecin-major;

2° Des observations de M. le docteur Leloir sur le danger que font courir à la santé publique les filles insoumises;

3° Une notice de M. le docteur Millet, de Crépy-en-Valois (Oise), sur la nature du principe actif des eaux minérales sulfureuses, l'hydrogène sulfuré;

4° Un mémoire de M. le docteur Alison (de Bacarrat), sur les symptômes et les complications de la grippe;

5° Un travail de M. Desbrouvie (de Roubaix), sur l'extraction des éléments nuisibles contenus dans les boissons alcooliques.

M. G. Sée s'élève contre les inexactitudes et les erreurs que renferme la note de M. Fauchez sur les réactions de la phloroglucine que M. Constantin Paul a déposée sur le bureau de l'Académie dans la dernière séance. Il soumet, à cette occasion, à l'Académie les preuves matérielles des diverses réactions que présente la phloroglucine en présence des substances autres que l'acide chlorhydrique contenues dans le suc gastrique. Il n'en est pas une qui offre une analogie avec la coloration rouge éclatante de l'acide chlorhydrique. Il est dit dans cette note que la phloroglucine agit sur le phosphate de soude et le phosphate de chaux; or, il n'en est rien. Il en est de même pour l'hydrogène sulfuré auquel l'auteur attribue la faculté de colorer en rouge la phloroglucine. Cet hydrogène sulfuré, quand il est parfaitement pur et bien préparé, ne produit pas la moindre modification de la phloroglucine.

Ce réactif reste donc tout à fait caractéristique de l'acide chlorhydrique libre et n'agit sur aucun autre, même sur l'acide lactique. Le progrès dû à l'emploi de ce réactif dans le diagnostic des maladies de l'estomac reste donc entier et inattaquable.

M. Constantin Paul déclare ne s'être point porté garant pour le travail de M. Fauchez, dont il a présenté l'analyse à l'Académie. Pour lui, il n'a pas mis en doute les expériences de M. G. Sée, et il les a trouvées très intéressantes; mais il lui a paru que ce réactif avait une sensibilité qui pouvait exposer à des erreurs. Pour que la phloroglucine donne sa réaction caractéristique, il faut agir dans un milieu très acide. Or, quand on cherche à établir sa valeur sur l'albumine, il se passe ce fait curieux que la solution albumineuse donne, en cuisant, une réaction qui devient très alcaline, et qui produit une coloration rouge orangé, qui peut facilement être confondue avec la coloration produite par un acide minéral, l'acide chlorhydrique en particulier. Il importe de bien connaître tous les caractères du réactif dont il s'agit avant de se prononcer sur le contenu d'un milieu aussi complexe que l'estomac.

M. le Président informe l'Académie que, par suite du décès du regretté M. Dechambre, il y a lieu de déclarer une vacance dans la classe des académiciens libres.

M. le Président annonce ensuite que l'Académie met au concours deux places de stagiaires aux eaux minérales pour le concours Vulfranc-Gerdy (voir aux Nouvelles).

L'Académie se formera en comité secret à quatre heures et demie pour entendre le rapport de M. Lannelongue sur les candidats au titre de correspondant.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la prophylaxie de la syphilis. La parole est à M. Léon Le Fort.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA PROPHYLAXIE PUBLIQUE DE LA SYPHILIS

M. Le Fort. Dans la séance du 7 février, l'Académie a voté les trois premières conclusions du rapport, demandant une répression énergique de la provocation sur la voie publique, dans les boutiques, dans les brasseries et au voisinage des lycées et collèges. Sur ce point pas de divergence.

Le désaccord a commencé sur les conclusions 4, 5, 6 et 7 relatives aux moyens d'effectuer cette répression, et il est formel. Tandis que la commission demande que la provocation soit considérée comme un délit et jugée par les tribunaux. M. Brouardel a déclaré que l'intervention des tribunaux était impossible, que l'on se heurterait à des difficultés juridiques énormes. C'est dans ces conditions que les articles de 4 à 7 ont été renvoyés à la commission qui en a modifié la rédaction, sans sortir, toutefois, de l'esprit du premier texte.

Deux systèmes sont en présence : le système actuel, dans lequel la répression de la prostitution est livrée au pouvoir discrétionnaire des agents de la préfecture de police; le système de la commission, qui voudrait substituer les tribunaux à la police, le droit commun au pouvoir discrétionnaire des agents des mœurs.

Au surplus, que cette répression soit attribuée à la police ou aux tribunaux, elle doit être réglée par une loi. Ce que demande surtout la commission, c'est que la provocation soit assimilée à un délit et que l'inscription, c'est-à-dire la mise en surveillance, soit prononcée par l'autorité judiciaire.

La solution du problème comprend trois éléments :

1° Restreindre la prostitution dans ses causes, c'est l'affaire des moralistes et des législateurs.

2° Réprimer la provocation dans l'intérêt de l'ordre public, ceci échappe encore à notre compétence. Mais ce qui nous regarde c'est la répression de la provocation en tant qu'elle est la source de maladies vénériennes.

3° Spécifier les mesures sanitaires contre la propagation des maladies vénériennes. Si nous demandons que la provocation soit considérée comme un délit, que le pouvoir judiciaire intervienne pour le réprimer, c'est que la police est impuissante à y parvenir.

Ici M. Le Fort rappelle qu'il y a vingt ans, étant chirurgien de l'hôpital du Midi, il a fait une enquête sur 4 987 syphilitiques au point de vue des conditions dans lesquelles ils avaient contracté la maladie. Il en est résulté que la source de beaucoup la plus commune de ces infections est dans la prostitution clandestine. Ayant cherché à vérifier les dires de ses malades en ce qui concernait les filles de maisons de tolérance, il se mit en rapport avec le bureau des mœurs et, dès cette époque, il put constater l'impuissance de l'administration à réprimer efficacement les dangers de la prostitution. Cette impuissance lui fut démontrée par ce fait de la diminution, dans une période de vingt ans, de 1856 à 1876, du nombre de filles inscrites, en maisons et du nombre de ces maisons elles-mêmes. Or, qui oserait dire que le nombre des prostituées n'a pas considérablement augmenté dans ces vingt années? Cette impuissance éclatait encore dans cet

autre fait que l'on comptait à peine 4000 filles inscrites alors qu'il est certain que 40000 au moins vivaient de la prostitution clandestine.

Or, tout le monde sait que ces insoumises, de beaucoup les plus nombreuses, sont de beaucoup aussi les plus dangereuses, n'étant astreintes à aucune visite et à aucune surveillance. Du 1er janvier 1861 au 31 décembre 1866, 13818 de ces insoumises furent arrêtées, sur lesquelles il y en avait 3725 infectées, ce qui donne en chiffres ronds 1 malade sur 4 insoumises.

La préfecture de police est même impuissante à l'égard des femmes sur lesquelles s'exerce son contrôle. Sur les 4000 inscrites, il s'en égare en moyenne 1000 par an. La faute n'en est pas à l'administration qui fait ce qu'elle peut, mais bien aux circonstances qui l'entravent ou la paralysent et qu'une loi seule peut faire cesser.

Votre première conclusion demande la répression de la provocation sur la voie publique. Mais nous savons tous ce qui se passe lorsqu'un agent des mœurs veut arrêter une fille. La fille se met à crier, se débat, et les passants tombent souvent sur l'agent.

Votre seconde conclusion demande la répression de la provocation dans les cabarets. La police a le droit d'y entrer, mais cela ne sert à rien, car l'outrage public à la pudeur, qui pourrait seul motiver son intervention, ne se commet pas dans le cabaret même, il s'y prépare seulement.

En ce qui concerne la provocation autour des lycées et collèges, un fait dans lequel j'intervins avec un avocat général et un avocat à la Cour de cassation, auprès de la préfecture, obligea le préfet à avouer qu'il était absolument désarmé contre ce mode de provocation.

L'autorité paternelle constitue encore un obstacle à la répression et à l'inscription. La prostitution n'étant pas un délit, le père de la mineure conserve ses droits sur sa fille, et comme il vit parfois du commerce qu'elle fait, il s'oppose à l'inscription et la police n a rien à dire.

Sur un total de 13818 filles mineures insoumises arrêtées du 1er janvier 1861 au 31 décembre 1866, 1549 seulement furent inscrites (1 sur 8), et comme le nombre des syphilitiques reconnues a été de 3725, alors que celui des inscrites n'était que de 1549, il en est résulté que 2176 syphilitiques restaient libres de propager la syphilis.

En résumé, nous pensons qu'il faut une loi sur la prostitution. Le but de cette loi serait de confier à la police la répression de la provocation sur la voie publique, dans les lieux publics, dans les logements privés, les cabarets, etc.; de lui donner un pouvoir discrétionnaire sur les filles inscrites et la surveillance sanitaire. Au pouvoir judiciaire seul appartiendrait le droit d'inscription.

La répression de la provocation et la réglementation de la prostitution doivent appartenir, en effet, à la police. Mais celle-ci est actuellement impuissante, et si, malgré son bon vouloir, elle ne parvient pas toujours à soumettre à l'inscription les filles prostituées, cela tient à des obstacles légaux sur lesquels j'ai déjà insisté. Il faut donc une loi; il faut une législation qui permette à la police de poursuivre la prostitution partout où elle se trouve. Nous sommes tous, en effet, d'accord sur ce point que la prostitution doit être réglementée; nous demandons tous une réglementation sage et une répression énergique.

Sans doute, l'autorité préfectorale pourrait s'appuyer, pour sévir, sur une ordonnance de Louis XIV; mais l'état actuel de nos mœurs ne nous permettrait pas d'invoquer une ordonnance royale datant de deux siècles. Il y a bien l'article 334 du Code pénal sur l'excitation à la débauche, article qu'a rappelé M. Brouardel et qu'il propose d'appliquer dans toute sa rigueur. Mais il faut des témoins, et l'on sait qu'en pareil cas on n'en trouve jamais. D'autre part, cette loi ne vise que les mineurs. En outre, ce ne serait pas à la préfecture de police, mais à un tribunal, à l'autorité judiciaire, qu'il appartiendrait de l'appliquer. Enfin cette loi ne vise que le proxénétisme ou les intermédiaires. Voici, par exemple, un garçon de seize ans qui est sollicité et entraîné par une fille. Il n'y a pas là d'intermédiaire, donc l'article 334 est inapplicable en pareil cas. Bien plus, un père commet un inceste avec sa fille majeure; il ne tombe pas sous le coup de la loi s'il n'y a pas viol.

La police ne peut donc pas s'appuyer sur l'article 334; elle ne peut rien. Elle tomberait plutôt elle-même sous le coup de la loi, au moins comme complice, en inscrivant sur les registres de la prostitution des filles mineures. Il est donc impossible d'armer l'administration avec l'article 334.

Reste l'article 330, qui vise l'outrage public à la pudeur. Pourrait-on l'appliquer aux filles de brasserie, aux cabarets? Mais dans ces établissements, l'accomplissement de l'acte délictueux ne se fait pas en public. La loi n'est donc pas applicable. Voilà même une fille qui, dans la rue, relève ses jupons de façon à montrer ses cuisses, qui fait des gestes expressifs, etc.; elle procède par allusion; elle ne tombe pas sous le coup de l'article 330, parce qu il n'est pas possible, en pareil cas, de constater la matérialité du fait.

Tous ces faits démontrent de la façon la plus évidente, l'impuissance de la police. Il faut donc une législation qui assure la sauvegarde de la santé et de la moralité publiques.

Je comprends mieux que personne toutes les difficultés que soulève cette question, et je prévois les objections qui me seront faites. Vous n'aurez pas cette loi, me dira-t-on. Mais ce n'est pas une raison pour ne pas la demander. Quant à l'incompétence de l'Académie, je ne l'admets pas ici. Il s'agit d'une question d'intérêt public, de jurisprudence médicale. Ces questions ne sont-elles pas du ressort de l'Académie? N'avons-nous pas le droit, je dirai même le devoir, d'étudier les causes d'extension des maladies contagieuses? Ne devons-nous pas traiter tout ce qui touche à la prophylaxie de ces maladies contagieuses? Ce sont là des sujets du domaine du médecin, d'une Académie de médecine. Celle-ci est donc compétente. Elle ne doit pas légiférer elle-même, mais elle doit éclairer les pouvoirs sur les modifications à apporter dans la législation, relativement aux questions qui intéressent la santé publique. Nous avons le droit de faire des propositions et de demander qu'une loi soit faite. Voici donc les conclusions que je proposerai.

Première conclusion. — L'Académie, dans l'intérêt de la santé publique, émet le vœu qu'une loi spéciale sur la prostitution règle et fortifie les pouvoirs de l'administration, et lui permette d'atteindre et de réprimer la provocation partout où elle se produit.

A côté des obstacles légaux que rencontre la police pour l'accomplissement de sa tâche, il y a des obstacles moraux, et ce ne sont pas les moins difficiles à surmonter. Comment se fait l'inscription d'une fille sur le registre de la police? Une fille est prise en flagrant délit d'excitation à la débauche par un agent, celui-ci l'arrête et la conduit au Dépôt, où elle passe la nuit. Le lendemain elle passe devant le chef de bureau des mœurs, souverain juge en la question. Qu'on se mette à la place de ce chef du bureau des mœurs! Et qui oserait le blâmer de ses hésitations, à vouer ainsi pour jamais à la prostitution, une fille qui souvent n'a été poussée à cette extrémité, que par la misère, ou bien une fille mineure, ou bien une pauvre fille, coupable plus de libertinage que de débauche.

En outre, nous savons comment sont recrutés les agents des mœurs. Quand on songe que leur seul rapport suffit pour entraîner l'inscription! Il n'est pas sans exemple de voir un de ces agents, soit par esprit de vengeance, soit parce qu'il aura été repoussé par une de ces filles, faire un faux rapport. Voyez quelles en peuvent être les conséquences et ce que devient, en pareil cas, la liberté individuelle.

L'administration de la police n'envisage pas la question uniquement au point de vue sanitaire. Il faut ajouter qu'elle a beaucoup perdu de son autorité, n'étant plus soutenue, comme autrefois, et se trouvant, au contraire, constamment en butte aux critiques et aux attaques d'une certaine presse, et même d'un corps électif qui semble s'être donné pour tâche de saper cette administration dans tous ses fondements. On conçoit aisément

que, se trouvant dans de pareilles conditions, la préfecture de police s'abstienne le plus souvent, craigne de se compromettre et use le moins possible de pouvoirs aussi précaires. Voilà pourquoi il n'y a plus aujourd'hui que deux mille filles inscrites, alors qu'il y a peu années, il y en avait quatre mille.

Il faut donc faire intervenir ici l'autorité judiciaire et faire en sorte que la préfecture de police n'ait plus qu'à faire exécuter la loi. Il faut, en outre, que l'inscription ne soit pas perpétuelle, mais seulement temporaire et renouvelable, qu'elle puisse être volontaire, qu'elle puisse être aussi imposée. Je proposerai donc, à ce point de vue, cette seconde conclusion :

Deuxième conclusion. — L'Académie, estimant que la sauvegarde de la santé publique exige que les filles se livrant à la prostitution soient soumises à l'inscription et à la surveillance médicale, émet, en outre, le vœu :

1° Que la surveillance dont il s'agit soit temporaire et renouvelable ;

2° Que si elle n'est pas consentie par la fille qui en est l'objet, elle ne puisse lui être imposée que par l'intervention de l'autorité judiciaire.

Dans l'état actuel des choses, la fille inscrite est une fille à jamais perdue. C'est à peine si l'on compte quelques exceptions de filles quittant la prostitution pour se marier ou s'établir. Il faut donc que l'inscription soit temporaire et renouvelable, non pas à la seule volonté de la fille elle-même, mais à date fixe ; il faut que cette date puisse être pour elle une date de sauvetage.

Pour imposer l'inscription dans le cas où elle n'est pas consentie, il faut l'autorité judiciaire ; il faut que ce soit le tribunal de simple police qui condamne la fille à la surveillance médicale et non à la prostitution. M. Brouardel dit que ce tribunal ne prononcera jamais cette peine. Certainement il l'appliquera s'il existe une loi, parce que, dès lors, il n'y aura plus d'immoralité à l'appliquer. Pour ce qui est des filles mineures, j'adopterais volontiers, quant à moi, la conclusion formulée à ce sujet par la conférence Molé, à savoir le placement de la fille mineure dans une maison de correction. Elle ne peut plus propager la syphilis, c'est tout ce que nous, médecins, avons à demander. La condamnation, par un tribunal, aura cet avantage de détourner beaucoup de filles de la prostitution.

Dans les cas difficiles, le tribunal pourra appeler des témoins. M. Brouardel dit à cela qu'on n'arrivera jamais à en trouver et, prenant à parti les membres de la commission eux-mêmes, il leur souhaite de n'être jamais appelés en témoignage pour une semblable affaire.

Je répondrai à M. Brouardel, comme membre de la commission, en lui donnant lecture d'un acte d'huissier par lequel M. Le Fort, professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine, fait constater qu'en face la porte de sa maison, loge une fille qui non seulement par le geste, mais aussi par la voix, attire les passants, etc., coût 25 fr. 75. M. Brouardel pense-t-il que ce membre de la commission hésiterait à donner son témoignage ?

Il faut ajouter aussi que, devant le tribunal, la femme pourra se défendre. C'est bien là un argument qui a sa valeur. Il faut donc une loi et, si nous arrivions à l'obtenir, nous aurions réalisé le but que nous cherchons tous ici, c'est-à-dire la sauvegarde, dans toute la mesure du possible, de la santé et de la moralité publiques.

A 5 heures, l'Académie se forme en comité secret.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1887-1888.

133. M. Rousseau. Contribution à l'étude de l'amygdalite infectieuse aiguë. — 134. M. Marteret. Contribution à l'étude de la paralysie générale à début tardif. — 135. M. Chauveau. La fièvre hystérique. — 136. M. Demelin. Le segment inférieur de l'utérus. — 137. M. Boureau. Du curage dans l'endométrite chronique du corps de l'utérus. — 138. M. Level. Des paralysies urémiques. — 139. M. Lebel. Des épilepsies par troubles de la circulation.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le compte financier de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris, est réglé, pour l'exercice 1886, savoir :

Pour les recouvrements, à la somme de . .	42 445 270 51
et pour les paiements, à celle de	43 275 462 49
d'où ressort un excédent des paiements sur les recouvrements de.	830 191 98

— Par décrets, en date du 27 février 1888, ont été nommés dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin en chef. — MM. les médecins en chef de la marine en retraite A. Le Roy de Méricourt et Richaud.

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Macé, aide-médecin de réserve, docteur en médecine.

— Le Conseil général des Facultés de Paris a autorisé, dans sa séance d'avant-hier lundi, à professer des cours libres pendant le second semestre de l'année scolaire 1887-1888, à la Faculté de médecine : MM. les docteurs Bouloumié, sur la thérapeutique hydro-minérale ; Despagnet, sur les maladies des yeux ; Fournel, sur l'obstétrique, et Bérillon, sur l'hypnotisme.

— *Concours Vulfranc-Gerdy.* — L'Académie de médecine met au concours deux places de stagiaires aux eaux minérales.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'Académie, 49, rue des Saints-Pères, à Paris. La liste d'inscription sera close le 1er décembre 1888.

Les candidats nommés entreront en fonctions le 1er mai 1889. Une somme de 1 500 francs sera attribuée à chaque candidat.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Dagaud (d'Alby-sur-Chéran).

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les exercices pratiques de médecine opératoire commenceront le jeudi 15 mars 1888, sous la direction de M. Poirier, agrégé, chef des travaux anatomiques. Ils auront lieu dans les pavillons de l'École pratique, tous les jours, de une heure à quatre heures.

Ces exercices sont obligatoires pour les étudiants de quatrième année. Pour prendre la seizième inscription, ces étudiants doivent avoir pris part à ces exercices. Les étudiants pourvus de seize inscriptions, les docteurs français et étrangers peuvent être autorisés à y prendre part. Les conditions d'admission sont les suivantes :

1° Les élèves de quatrième année sont inscrits sur la présentation de la quittance à souche constatant le paiement des droits afférents à l'inscription de janvier 1888 (quatorzième inscription). — 2° Les élèves pourvus de seize inscriptions, les docteurs français et étrangers devront obtenir préalablement l'autorisation du doyen. A cet effet, ils déposeront leur demande au secrétariat de la Faculté où il leur sera donné connaissance des conditions spéciales qu'ils auront à remplir. Sont dispensés de ces formalités les élèves ayant seize inscriptions, les docteurs français et étrangers qui ont déjà obtenu du doyen l'autorisation de prendre part aux travaux pratiques pendant l'année scolaire 1887-1888. Ces élèves seront admis sur présentation de la quittance à souche constatant le paiement des droits réglementaires (40 francs). — 3° Les élèves obligés devront se faire inscrire à l'École pratique (bureau du chef du matériel), de midi à quatre heures, jusqu'au 10 mars. Après cette date, nul ne pourra être admis. — 4° MM. les docteurs et les élèves non obligés se feront inscrire dès qu'ils auront reçu l'autorisation nécessaire.

— M. Peyron soutiendra devant la Faculté des sciences de Paris, le jeudi 8 mars 1888, à trois heures, pour obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles, deux thèses intitulées : 1° Recher-

ches sur l'atmosphère interne des plantes ; 2° De l'action toxique et physiologique de l'hydrogène sulfuré sur les animaux.

— *Postes médicaux.* — AISNE : s'adresser au maire de Dizy-le-Gros (Aisne). — ALLIER : s'adresser à M. Guyot, directeur du service des enfants assistés, à Chevagnes (Allier). — MARNE : s'adresser à M. le docteur Collard, à Witry-lès-Reims (Marne). — YONNE : s'adresser à M. Machavoine, notaire à Sergines (Yonne).

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Étude sur les ligaments ronds de l'utérus et sur leur raccourcissement (opération d'Alexander).

Par M. le docteur Louis Beurnier,
Chef de clinique chirurgicale de la Faculté à l'hôpital Necker.

I

Dès une époque relativement ancienne, certains auteurs avaient tenté d'expliquer la chute de la matrice par le relâchement des ligaments. Avicenne (1), Ambroise Paré (2), Guillemeau, Franco, Fabrice d'Acquapendente et Saviard ont émis cette opinion; mais pour eux, comme plus tard pour les auteurs du xviiie siècle, ce n'était qu'une hypothèse toute gratuite; ils n'en donnaient aucune preuve, et, de plus, ils parlaient tous des ligaments de l'utérus en général, en bloc, sans seulement spécifier le rôle des ligaments ronds en particulier.

Ces ligaments sont mentionnés pour la première fois d'une manière spéciale dans le livre de Boivin et Dugès, en 1833. « Les cordons sus-pubiens, disent ces auteurs, s'opposent à l'abaissement considérable de l'utérus et surtout à cette inclinaison en arrière inévitable dans le deuxième degré du prolapsus. Il faut donc les supposer alors, et à plus forte raison dans la chute complète, allongés par un relâchement maladif. »

On voit, par ce passage, que Boivin et Dugès faisaient jouer un rôle important aux ligaments ronds dans la chute de l'utérus et avaient soupçonné, sans l'indiquer d'une façon précise, celui qu'ils paraissent jouer dans la rétroflexion et la rétroversion de cet organe.

Quelques pages plus loin, ils disent encore que l'allongement subi par ces cordons pendant la grossesse est une des causes du prolapsus dans l'état puerpéral. Il est vrai que leur opinion devait être combattue par Le Gendre qui, dans sa thèse d'agrégation (1860), cite des cas de prolapsus utérin dans lesquels on a trouvé que « les ligaments ronds présentaient encore des flexuosités ».

(1) Avicenne. *De matricis exitu et pulsione*, lib. III, cap. xxi.
(2) Ambroise Paré. De la précipitation ou perversion de la matrice, liv. de la *Génération*.

On voit donc que, jusqu'à l'époque actuelle ou tout au moins jusqu'à un moment fort rapproché de nous, personne n'avait songé que ce petit cordon pût être en butte à des tentatives opératoires. Le premier qui en fit un organe chirurgical, si je puis ainsi dire, est Alquié, qui, en 1840, proposa le raccourcissement des ligaments ronds pour la cure des rétroversions et du prolapsus de la matrice. « Pensant que ces ligaments, dit M. Tillaux (1), étaient la cause de la résistance que l'on éprouve parfois à abaisser la matrice, il avait eu la *singulière* idée de les raccourcir pour s'opposer aux chutes de cet organe. » En effet, dans la séance de l'Académie de médecine du 17 novembre 1840, ce savant, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier, présenta un mémoire *sur une nouvelle méthode pour traiter les divers déplacements de la matrice* (2).

Une commission, composée de Villeneuve et de Baudelocque, fut nommée pour examiner ce travail, et très probablement, nous dit M. Manrique dans son excellente thèse de 1886, « ils ne firent aucun rapport à ce sujet, car on ne trouve, ni dans les *Bulletins de l'Académie*, ni dans les *Mémoires* de ce corps savant, aucune autre mention relative au mémoire d'Alquié... Ainsi donc la nouvelle méthode n'eut pas de retentissement dans le monde scientifique et l'on ne peut savoir si son auteur l'a employée sur le vivant ou si son mémoire, aujourd'hui introuvable, reposait seulement sur des recherches cadavériques et sur des données purement théoriques. »

D'autre part, Aran, attribuant à ces mêmes ligaments le rôle, non seulement de suspendre l'utérus, mais d'en attirer le fond en avant, avait songé à appliquer l'opération d'Alquié à la cure de la rétroflexion. Toutefois, le médecin de Saint-Antoine, tout en acceptant le principe, ne paraît pas très disposé à essayer l'opération, puisqu'il dit :

« Mais ce déplacement est permanent et il y a tout lieu de croire qu'il est la cause des accidents dont se plaignent les malades. Que faire alors? Nul doute, si la chose était possible, que l'on dût agir sur les ligaments, et l'on peut même se demander, avec M. le professeur Alquié, si, pour les abaissements et les rétroversions, il n'y aurait pas lieu de raccourcir artificiellement les ligaments sus-pubiens; mais ce sont là des choses, sinon impraticables, du moins

(1) Tillaux. *Anatomie topographique*, p. 870.
(2) *Bulletins de l'Académie*, 1840, t. VI.

dont l'exécution présente de sérieuses difficultés et des dangers tels que l'on ne saurait les recommander expressément. »

Quoi qu'il en soit, et bien que ni Alquié ni Aran ne paraissent avoir tenté l'opération, leurs idées sont les premiers vestiges d'une application physiologique et chirurgicale faite aux ligaments ronds; mais leurs tentatives passèrent presque inaperçues ou, si l'on s'en occupa, ce ne fut que pour les condamner sans procès, et le ligament rond retomba dans l'oubli dont il avait vainement essayé de sortir.

Ce furent les Allemands et surtout les Anglais qui se chargèrent de l'en tirer. Freund, en effet, reprit la question, ainsi que nous l'apprend le docteur Heinrisch Fritsch (1), et pense quelque bien de l'opération.

En Angleterre, Walter Ravington, chirurgien à London-Hospital, qui l'avait proposée dès 1869 pour le prolapsus, réclame ses droits (2); d'autre part, le docteur Deneffe, professeur à Gand, prétend l'avoir le premier exécutée (3).

Nous ne nous arrêterons nullement à discuter la question de priorité, que M. Manrique a parfaitement établie. Des conclusions de cet auteur il résulte clairement que le véritable inventeur, sinon de l'opération, du moins de la méthode, est le docteur William Alexander (de Liverpool), qui l'expose tout au long dans un important mémoire paru dans *Medical Times and Gazette*, 1er avril 1882. Ce chirurgien pratiqua pour la première fois sur le vivant le raccourcissement des ligaments ronds, dans le but de guérir une femme atteinte de prolapsus de l'utérus. Le 4 avril 1882, il publia ses quatre premiers succès, et, dans son livre de 1884, on trouve l'histoire de vingt-deux malades opérées par lui et d'autres cas appartenant aux docteurs Macfie Campbell, Lediard, Imlach et Burton (4).

Si on lit les travaux de ces différents auteurs, on constate facilement que tous n'ont traité la question qu'au point de vue purement opératoire. Aucun d'eux n'a songé à revoir l'anatomie de ce ligament, si écourtée partout, à en indiquer exactement la structure et à voir si l'on ne pourrait pas en déduire des considérations physiologiques utiles. C'est cette lacune que nous avons entrepris de combler et qui nous a engagé à publier en 1886 sur ce sujet une étude, toute d'actualité, étant données les discussions récentes entre les chirurgiens et même entre les anatomistes.

Nous ne citerons pas les quelques lignes que consacrent au ligament rond de l'utérus nos auteurs classiques de livres d'anatomie, MM. Richet, Tillaux et Sappey. Nous insisterons seulement sur les quelques points particuliers mis en lumière par nos recherches et constatés depuis par tous les chirurgiens français qui, à notre connaissance, ont pratiqué l'opération. Nous ne parlerons d'ailleurs que de ce qui est utile à connaître au chirurgien au point de vue de l'opération.

II

Le premier point intéressant à étudier est celui des rapports du ligament rond avec les muscles petit oblique et transverse de l'abdomen. Après avoir incisé et rabattu la toile fibreuse très distincte qui, de même que cela a lieu chez l'homme pour l'ensemble du cordon, entoure le ligament rond, deux choses frappent la vue : d'abord les fibres des muscles petit oblique et transverse de l'abdomen dirigées vers la partie antérieure, et de plus, au-dessous, des fibres dirigées d'une façon particulière. Ces fibres forment un petit faisceau musculaire décomposé nettement en deux parties par une ligne celluleuse. De plus, il est séparé de la masse charnue des muscles précédemment indiqués par un petit triangle à base interne rempli de tissu cellulaire lâche entremêlé de quelques lobules adipeux. La base de ce petit triangle, tournée en dedans, mesure environ 1 centimètre.

A la partie externe, ce faisceau se condense pour aboutir à un petit tendon qui va s'insérer à la face supérieure de l'arcade de Fallope, un peu en dehors de sa partie moyenne. Il part manifestement d'une part de l'épine pubienne et aboutit d'autre part à la paroi inférieure du canal inguinal, de façon que, d'après ses insertions, il serait permis de l'appeler inguino-pubien. Mobilisant un peu ce faisceau et le relevant, on aperçoit au-dessous et en arrière un cordon arrondi situé sur l'arcade, entouré de veines d'autant plus nombreuses qu'on se rapproche de la partie inférieure et interne : ce n'est autre chose que le ligament rond.

On voit alors ce ligament s'enfoncer isolé dans la profondeur du canal inguinal pour pénétrer dans l'intérieur de la cavité abdominale. Enfin, dernier détail, on constate toujours la présence d'un lobule adipeux allongé dans le sens de l'arcade, tout près d'elle, au-dessous et un peu au-devant du ligament. Il constitue un point de repère précieux dans l'opération.

Les dispositions précédentes sont faciles à vérifier en examinant des coupes pratiquées au moyen du microtome à congélation sur le canal inguinal enlevé tout entier, avec son contenu, sur des sujets frais.

Jamais, jusqu'à ces derniers temps, où l'opération d'Alexander-Adams fit quelque bruit parmi les chirurgiens, on n'avait pensé à examiner attentivement la partie inguinale du ligament et surtout son extrémité extra-inguinale.

A ce moment seulement on commença à s'en occuper; mais, hâtons-nous de le dire, ce ne fut nullement au point de vue descriptif. On chercha seulement le moyen de trouver l'extrémité externe de l'organe, on tenta de préciser les règles qui devaient présider à sa découverte, mais nul ne songea à refaire ou plutôt à faire l'anatomie de cette portion extra-abdominale.

La discussion porta simplement sur ce point : est-il possible de trouver le ligament rond, ou bien cette recherche n'est-elle que rarement couronnée de succès? On ne se préoccupa nullement de savoir pourquoi, dans certains cas, des chirurgiens avaient échoué dans sa recherche et s'il y avait là une cause anatomique ou une maladresse opératoire. Chacun résolut la question dans un sens absolu : les opérateurs malheureux allant jusqu'à nier, non seulement la possibilité de découvrir l'extrémité du ligament, mais l'existence même de sa portion extra-inguinale, les autres pensant que toujours la chose est de la plus grande facilité.

Il y a vingt ans environ, nous disent MM. Doléris et Ricard, dans leur article de l'*Union médicale*, du 24 novembre 1885, trois chirurgiens belges qui tentèrent l'opération durent renoncer à leur entreprise et refermer la plaie sans avoir trouvé le ligament. La chose fit scandale. Le réinventeur prétendu, le docteur Alexander, qui recommandait, au début, à ses imitateurs une patience assez minutieuse, semble considérer aujourd'hui la manœuvre comme fort

(1) Heinrisch Fritsch. *Deutsche Chirurgie*, lieferung 59, 1885, Die lageveranderungen und die Entzündungen der Gebarmutter.

(2) Walter Ravington. *Medical Press and circular*, 1872, et *British medical Journal*, 28 février 1885.

(3) Deneffe. *Presse médicale belge*, septembre 1885.

(4) Alexander, *Short. of the round lig. D. A. Churchill* 1884.

aisée. Toutefois, peu de gynécologues sont de son avis, et, chose assez piquante, pendant qu'il traite de haut les chirurgiens maladroits qui ont éprouvé des désillusions ou des échecs, son collaborateur dans l'invention, le docteur Adams, plus modeste ou plus avisé, s'insurge contre l'idée d'en livrer l'exécution à des chirurgiens novices : « Le ligament rond est parfois très difficile à voir..., même à montrer à l'amphithéâtre sur le cadavre (1). »

Quoi qu'il en soit, dans deux cas sur quatre, un gynécologue américain expérimenté, Mundé, n'a jamais pu réussir à le mettre à découvert, même en ouvrant largement le canal inguinal, chez des femmes grasses; il a fallu renoncer à l'opération. Ces faits sont tout récents. Plus récemment encore, Emmet a vu échouer l'opération, et elle ne lui inspire qu'une mince sympathie; de même Lawson Tait, dans le seul cas où il l'ait entreprise, Reeves, Keith, Croom, Duncan, Smart, etc., trouvent la recherche du ligament rond très difficile; il a fallu, dans plusieurs cas, consacrer une heure et demie et jusqu'à deux heures pour en découvrir un sur les deux et l'on a renoncé à trouver l'autre (2).

La chose était donc très discutée, mais le procès était jugé, on peut le dire, sans que la cause eût été entendue. Ceux qui essayèrent les premiers d'éclaircir le dossier de l'affaire furent nos excellents collègues MM. Tissier et Hache, qui firent quelques recherches cadavériques dont ils communiquèrent les résultats à la séance de la Société clinique, du 9 avril 1885. Ils se prononcèrent nettement, disant que la découverte du ligament rond est souvent très difficile et parfois impossible.

III

Là s'étaient bornées les recherches : quelques incisions sur le cadavre, et c'était tout. Rien n'avait plus été dit, ni écrit sur la question, lorsque parurent successivement deux articles de nos savants amis MM. Doléris et Ricard (3). Dans le premier de ces articles, les auteurs, à la suite d'investigations ayant porté sur vingt-huit cas, confirment à peu près le jugement de leurs devanciers; dans le second, ayant changé leur mode de procéder, ils se rangent à l'opinion que nous-même avions émise dans une note intermédiaire, insérée dans l'*Union médicale*, du 6 décembre 1885. A ce moment, nous avions depuis cinq mois commencé des recherches sur l'anatomie des ligaments ronds. M. le professeur Duplay, ayant résolu de pratiquer sur une malade le raccourcissement de ces ligaments, en fit plusieurs fois la découverte sur le cadavre. Cette découverte fut des plus faciles; et, étonné de la divergence des résultats obtenus par les chirurgiens, nous entreprîmes de chercher à les expliquer et à fixer ce point d'anatomie.

La plupart de nos expériences ont été pratiquées dans les hôpitaux sur des cadavres déposés depuis vingt-quatre heures au moins dans l'amphithéâtre, c'est-à-dire relativement frais; les autres ont été faites sur des sujets de l'École pratique, c'est-à-dire sur des sujets injectés et ayant séjourné de quinze jours à un mois dans les locaux où ils sont mis en réserve.

(1) Adams. *British medical Journal*, 3 octobre 1885.

(2) *British medical association*, 10 juin 1885. — Société obstétricale Edinburg, 25 mai 1885.

(3) *Union médicale* du 24 novembre et du 29 décembre 1885, communication de M. Doléris à la Société d'obstétrique, séance du 10 décembre 1885.

Quant au procédé que nous avons mis en usage pour découvrir le ligament rond, il n'est autre que le procédé du docteur Imlach, modifié ainsi que nous l'exposerons plus loin.

Enfin, nos expériences ont porté sur quatre-vingt-dix cas, comprenant : des nullipares et des multipares, des sujets d'âges différents, des cadavres présentant une disposition absolument normale de l'appareil génital et d'autres offrant des types pathologiques.

Maintenant, exposant ce que nous avons constaté, nous dirons que la recherche de l'extrémité extra-inguinale du ligament rond n'a jamais constitué une véritable difficulté opératoire. Dans l'immense majorité des cas, j'ai trouvé, après avoir fait les délabrements nécessaires, cette extrémité sous la forme d'un cordon unique, situé au milieu de la boule graisseuse et se divisant au sortir de cette boule en plusieurs filaments pour aller aboutir aux points que j'ai précisés plus haut. C'est là ce qui arrive le plus souvent.

Quelquefois cependant, il est vrai, le ligament rond, à partir de sa sortie du trajet inguinal, est, pour ainsi dire, dissocié, il se présente sous la forme de plusieurs filaments, mais parfaitement reconnaissables, ressemblant à de petits tendons. Ces filaments appartiennent non pas aux muscles abdominaux, mais bien manifestement au ligament rond. Il est aisé de s'en convaincre en poussant la dissection plus en arrière: ils pénètrent dans le canal inguinal, et, dès leur entrée, ils se joignent les uns aux autres pour constituer ce qu'on peut appeler alors véritablement le ligament rond. C'est, du moins, ce que nous avons vu dans ces cas, et, si alors on ne trouve que des filaments représentant la partie extra-inguinale du ligament, il est facile en suivant ces petits organes fibreux, au nombre de deux, trois ou rarement quatre, et assez volumineux pour être nettement distingués, d'arriver jusqu'à l'entrée du canal inguinal, où on ne tarde pas à découvrir le vrai ligament rond.

En outre, plus on avance dans le trajet inguinal, plus d'ordinaire le ligament rond devient gros; il n'acquiert son volume total que vers la jonction de la moitié antérieure avec la moitié postérieure du canal ou un peu en avant de ce point.

En tout cas, il sera donc toujours facile de trouver le ligament rond; si on ne le rencontre pas constitué d'emblée, on en chargera les divers éléments sur une sonde cannelée, on les suivra et on tombera infailliblement, qu'on nous passe l'expression, sur le nid de la pie.

Le second point que nous avons voulu vérifier avait rapport au péritoine. Nous savons que la séreuse abdominale, au niveau de l'orifice interne du trajet inguinal, forme un repli, un véritable cul-de-sac autour du ligament rond. Il était très important de savoir si ce cul-de-sac était normalement très adhérent au ligament et si, lorsqu'on attirait ce cordon au dehors, le péritoine le suivait et s'invaginait avec lui dans le trajet inguinal. Or, ici il faut distinguer deux cas :

Lorsque l'on a affaire à des femmes ayant eu des inflammations qui ont atteint le péritoine à ce niveau (péritonites de toute nature, phlegmons de la fosse iliaque interne, etc., etc.), la séreuse est très adhérente au ligament rond, le péritoine s'invagine dans le trajet inguinal lorsqu'on attire le ligament au dehors; et, plus la traction est considérable, plus le cul-de-sac devient profond.

Mais, quand on a affaire à des parties normales, à des

tissus qui n'ont été le siège d'aucune inflammation, on constate toujours que l'adhérence du péritoine au ligament rond est très peu intime, qu'il y a plutôt accolement de la séreuse au ligament par l'intermédiaire de quelques tractus celluleux assez lâches pour être facilement décollés par un effort même minime. Le cul-de-sac devient à peine plus profond, et en tout cas, quand même on réséquerait une certaine longueur, 5, 7, 8 centimètres du ligament rond, il n'y aurait aucun risque de blesser la membrane. Or, dans les premiers cas, c'est-à-dire lorsqu'il y a eu des inflammations assez violentes, pour avoir pu provoquer des adhérences, on sait que le raccourcissement des ligaments ronds est absolument contre-indiqué.

Nous croyons donc pouvoir dire que, lorsqu'on fera, en connaissance de cause, une opération d'Alexander bien indiquée, on ne courra aucun risque d'inciser le péritoine; que si, par une exception malheureuse, cet accident arrivait, les suites fâcheuses en seraient prévenues par le moyen auquel M. le professeur Duplay conseille de recourir et que nous indiquerons plus loin.

IV

Quant aux dimensions du ligament rond, sa longueur varie de 12 à 16 centimètres lorsque l'utérus est dans la situation normale; elle augmente quand l'utérus est en rétroversion, en rétroflexion ou en prolapsus. Le diamètre est de 1^{mm} 1/2 à 2^{mm} 1/2 pour la portion abdominale et de 1 à 2 millimètres pour la portion inguinale, toutes deux mesurées en leur milieu. Signalons, en outre, un léger rétrécissement et surtout un certain degré d'aplatissement au niveau de la réflexion sur l'orifice interne du trajet inguinal.

Dans les cas de rétroversion ou de rétroflexion, les ligaments ronds sont d'ordinaire plus volumineux que normalement, dans la proportion de 1/3 au moins environ. Il semble que ces cordons, en même temps qu'ils s'allongent, s'hypertrophient, de façon que, dans les cas pathologiques où on aura à opérer leur raccourcissement, ils seront encore plus faciles à découvrir que sur les sujets normaux.

L'étude détaillée de la structure et du rôle physiologique des ligaments ronds de l'utérus n'intéresse que médiocrement le chirurgien appelé à faire l'opération d'Alexander, et c'est au point de vue pratique que nous devons nous placer ici. Qu'il nous suffise de mentionner que les fibres musculaires striées, signalées, par tous les auteurs, comme appartenant au ligament rond, lui sont simplement accolées et dépendent du muscle inguino-pubien et que des tractions exercées sur ce ligament suffisent à ramener en bonne position un utérus dévié, pourvu qu'il soit mobile. Enfin, l'utérus ainsi déplacé reste dans la position qu'on lui a donnée.

Des points, plus importants à connaître pour le praticien, sont la résistance et l'élasticité de l'organe.

La résistance est nécessairement variable suivant les sujets que l'on considère. Elle dépend du volume, de la structure et de l'état normal ou pathologique du ligament. Nous ne pouvons entrer ici dans ces diverses discussions, notamment au point de vue de la diminution de résistance des organes cancéreux; nous dirons seulement que, sur des ligaments normaux, la limite de traction varie entre 400 et 900 grammes. Toutefois, il est rare d'en trouver qui se rompent au-dessous de 600 à 650 grammes. Ajoutons que le siège de la rupture est presque constamment un point où le ligament se réfléchit sur l'orifice inguinal interne pour pénétrer dans le trajet; et, en effet, en examinant avec soin les organes sur lesquels nous expérimentions, nous avons pu nous rendre compte que ce point est légèrement rétréci et aminci.

On peut donc exercer, sur un ligament rond normal, une traction minima de 400 grammes, sans risquer de le rompre, et encore nous mettons un chiffre extrême, qui n'a provoqué la rupture que dans des cas exceptionnels. Si l'on pratique le même effort sur chacun des ligaments, on aura un total de 800 grammes. Cette puissance est bien plus que suffisante pour redresser un utérus mobile, car nous avons pu constater facilement qu'il suffit, pour arriver à ce résultat, d'une traction équivalente à 500 grammes environ ou même inférieure.

D'ailleurs, on se rend compte que la traction à déployer dans l'opération d'Alexander est minime, si l'on songe que c'est surtout, comme nous le verrons plus loin, le doigt de l'aide introduit dans le vagin qui redresse l'utérus. Cependant il est nécessaire que les ligaments présentent une certaine résistance, puisqu'après le raccourcissement ils devront contribuer à maintenir l'utérus. Or, ils auront toujours une solidité bien plus que suffisante, quand même ils seraient seuls à remplir cet office, puisque le poids de l'utérus ne dépasse pas 50 grammes.

Néanmoins, on devra toujours, ainsi que nous le verrons, user des plus grandes précautions et de la plus grande douceur dans les tractions, et, de plus, il faudra les exercer, non pas sur la portion terminale, mais sur la portion inguinale des ligaments; c'est à partir de ce niveau seulement que le cordon commence à présenter une solidité suffisante.

Nous ne croyons pas exagérer en disant que le ligament rond est, si l'on fait abstraction des vaisseaux qu'il renferme, un organe essentiellement élastique, En effet, il est composé d'une grande quantité de tissu élastique et de fibres musculaires, qui sont, elles aussi, on le sait, douées d'un haut degré d'élasticité.

Dans les expériences, tous les ligaments, au moment de la rupture, ont subi un allongement de 2 à 4 centimètres. On conçoit donc facilement comment, sous l'influence de causes agissant lentement et d'une façon permanente, ces ligaments ont pu s'allonger de 7, 8 et même 10 centimètres, ainsi que l'attestent certaines observations.

V

Comment, maintenant, pratiquer le raccourcissement des ligaments ronds ?

Ce chapitre comprend évidemment deux points:

1° Découverte du ligament rond;

2° Raccourcissement de ce ligament une fois trouvé.

La découverte du ligament rond et le procédé à adopter pour réussir ont nécessairement préoccupé tous les chirurgiens qui ont tenté l'opération d'Alexander. Tous aussi ont été à peu près d'accord sur le manuel opératoire à suivre. Francis Imlach, le premier, a essayé de l'exposer nettement. M. le professeur Duplay lui a fait subir plusieurs améliorations, et c'est ce procédé ainsi modifié que nous allons indiquer.

Après avoir rasé le pubis, on détermine l'épine du pubis, puis on fait une incision partant de ce point et suivant la direction de l'arcade de Fallope sur une étendue de 4 ou 5 centimètres suivant les sujets. On sectionne la graisse, puis on reconnaît l'aponévrose du muscle grand oblique de

l'abdomen et l'orifice externe du canal inguinal, qu'on ne confondra pas avec les fentes pouvant exister entre le pilier externe et l'arcade de Fallope, ou même sur le pilier externe. Au niveau de cet orifice, on découvrira la boule graisseuse et on disséquera le ligament rond dans son intérieur. Cette dissection est parfois assez laborieuse, parce que cette graisse est très adhérente. Il suffira, pour en triompher, de s'armer de patience et, après avoir saisi la masse adipeuse soit avec les doigts, soit avec une pince à disséquer ordinaire, ou avec une pince à griffes, de l'isoler du ligament rond, à petits coups, avec un instrument mousse tel qu'une sonde cannelée, ou avec le dos d'un bistouri.

Il est utile de signaler que quelquefois, chez des femmes très grasses, il n'y a pas de boule graisseuse très nette, faisant hernie ainsi que l'indique Imlach. On ne trouve qu'une couche graisseuse uniforme, ou plutôt la graisse a tout envahi. Dans ces cas on n'aurait qu'à saisir la masse adipeuse située devant l'orifice inguinal, et à procéder comme précédemment. Que la graisse forme ou non une boule, l'importance de cette particularité est minime.

Une fois en possession du ligament rond, M. le professeur Duplay place sur son extrémité une pince à forcipressure, afin de le fixer, puis on procède à son raccourcissement.

Cette opération comprend plusieurs temps : dans le premier, on isolera avec soin le ligament rond de tous les tissus avoisinants; dans un second temps, on préviendra les dangers possibles de l'ouverture du péritoine, si par hasard la séreuse était incisée; dans un troisième, on attirera le ligament rond au dehors jusqu'à ce que l'utérus soit remis en bonne position; dans un quatrième, on suturera ce ligament rond à l'orifice inguinal; dans un cinquième, on suturera la plaie et on fera le pansement.

Ces cinq temps peuvent être désignés chacun par un mot spécial : temps de l'isolement, temps de la ligature, temps de la traction, temps de la suture et enfin temps du pansement.

Le premier temps ou temps de l'isolement est, sans contredit, le plus difficile et le plus minutieux. Nous avons déjà parlé de la façon d'isoler le ligament rond de la boule graisseuse; nous n'y reviendrons pas. Nous dirons seulement à ce propos que M. le professeur Duplay conseille d'enlever cette masse, parce qu'elle ne pourrait servir qu'à provoquer ou à entretenir la suppuration.

Mais, outre la graisse, outre le tissu cellulaire, qu'on peut d'ordinaire assez facilement détacher du ligament rond, au moyen des doigts ou de la sonde cannelée, il y a le plus souvent, autour de cet organe, et y adhérant, de petits filaments fibreux, ressemblant à de petits tendons et venant se fixer d'une part sur le ligament, d'autre part aux parois du trajet inguinal. Quelques-uns s'attachent sur ses parois antérieure et postérieure, mais la plupart aboutissent à sa paroi inférieure ou à la jonction de celle-ci avec les deux précédentes.

Ces brides devront être écartées avec soin. En effet, si on les néglige, comme elles fixent assez solidement le ligament rond, on n'arrivera, en tirant sur ce ligament, qu'à exercer une traction sur les brides elles-mêmes, qui ne céderont pas, et nullement sur l'utérus.

Il faudra donc apporter le plus grand soin à ce temps de la dénudation et de la mobilisation, si je puis ainsi dire. Le plus souvent la sonde cannelée ne suffira pas à détacher ces adhérences, et il faudra recourir à l'emploi du bistouri ou mieux d'un instrument sans pointe, tel que des ciseaux à bouts mousses.

D'ordinaire ces brides n'existent guère que dans la moitié antérieure du canal inguinal; dans ce cas on pourra les sectionner facilement, en insinuant l'instrument par l'orifice externe; mais d'autres fois elles se prolongent jusque dans la partie profonde, et dans ces cas on sera souvent obligé de recourir à d'autres moyens.

Il faudra, ainsi que l'ont fait certains opérateurs, débrider le canal inguinal, en inciser la paroi antérieure sur une plus ou moins grande étendue, et c'est dans ce cas, lorsqu'on agira sur les brides de la moitié postérieure du canal, qu'il sera plus prudent de ne se servir que d'instruments sans pointe, afin d'être absolument sûr qu'on n'a aucune chance de léser la séreuse péritonéale.

M. le professeur Duplay ne voit aucun inconvénient à faire la section d'une partie antérieure du trajet inguinal. Toutefois, si elle devait être un peu étendue, si elle dépassait les limites d'un simple débridement de quelques millimètres, il recommande de suturer, par des fils distincts de ceux de la suture superficielle, les deux lèvres de l'incision ainsi pratiquée. On sera ainsi certainement à l'abri des hernies qui pourraient se produire par cet espace laissé béant.

Jusqu'où doit-on pousser la dénudation ? On peut répondre sans hésitation : le plus loin possible, c'est-à-dire jusque dans la partie profonde du trajet inguinal, à un demi-centimètre environ de son orifice interne. Cette dénudation, faite, ainsi que nous l'avons indiqué, avec un instrument mousse, ne peut offrir aucun inconvénient ni aucun danger.

Pendant l'incision et la dénudation, le chirurgien a deux précautions à prendre : la première, c'est d'assurer l'hémostase; la seconde, c'est d'éviter de rompre le ligament rond.

L'hémostase est facile à obtenir. Souvent, en incisant le tissu adipeux sous-cutané, on coupe une petite branche artérielle, qui vient soit de la sous-cutanée abdominale, soit des honteuses externes, soit d'autres rameaux artériels du voisinage. Rien ne sera plus facile que de placer des pinces à forcipressure sur les deux bouts du vaisseau.

Il arrive fréquemment aussi qu'on sectionne plusieurs veines, très développées chez les femmes qui ont eu des grossesses (Manrique), et alors on devra suivre la même conduite.

Enfin il n'est pas rare, lorsque l'on dissèque le ligament rond dans la boule graisseuse, surtout si l'on a affaire à un ligament un peu volumineux, de l'entamer et de donner ainsi naissance à un écoulement de sang veineux, puisqu'on sait que cet organe est extrêmement riche en veines. La pince à forcipressure mise à demeure sur le ligament suffira à arrêter cette hémorrhagie; si celle-ci n'était pas terminée au moment où on enlèvera la pince, on n'aurait qu'à appliquer une ligature sur le ligament.

En tout cas, on devra agir dans une plaie absolument exsangue, sans quoi le champ opératoire serait encombré de sang qui pourrait gêner considérablement le chirurgien. De plus, une partie de ce sang pourrait s'introduire dans le canal inguinal béant, y séjourner et y donner naissance à une fusée purulente.

En second lieu, avons-nous dit, le chirurgien doit à tout prix éviter de rompre le ligament rond, accident qui pourrait à la rigueur se produire, si l'on n'était pas prévenu. Or, on sait qu'on ne doit exercer aucune traction un peu forte sur ce ligament, qu'il faut agir avec beaucoup de ménagement et de patience, et que ce n'est que plus tard, ainsi que nous allons le voir, lorsque l'aide a redressé l'utérus et alors

qu'on peut saisir librement la portion déjà forte du cordon, qu'on peut se permettre, et cela avec douceur, de le tirer un peu en avant.

Dans le second temps, l'opérateur a pour but de prévenir les accidents que pourrait occasionner l'ouverture de la séreuse, si, par hasard exceptionnel, elle venait à être touchée. Nous croyons que cette section doit être extrêmement rare, tout au moins quand il n'y a pas d'adhérences péritonéales, et que l'opération n'est pas contre-indiquée par ces productions pathologiques. Néanmoins, comme nous n'oserions répondre qu'elle soit tout à fait impossible et qu'elle ne puisse pas se produire dans certains cas, il est bon de la prévoir et d'en prévenir les conséquences.

Dans ce but, M. le professeur Duplay a imaginé un moyen, dont il a lui-même fait usage. Il propose de jeter, sur la partie la plus reculée de la portion intra-inguinale, mise à nu, du ligament rond, une ligature peu serrée au catgut.

Si alors la séreuse a été attirée dans le trajet et forme un cul-de-sac en avant du fil et que ce cul-de-sac soit compris dans la section, la ligature a pour but de provoquer la formation d'adhérences entre le péritoine et le ligament. S'il n'y a pas de péritoine, le catgut se résorbe, et tout est dit. Par ce moyen, on est certain d'éviter les complications indiquées tout ou moins comme possibles par quelques auteurs.

Dans le troisième temps, on exerce sur le ligament rond la traction nécessaire pour remettre l'utérus en bonne place.

Nous avons vu plus haut jusqu'à quelles limites peut être portée la traction, et nous avons dit aussi qu'on n'arriverait jamais jusqu'au point extrême. En effet, d'une part, lorsqu'on songe à faire l'opération d'Alexander, on s'est assuré auparavant que l'utérus est bien mobile, et alors une traction très peu considérable suffit pour le ramener en haut ou en avant, suivant qu'on a affaire à un prolapsus ou à une déviation en arrière; d'autre part, on a soin de faire corriger la situation défectueuse de l'utérus par un aide, dont le doigt est introduit dans le vagin.

Si l'on a à traiter un prolapsus, le doigt devra refouler l'utérus directement en haut; si, au contraire, on a à remédier à une rétroflexion ou à une rétroversion, il faudra introduire le doigt en avant du col utérin, qu'on fera basculer jusqu'à ce qu'on reconnaisse que le corps de l'organe, qui bascule en sens inverse, a repris sa position normale. Quelquefois, dans les cas de déviation en arrière, le doigt ne suffit pas, et il est alors indispensable de se servir de l'hystéromètre.

A ce moment seulement l'opérateur exercera une légère traction sur le ligament rond; et, lorsque la traction sera perçue par l'aide, le chirurgien mettra une pince à forcipressure sur le point du ligament qui est alors au niveau de l'orifice externe du trajet inguinal.

C'est ce point qui devra plus tard être suturé.

En résumé, dans ce temps de l'opération, le chirurgien doit user d'une grande douceur dans ses tractions, et c'est l'aide surtout qui remet l'utérus en bonne situation.

Après avoir placé une compresse aseptique sur le champ opératoire, on agit sur le côté opposé, ainsi qu'on l'a fait sur le côté par lequel on a commencé l'opération, et ensuite on pratique la suture.

Cette suture doit être faite avec des aiguilles courbes, de dimension ordinaire, et du catgut de moyen volume. Le ligament rond doit être fixé, non à un seul des piliers, mais aux deux, parce qu'ainsi on assure mieux la fixation et on prévient la formation d'une hernie inguinale.

Quant à l'extrémité périphérique du cordon, les uns la conservent, les autres la résèquent, en se basant sur ce fait qu'elle est devenue inutile et que souvent elle est plus ou moins déchirée et délabrée, ce qui peut prédisposer à la suppuration. C'est cette dernière conduite qui devra être imitée.

L'opération est dès lors terminée. Il ne reste plus qu'à suturer les parties superficielles, ce que l'on fera soit à l'aide du catgut, soit au moyen de fils d'argent. Il est en tout cas indispensable de placer un drain de moyenne grosseur au niveau de la partie la plus déclive de l'incision, car on a affaire à un véritable trajet creux, dans lequel il importe d'empêcher la stagnation des produits de l'inflammation.

Il est inutile d'ajouter que la méthode antiseptique doit être appliquée, et d'autant plus rigoureusement ici que nous sommes dans une région voisine d'une séreuse, et qu'il faut à tout prix éviter la suppuration, qui pourrait devenir funeste et, en tout cas, entraverait la guérison et prolongerait la durée d'une plaie dont la cicatrisation peut être terminée en peu de temps. Deux ou trois pansements suffisent en général.

Enfin, il est indispensable d'introduire dans le vagin après l'opération un pessaire, qui sera de préférence un pessaire Gariel, qu'on laissera pendant au moins trois semaines et que la malade gardera pendant les premiers jours où elle se lèvera.

VI

On voit par tout ce qui précède que l'opération d'Alexander, rationnelle au point de vue anatomique et au point de vue physiologique, est aujourd'hui une opération régulière, une opération réglée, comme on dit en chirurgie, aussi réglée que la ligature de l'artère fémorale ou l'amputation de jambe au lieu d'élection.

Voyons un peu maintenant quelles en sont les indications, quels peuvent en être les dangers et quels sont les résultats qu'elle a donnés jusqu'à ce jour.

L'opération a été faite dans les cas de prolapsus et dans les cas de rétroflexion ou de rétroversion. L'indication dans les cas de prolapsus est d'abord la difformité, puis les souffrances pénibles qui en résultent souvent, et enfin l'impossibilité de maintenir l'utérus par un appareil tel qu'un pessaire ou la gêne et les ennuis constants qu'en occasionne l'application. Quant à la rétroflexion et à la rétroversion, si quelquefois ces déviations existent sans causer de troubles, on sait que, dans l'immense majorité des cas, elles sont accompagnées de douleurs telles que la malade ne peut continuer sa vie ordinaire; combien même de femmes, atteintes de ces affections, ne peuvent pas, non seulement se livrer à la marche, mais même rester debout ou assises!

Mais le point le plus important, lorsqu'on songe à pratiquer le raccourcissement des ligaments ronds, est de s'assurer que l'utérus est mobile, et parfaitement mobile. Il est évident que, sans cette condition, on n'aura aucune raison de tenter l'opération, puisqu'il sera impossible de faire quitter sa position à l'utérus retenu par des adhérences dans sa nouvelle situation et souvent comme « maçonné dans la cavité pelvienne ».

Quant aux dangers de l'opération, ils sont bien minimes,

si l'on prend toutes les précautions que nous avons indiquées. L'hémorrhagie n'est jamais sérieuse. La blessure du péritoine paraît exceptionnelle, et en tous cas les dangers peuvent en être prévenus par le moyen préconisé et appliqué par M. le professeur Duplay. Nous n'ignorons pas qu'on a signalé un cas de mort, publié dans le journal de Mundé et causé par l'infection purulente; mais il sera toujours possible d'éviter cette complication.

En résumé, sur un total de 124 opérations d'Alexander indiquées dans le travail de M. Manrique, il n'y a qu'un seul cas de mort. M. le docteur W.-A. Duncan (1) dit *avoir entendu parler de sept cas de mort*, dont il ne donne pas la description et dont il a été impossible à M. Manrique de se procurer les détails, malgré ses recherches à Londres, où, dit-il, « nous avons demandé partout des renseignements relatifs à la mortalité de cette opération ».

Si, donc, nous tenons compte seulement du cas de mort (pyohémie) dont nous possédons les détails, nous trouvons que la mortalité de l'opération d'Alexander est jusqu'à présent de 0,8 p. 100. Si nous ajoutons à ce chiffre les sept morts auxquelles Duncan a fait allusion, la mortalité se trouvera élevée à 6, 4 p. 100. Nous ne savons pas que, dans les opérations pratiquées jusqu'ici à Paris, il y ait eu le moindre accident.

En réunissant, parmi les cas de prolapsus complet de l'utérus accompagné ou non de cystocèle publiés jusqu'à présent, ceux pour lesquels il s'est écoulé un temps suffisamment long pour qu'on soit en droit de juger des résultats produits par le raccourcissement des ligaments ronds, M. Manrique a trouvé 19 observations justiciables d'une analyse critique : 9 opérés par Francis Imlach, 5 par Alexander, 3 par Adams, 2 par Macfie Campbell.

Trois des malades du docteur Imlach étaient âgées de plus de soixante ans. Chez l'une de ces femmes, il y avait aussi une large cystocèle, et, quoique l'utérus ne tombât plus après l'opération, la partie prolabée de la vessie continua à sortir entre les grandes lèvres, ce qui diminua beaucoup l'utilité pratique de l'opération.

Chez une autre malade, le prolapsus utérin s'était reproduit en partie quelques mois après l'opération, mais on put maintenir la matrice réduite à l'aide d'un pessaire à anneau, ce qui était absolument impossible avant l'opération.

Chez une dernière malade âgée de soixante-quatre ans, qui avait un utérus complètement prolabé depuis dix ans, on a constaté que la guérison était encore parfaite sept mois après l'opération.

Nous devons faire remarquer en passant qu'Imlach se contente de faire un seul point de suture pour fixer le ligament à un des piliers. Il permet de plus à ses malades de se lever au bout de quinze jours, moment où l'on peut penser que la cicatrice n'est pas encore bien solide. Cela pourrait peut-être expliquer l'insuccès partiel chez la seconde malade.

Les six autres prolapsus d'Imlach furent observés chez des femmes dont l'âge variait entre vingt-trois et trente-neuf ans.

Chez une femme forte, âgée de vingt-trois ans, qui s'obstina à quitter l'hôpital quinze jours après l'opération, le prolapsus se reproduisit après qu'elle eut fait une course de deux milles et qu'elle eut monté deux fois les mauvais escaliers de sa maison, pour bien se convaincre de sa guérison.

(1) W.-A. Duncan. *British medical Journal*.

Cinq de ces femmes ont été définitivement guéries de leur prolapsus.

Une autre, au moment de la publication des résultats, portait encore un pessaire de Hodge, mais tout faisait prévoir, chez elle, une guérison définitive.

Donc, sur 9 cas de prolapsus complet, 7 ont été définitivement guéris, ce qui donne un résultat général de près de 78 guérisons sur 100 opérations.

Cette proportion serait encore augmentée, si nous voulions considérer comme favorable le cas de la malade qui, par des fatigues immodérées, a cherché et obtenu la reproduction de son prolapsus.

Les 8 cas de prolapsus complet appartenant au docteur W. Alexander constituent une série très heureuse. L'âge de ses malades varie entre vingt-huit et quarante-cinq ans. Le prolapsus le plus récent remonte à deux ans. Chez toutes ces malades on avait essayé d'obtenir la guérison à l'aide de pessaires, et chez deux d'entre elles on avait fait, sans succès, l'élytrorrhaphie.

Le temps, écoulé entre le jour de l'opération et le jour où l'on perdit de vue la malade, varie entre deux ans et six mois; trois de ces malades avaient en outre une cystocèle vaginale, qui n'a d'ailleurs été en rien améliorée malgré la réduction permanente de l'utérus.

Sur ces 8 cas, aucun insuccès, ni opératoire, ni thérapeutique.

Sur les 3 cas de prolapsus complet opérés par Adams (de Glascow), il y eut guérison. Dans un cas seulement, l'opération était contre-indiquée par des adhérences nombreuses et l'utérus ne put reprendre sa situation normale.

Macfie Campbell réussit dans un cas, mais échoua dans un autre à cause des adhérences.

A côté de ce groupe de faits nous ne ferons que signaler les 9 cas publiés par Gardner, de South (Australie), car l'opération ne paraît pas avoir été nettement indiquée dans la plupart des cas et a été incomplète dans un autre.

Quant aux opérations pratiquées contre les déviations en arrière, en résumant tous les cas faits par Alexander, et dont le plus ancien remonte à trois ans et demi, nous trouvons que, sur 37 opérations, il a pu constater 27 fois à longue échéance le résultat du raccourcissement du ligament rond. Les 10 autres malades n'étant plus retournées à l'hôpital, on n'a pu par la suite constater l'état de leur utérus, qui, à l'époque de leur sortie, était dans une bonne position.

Sur ces 27 cas, 9 appartiennent à la statistique privée d'Alexander et, par conséquent, il a pu contrôler à plusieurs reprises la situation de l'utérus. Parmi ces cas, il y a 5 abaissements avec rétroversion de l'utérus et 4 rétroversions complètes et invétérées avec un peu d'abaissement et contre lesquelles les pessaires n'étaient d'aucune utilité. Dans un de ces cas, il y eut insuccès partiel, la rétroflexion ayant seulement diminué et non disparu; dans les autres, l'utérus avait conservé la position qu'on lui avait donnée le jour de l'opération après un an et demi (6 cas) et quatre mois. 4 malades ont été complètement guéries de tous les symptômes morbides; une autre continue à souffrir, mais par suite d'un rein flottant; chez une autre où les accidents persistèrent, Alexander fit l'opération d'Hégar, qui permit de constater *de visu* la position normale de l'utérus et le raccourcissement des ligaments ronds. Enfin, les trois dernières souffrent encore d'attaques répétées d'ovarites et on peut se demander s'il n'y aurait pas lieu de recourir à la castration.

Chez les 18 opérées de la clinique d'Alexander, qu'on a pu examiner longtemps après l'opération, la position donnée à l'utérus s'est conservée. Dans 2 cas, il fallut se contenter de raccourcir un seul ligament, l'autre n'ayant pu être attiré au dehors, probablement à cause de l'existence d'adhérences pelviennes. L'utérus a été cependant redressé d'une façon définitive dans ces deux cas.

Chez 4 malades, les phénomènes morbides n'ont pas disparu, malgré la correction de la déviation. Chez les autres, tous les accidents ont cessé après l'opération.

En étudiant les 29 cas d'Imlach pour la cure des déviations en arrière, on remarque que, dans 2 cas, il a été impossible d'attirer au dehors les ligaments ronds, lesquels, dit-il, étaient atteints de dégénérescence granulo-graisseuse, consécutive à la pelvi-péritonite qui fixait l'utérus rétrofléchi dans l'excavation sacrée. Dans les 27 autres cas, les résultats ont été parfaits.

Il n'en est pas de même pour les opérations de Mundé (de New-York), qui n'a pu trouver les ligaments dans 2 cas sur 4 et les a rompus dans un autre.

Polk (de New-York) a rompu une fois le ligament rond et réussit opératoirement dans 2 cas, mais dans l'un d'eux l'utérus resta placé en latéroversion droite.

Lawson Tait eut un succès dans le seul cas qu'il opéra, de même qu'Heywood Smith (de Londres).

Croom (d'Édimbourg) dut se contenter dans un cas de raccourcir un seul ligament, n'ayant pas trouvé l'autre: enfin, dans l'observation de Keith, la rétroversion se reproduisit presque aussi accusée qu'avant l'opération.

Enfin Duncan prétend n'avoir eu qu'un succès sur 4 cas, mais les détails manquent et l'opération, d'après Alexander, n'était pas indiquée.

Pour terminer, citons les observations de Macfie Campbell (3 succès, 1 insuccès, dans un cas où il y avait des adhérences), de Lediard, de Carlisle (4 succès); de Burton, de Liverpool (6 succès); et de S. Greg. Smith, de Bristol (obs. incomplète).

D'après les cas que nous venons de citer le plus brièvement possible, on voit que, dans l'immense majorité des cas, l'opération d'Alexander a été suivie de succès. Dans ceux où on note des échecs, on peut presque toujours découvrir, en lisant attentivement les observations, ou bien qu'elle n'était pas indiquée, ou bien que quelque faute opératoire a été commise.

Nous avons eu nous-même l'occasion de voir opérer deux malades par M. le professeur Duplay, qui le premier en France, à notre connaissance, a pratiqué le raccourcissement des ligaments ronds. Ces deux cas ont été suivis d'un succès complet. Depuis ce moment l'opération a été pratiquée un certain nombre de fois, notamment par MM. Terrillon, Pozzi, Berger, Gérard Marchant, Doléris et M. le professeur Trélat. Nous avons assisté à une opération faite au mois de juin dernier par M. le professeur Le Fort, et dont les résultats sont encore parfaits à l'heure actuelle. Il en a été de même dans les observations des chirurgiens que nous venons de citer, et aucun accident ne s'est produit pendant ou après l'opération.

Enfin, au dernier Congrès, à Washington, les gynécologistes présents ont communiqué plus de 100 cas. Cette statistique est contenue dans l'*American journal of Obstetric* (octobre 1887, p. 1051), et dans le *New-York medical Journal* du 1er octobre 1887, p. 384. M. Doléris, qui a rapporté lui-même 21 cas, fit remarquer à ce propos que la statique de l'utérus ne dépend pas uniquement des ligaments ronds, mais que les conditions d'équilibre de cet organe sont basées à la fois sur l'intégrité du support pelvien, sur l'intégrité des ligaments ou appareil suspenseur, et sur la solidarité anatomique des diverses portions de l'appareil utérin; de façon que l'intervention doit être nécessairement basée sur cette triple série d'indications. La plupart des chirurgiens se rangèrent à cette opinion.

Un dernier point à signaler est qu'on a observé la grossesse après l'opération d'Alexander et qu'un cas d'Alexander lui-même et deux observations d'Imlach prouvent qu'elle peut suivre sa marche normale; d'où l'on est en droit de conclure que les ligaments ronds raccourcis obéissent, pendant la grossesse, à la loi d'accommodation des organes pelviens à la présence du fœtus, comme lorsque rien ne s'est produit sur ces cordons.

DES INJECTIONS HYPODERMIQUES D'ANTIPYRINE

Par M. le docteur HAMON DU FOUGERAY.

Les malades auxquels on prescrit l'antipyrine, par la voie stomacale, se plaignent souvent d'un état gastrique produit par ce médicament, pouvant aller de la simple nausée jusqu'aux vomissements. L'administration de l'antipyrine, par la voie rectale, ne m'a pas paru donner lieu à ces divers accidents, mais son emploi n'est pas toujours très commode dans la pratique courante. Reste la voie hypodermique, qui serait la plus facile, si la douleur excessive qu'elle fait naître n'était un obstacle sérieux à sa vulgarisation. Il résulte d'expériences nombreuses, faites sur moi-même et sur beaucoup de malades, que l'antipyrine, à la dose même de 20 centigrammes par seringue de Pravaz, provoque, au moment de l'injection, une douleur très vive, brûlante, et pouvant persister pendant près de vingt minutes après la piqûre.

La région de la peau où l'injection a été faite reste douloureuse pendant plusieurs jours et l'induration, qui suit l'introduction du médicament sous la peau, persiste longtemps : de quinze jours à un mois et plus.

De ces divers inconvénients le plus sérieux est sans contredit la douleur. C'est afin de la faire disparaître que je me suis livré à diverses expériences dont voici les résultats. J'ai essayé d'insensibiliser la peau au moyen d'une injection préalable de quatre à cinq gouttes d'une solution de cocaïne à 8 p. 100. J'ai remarqué qu'au bout de quelques instants, la surface de la peau est bien insensibilisée, mais les tissus sous-jacents sont encore douloureux si l'on y injecte l'antipyrine: il faut attendre au moins un quart d'heure pour que la douleur ait presque disparu. Le procédé est trop long dans la pratique, aussi je me suis arrêté au *modus faciendi* suivant:

Je me sers d'une solution d'antipyrine au demi, dont je remplis les trois quarts de la seringue de Pravaz, ce qui fait 37 centigrammes et demi d'antipyrine; puis je finis de remplir la seringue avec une solution de cocaïne à 10 p. 100, soit 2 centigrammes et demi de cocaïne.

Je pratique l'injection dans une région où la peau est lâche, celle de l'abdomen par exemple. Par ce moyen, l'injection est indolore et, par la suite, l'endroit piqué est à peine sensible. Ce procédé n'empêche pas l'induration de se produire, mais celle-ci est de peu d'importance et, en se servant d'une aiguille parfaitement aseptique, je n'ai jamais vu survenir ni inflammation, ni abcès.

J'ai remarqué qu'en introduisant la cocaïne d'abord dans la seringue, et en finissant de remplir avec l'antipyrine, l'injection était encore douloureuse, tandis que si l'on fait le contraire, il n'y a aucune douleur.

Il m'a paru sage de ne faire dans la même séance qu'une ou deux injections et de mettre un certain espace entre chaque piqûre, pour ne pas avoir une plaque trop étendue d'induration qui pourrait effrayer le malade.

Comme on l'a fait remarquer dans la séance du 14 février à l'Académie de médecine, il faut surveiller l'antipyrine quant aux doses et aux effets. Il n'y a guère, en effet, de médicaments inoffensifs.

La seule chose que j'aie voulu faire connaître, c'est qu'il est possible de faire accepter facilement les injections hypodermiques par le moyen simple que j'emploie journellement.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 février 1888. — Présidence de M. POLAILLON.

COMMUNICATIONS

Maladie kystique de la mamelle. — M. TERRILLON, revenant sur la malade dont il a parlé dans la dernière séance, ajoute que cette malade présente ceci de particulier qu'il y a sur ses seins une dilatation des veines. Elle n'a pas de ganglions, bien que son affection date aujourd'hui de dix ans. M. Affre a communiqué à M. Terrillon une observation analogue, dans laquelle il s'agit d'une femme atteinte, également depuis dix ans, de la maladie kystique de la mamelle. Cette femme ne présente, non plus que la première, aucun phénomène cachectique; mais depuis un an, elle a un ganglion dans l'aisselle.

M. RECLUS se félicite d'avoir suscité cette discussion. Au point de vue histologique, entre les diverses hypothèses qui ont été émises, il aurait de la tendance à accepter plutôt celle de M. Brissaud. Le diagnostic de la maladie kystique de la mamelle présente un certain nombre de difficultés. Ce n'est pas avec le fibro-adénome, mais avec le cancer qu'elle est le plus souvent confondue. Ce n'est que par une recherche très attentive, et surtout par la ponction, qu'on arrivera à faire le diagnostic. M. Reynier a dit que la multiplicité, la bilatéralité de ces tumeurs, et même la ponction, se rapportent aussi bien aux fibro-adénomes qu'à la maladie kystique. Mais, dans ces cas, il y a seulement un certain nombre de kystes; il n'y a pas cet aspect grenu qui existe dans la maladie kystique.

D'ailleurs, dans les cas où il y a eu erreur de diagnostic, la ponction aurait permis de le rectifier.

M. Tillaux admet l'existence de la maladie kystique de la mamelle, mais il croit qu'elle ressemble beaucoup à la maladie noueuse de la mamelle, décrite par M. Phocas, son élève. Dans les cas de M. Phocas, il s'agit de tumeurs d'origine nettement inflammatoire, non multiples et non bilatérales. Toutefois, il y a dans la thèse de M. Phocas trois observations qui sont bien nettement des exemples de la maladie kystique. M. Reclus insiste sur l'insuffisance de la palpation pour établir le diagnostic de tumeur solide ou liquide; la ponction seule peut éclairer le chirurgien. Il y a entre la maladie noueuse et la maladie kystique cette différence dans l'évolution que la maladie kystique ne rétrocède pas, tandis que la maladie noueuse disparaît sous l'influence de la compression.

Relativement au traitement, M. Reclus est passé par trois périodes; il a d'abord enlevé ces tumeurs comme des cancers. Quand il a reconnu avoir affaire à la maladie kystique, M. Malassez et M. Brissaud insistant sur la malignité possible de cette maladie, M. Reclus continua à enlever ces tumeurs. Mais plus tard, à mesure que les faits furent mieux connus, M. Reclus suivit la conduite indiquée dans la dernière séance par M. Terrier. Quand il s'agit de femmes jeunes, récemment mariées, il respecte ces tumeurs en demandant à les surveiller. Quand, au contraire, il s'agit de vieilles filles ou de femmes de quarante-cinq ans, il propose l'ablation, tenant compte des réserves indiquées par MM. Malassez et Brissaud. Il y a, d'ailleurs, des observations qui prouvent la transformation possible de ces kystes en tumeurs malignes.

M. VERNEUIL observe depuis longtemps les tumeurs de ce genre, et en a présenté le premier exemple, étant prosecteur. Il vit qu'une mamelle pouvait contenir plusieurs milliers de kystes. Plus tard, il reconnut qu'il s'agissait là d'une forme spéciale de tumeurs, ne ressemblant en rien au cancer. La confusion était plus facile avec le fibro-adénome de la mamelle. M. Verneuil n'a jamais vu la maladie kystique de la mamelle devenir du cancer; il l'a toujours vue rester bénigne. Il a reçu dans son service une jeune fille présentant deux mamelles énormes; il n'a pas voulu l'opérer et l'a traitée par la compression et les préparations arsenicales. Cette malade a parfaitement guéri. Il s'agissait là, pour M. Verneuil, d'une maladie kystique de la mamelle.

M. Verneuil cite trois cas, où il a enlevé la mamelle d'un côté et où il a vu des nodosités se produire dans l'autre sein. Il a respecté ces tumeurs et la maladie n'a pas marché. Au point de vue clinique, M. Verneuil est donc disposé à respecter la maladie kystique de la mamelle, à moins de complications douloureuses ou autres.

M. TRÉLAT dit que, dans les cas types observés par M. Reclus, il s'agit de kystes et non de tumeurs, puisqu'après la ponction il ne reste plus rien. Dans ces cas, il faut donc s'abstenir. Mais si, après l'évacuation par la ponction, il reste une partie ferme et dure, une partie néoplasique, il faut intervenir. Il y a donc des kystes qui se développent dans les acini de la mamelle et qui ressemblent symptomatologiquement à des fibromes; dans ces cas, s'il y a doute, servons-nous de la ponction et la conduite à tenir dépendra des résultats de cette ponction.

M. RICHELOT demande à M. Reclus quelle est la fréquence de la maladie kystique de la mamelle. Aujourd'hui un chef de service ne peut plus opérer un fibrome ou un cysto-sarcome de la mamelle, sans que ses internes le regardent avec une certaine commisération, convaincus qu'il s'agit d'une maladie kystique de la mamelle à laquelle on ne doit pas toucher. M. Richelot cite un cas qui prouve que la maladie kystique peut être confondue avec un fibrome kystique. Il s'agissait d'une jeune femme qui se présenta à M. Richelot avec une tumeur offrant tous les caractères d'un fibrome. Il fit, dans ce cas, une ablation partielle et négligea de faire examiner la pièce au microscope. Un an après cette femme revint présentant aux deux seins tous les caractères de la maladie kystique. Était-ce donc une maladie kystique méconnue dont elle a été opérée? Était-ce un fibrome? M. Richelot ne saurait trancher la question.

M. QUENU reproche à M. Reclus de manquer de logique : si, en effet, il s'agit d'une maladie épithéliale, il ne faut pas hésiter à enlever les deux mamelles. Si, au contraire, comme le pense M. Quenu, il s'agit d'une affection spéciale, non épithéliale, il faut les respecter.

M. RECLUS répond à M. Richelot que la maladie kystique de la mamelle est plus fréquente qu'on le croit. A M. Quenu, il répond qu'il ne demande qu'à devenir logique, le jour où les histologistes, où MM. Brissaud et Quenu, en particulier, seront d'accord sur la maladie kystique de la mamelle.

Ostéotomie. — M. SCHWARTZ fait un rapport sur un cas d'ostéotomie pour un genu valgum par M. Doyen (de Reims). Il pratiqua l'ostéotomie par le procédé de Mac Even. Le résultat obtenu est des plus satisfaisants. C'est un succès de plus à l'actif de l'ostéotomie sus-condylienne. M. Doyen insiste sur l'état des ligaments relativement au choix à faire de la méthode opératoire.

M. Doyen adresse une autre observation dans laquelle il a pratiqué une ostéotomie dans un cas de consolidation vicieuse d'une fracture bimalléolaire.

M. Schwartz fait observer que, dans ces cas, il faut toujours

commencer par la section du péroné qui souvent suffit seule pour obtenir le redressement.

M. REYNIER appuie cette manière de voir et rappelle avoir communiqué plusieurs observations concluantes à ce sujet.

Drainage du péritoine après la laparotomie. — M. POZZI fait une communication sur ce sujet. Le drainage du péritoine après la laparotomie est indiqué, dit-il, dans les cas où il y a imminence d'épanchement sanguin, après une dilacération considérable, imminence d'un suintement ichoreux, infectant, ou de rupture rectale ou vésicale. Jusqu'ici ce drainage a été pratiqué avec des tubes de verre ou des tubes en caoutchouc. Plusieurs chirurgiens anglais ou allemands ont eu recours à des mèches iodoformées. Enfin, M. Mikulicz procède de la façon suivante : il étale sur la surface péritonéale le fond d'une sorte de bourse en gaze iodoformée, en forme de blague à tabac, dont les extrémités ressortent par une petite ouverture ménagée à cet effet sur la ligne de réunion; puis il place dans cette bourse une ou plusieurs mèches de gaze iodoformée qu'il retire successivement dans les premières heures. Quant à la bourse elle-même, il ne la retire qu'après vingt-quatre ou trente-six heures.

M. Pozzi a employé ce mode de drainage dans trois cas, après l'ablation d'un kyste intra-ligamenteux, ayant nécessité une dilacération considérable, après l'ablation d'un kyste suppuré et dans un cas de pyo-salpingite où le rectum avait été perforé. Dans ces trois cas, M. Pozzi a retiré de très bons effets d'un drainage de Mikulicz. On assure ainsi l'hémostase, le drainage et la protection du péritoine.

M. BOUILLY fait observer qu'avec le lavage à l'eau bouillie, qui assure l'hémostase et l'asepsie du péritoine, les indications du drainage deviennent de plus en plus rares. Ainsi sur trente-sept laparotomies qu'il a pratiquées, M. Bouilly n'a dû recourir que cinq fois au drainage. Il l'a pratiqué deux fois de parti pris dans deux cas de péritonites puerpérales suppurées, deux fois dans des pyo-salpingites, qui s'étaient ouvertes, une fois après l'ablation d'un kyste intra-ligamenteux. Dans tous ces cas il s'est servi d'un gros tube de caoutchouc, qu'il préfère à la gaze iodoformée, préconisée par M. Pozzi.

M. TERRILLON, comme M. Bouilly, a très rarement recours au drainage. Pour les cas ordinaires, le drainage avec le tube de caoutchouc suffit. Sur dix-huit cas de salpingite, il ne l'a employé que deux fois.

M. POZZI est d'accord avec ses collègues sur ce point que dans la grande majorité des cas, il n'est pas nécessaire de recourir au drainage. Mais dans certains cas exceptionnels, il croit que le drainage de Mikulicz peut rendre de grands services.

Luxation récidivante du pouce, arthrectomie, guérison. — M. DELORME montre un jeune malade qu'il a déjà présenté et qui était atteint d'une luxation récidivante du pouce en arrière. Les avis des membres la Société, consultés sur ce malade, étaient partagés, les uns proposant l'abstention et un appareil, les autres conseillant l'intervention. Après avoir essayé, sans succès, plusieurs moyens propres à maintenir la réduction, M. Delorme se décida à pratiquer l'arthrectomie. Le résultat obtenu est des plus satisfaisants.

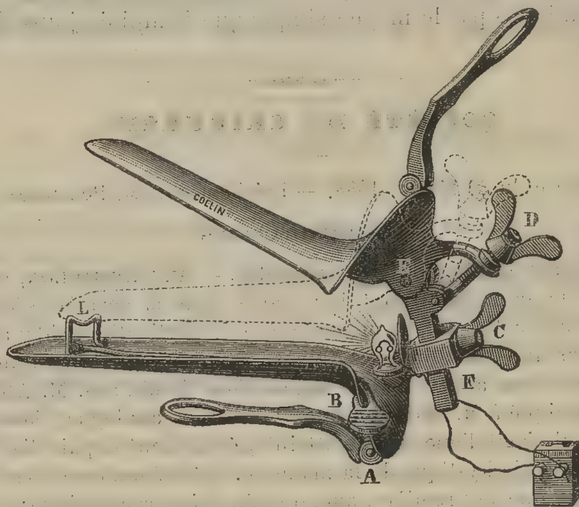
La séance est levée.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Le spéculum du docteur Reynal O'Connor.

Depuis quelque temps, on a inventé plusieurs sortes de spéculums, mais tous laissent quelque chose à désirer, non seulement parce que leur construction ne permet de faire qu'un examen superficiel du vagin; mais encore parce qu'ils n'ont qu'un seul but : ne pouvant pas servir en même temps pour l'examen ordinaire et pour toutes sortes d'opérations à faire dans les organes génitaux de la femme.

Le spéculum du docteur Reynal O'Connor vient remplir toutes les conditions désirables et permet un examen facile et complet ainsi que toutes sortes d'opérations. Ce spéculum, construit par M. Collin, se compose de deux valves, dont l'inférieure est plus longue de deux centimètres que la supérieure, pour pénétrer dans le cul-de-sac postérieur; et au bout il y a un petit *levier* L avec lequel, au moyen de la petite *tige* B, on peut soulever le col de l'utérus pour l'examiner en détail et voir s'il y a des ulcérations, des tubercules, etc., etc. L'*entrée* du spéculum est très élargie pour empêcher la pénétration des poils et des grandes lèvres dans l'intérieur de l'instrument, ce qui peut gêner plus ou moins l'opérateur. Le spéculum possède *deux* mouvements, l'un très doux qu'on obtient en faisant tourner la vis D, et l'autre très étendu moyennant la crémaillère C qui écarte les deux valves d'une très grande étendue pour les opérations qui ont besoin d'un grand champ opératoire.



Comme l'on peut avoir besoin, à certains moments, du spéculum de Sims, le docteur Reynal O'Connor a eu l'idée de réunir dans son spéculum cet autre instrument si apprécié par tous les chirurgiens.

Voici comment il faut agir : on enlève le petit levier L avec sa tige B, on dévisse la vis E qui retient la crémaillère C et la vis D et il ne reste alors que les deux valves auxquelles il a fait adapter deux manches très solides qui se vissent et se dévissent à volonté. De plus, il a appliqué une petite lampe électrique de trois centimètres, alimentée par une pile électrique qu'on peut mettre dans la poche du gilet, pour le cas où l'on aurait besoin d'un foyer lumineux, dans les circonstances spéciales où on ne peut mettre, dans la pratique civile, la malade devant la lumière du jour.

En résumé, ce nouveau spéculum réunit les avantages suivants : examen du cul-de-sac postérieur; soulèvement du col; écartement des poils et des grandes lèvres; petit et grand écartement, et il peut servir parfaitement comme spéculum de Sims; enfin, il porte un petit foyer électrique plus intense, plus propre et moins dangereux qu'une lampe ou une bougie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 29 février 1888, a été promu dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Gorron, aide-médecin de la marine, docteur en médecine.

— Par décret, en date du 29 février 1888, M. Houdet, aide-médecin de la marine, démissionnaire, docteur en médecine, a été nommé au grade de médecin de deuxième classe, dans la réserve de l'armée de mer.

— M. Machabey, pharmacien, est nommé membre de la Commission d'hygiène publique et de salubrité du XVII[e] arrondissement de Paris, en remplacement de M. Fontoynont, décédé.

— M. Marion, professeur à la Faculté des sciences de Marseille, est chargé d'une mission scientifique, à l'effet d'étudier les principales stations zoologiques maritimes de France et d'Europe.

— M. Eugène Trutat, conservateur du Musée d'histoire naturelle de Toulouse, est chargé d'une mission scientifique en Italie, à l'effet d'étudier sur place différentes questions d'histoire naturelle et de visiter les collections italiennes de la faune quaternaire, contemporaine de l'homme primitif.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Jacques de Brazza, frère du gouverneur du Congo, qui vient de succomber, à Rome, aux suites d'une fièvre typhoïde.

— L'Académie des sciences vient d'entrer en possession du legs de 110 000 francs, que lui a fait Mlle Anne-Marie Foehr, pour la fondation d'un prix annuel qui portera le nom de « prix Gabriel Bellion ». Ce prix sera décerné aux savants qui auront écrit des ouvrages, ou fait des découvertes profitables à la santé de l'homme ou à l'amélioration de l'espèce humaine.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOPITAL NECKER. — M. PETER.

Un cas curieux d'hystérie; sensibilité des téguments au contact de l'or; action des médicaments à distance.

Je vais vous parler aujourd'hui d'un malade intéressant sous plus d'un point de vue. Il s'agit d'un hystérique, d'un hystérique homme et d'un hystérique historique, car il a servi de point de départ à la théorie de la suggestion médicamenteuse, ayant servi aux expériences entreprises par deux médecins de Rochefort, sur l'action des médicaments à distance. Non seulement cet homme est un sujet historique, mais aussi un misérable.

Voici d'ailleurs, pour vous donner un échantillon de ce qu'il est, voici, dis-je, ce qu'il a fait dans mon service ces jours derniers : il a écrit au directeur général de l'Assistance publique pour lui dénoncer la première infirmière de mon service, comme empoisonneuse, comme ayant déterminé volontairement la mort d'un malade de ma salle d'hommes, un hystérique également, auquel elle aurait donné vingt-deux gouttes d'acide nitrique dans sa tisane, ainsi qu'une dose énorme de laudanum, et qui aurait succombé.

Ce qui est vrai, c'est que cet homme est mort en effet, mais, ainsi que l'autopsie l'a démontré, il a succombé à la fièvre typhoïde; et l'accusation d'empoisonnement n'a été qu'une infâme calomnie.

Ce fait vous prouve donc encore une fois, cela soit dit en passant, que chez tout hystérique il ne faut accepter les dires que sous bénéfice d'inventaire; qu'il faut toujours songer à la possibilité d'un mensonge, souvent aussi à des actes de malfaisance, par suite il faut toujours se tenir en garde contre leurs assertions, ou leur tendance constante à mentir et à simuler.

Donc chez mon malade, ce qui est encore vrai c'est qu'il est un sujet historique.

Cet homme est entré à l'hôpital, il y a quatre mois environ, et il est entré avec de la contracture dans tout le côté droit. Si, pendant son séjour ici, celle-ci s'est améliorée, cependant, à l'heure actuelle, elle n'a pas complètement disparu, et notre malade marche en boitant, et par faiblesse, et par une légère contracture qui persiste encore dans tout le côté droit et principalement dans le membre inférieur.

De plus, fait curieux encore, sa peau est d'une extrême sensibilité au contact de certains métaux, et malgré l'extrême réserve avec laquelle j'accueille en général des faits de cette nature, cependant je dois ici me rendre à l'évidence. Voulant un jour étudier l'action du contact de l'or sur sa peau, je lui ai, avec ma main gauche dont l'un des doigts porte une bague en or, touché la main sans qu'il y prît garde. La sensation dudit anneau fut douloureuse, d'après ce qu'il prétendit; en tous cas, le lendemain matin, je constatais sur le dos de sa main une ampoule de brûlure au deuxième degré, présentant la forme et les dimensions de la partie de l'anneau qui avait été en contact avec la région dorsale de la main. La cicatrisation de la petite plaie qui en fut la suite ne s'est faite qu'au bout d'un très long temps.

L'expérience terminée, je lui demandai si des métaux avaient réellement une action sur ses téguments et il me répondit qu'il ne pouvait toucher la moindre pièce d'or ou le moindre objet en or sans qu'ils le brûlassent vivement. Dernièrement cet homme tombe sur le sol, la surveillante cherche à le relever, mais dans les efforts qu'elle fait dans ce but sa chaîne en or vient à toucher un des doigts de ce malade et celui-ci se plaint immédiatement d'une sensation douloureuse, d'une sensation de brûlure.

Ces diverses brûlures existent réellement, elles ne sont nullement douteuses, mais sont-elles bien produites par le contact du métal ?

Cet homme, simulateur forcené, ne se les serait-il pas faites avec une allumette ?

Désireux de résoudre le problème, nous avons fait l'expérience suivante : M. le docteur Caron, chef de mon laboratoire, a percuté le dos de cet homme, principalement dans les points qu'avec la main, restée libre, il ne pouvait parvenir à toucher, même avec une allumette enflammée. Nous avons tous constaté l'existence de brûlures au second degré, partout où l'anneau de M. Caron avait été en contact avec la peau.

La contre-expérience a été faite par M. Martinet, mon chef de clinique, avec un porte-mine en simili-or, c'est-à-dire avec un objet en métal ne contenant pas d'or, le contact n'a rien produit, ni douleur, ni brûlure.

Voilà donc, chez cet homme, un fait absolument acquis, absolument incontestable : la sensibilité de ses téguments au contact de l'or.

Poursuivant nos recherches, nous avons voulu étudier sur lui l'influence des médicaments à distance, et nous avons constaté un fait également curieux, quoiqu'il soit moins accentué. Ainsi, à l'insu du malade, dont l'attention était attirée d'un tout autre côté, nous avons tenu à dix centimètres environ de la nuque un tube enveloppé de papier et dont nous ignorions le contenu. Et dix minutes à peine s'étaient écoulées que la figure de cet homme se couvrait de sueurs profuses, en même temps qu'il éprouvait quelques nausées, suivies bientôt du rejet d'une gorgée de liquide. Or, quelle était la substance médicamenteuse renfermée dans ledit tube, à l'insu du malade et à notre propre insu aussi ? — De l'ipécacuanha ! C'est la seule expérience de l'action des médicaments à distance, qui ait réussi chez cet homme, car l'alcool, non plus que l'opium, n'ont rien produit.

Cet homme est un hystérique, et, comme tous les hystériques, il a, de par son hystérie même, la tendance à exagérer toutes choses, à être un menteur, un malfaiteur. Et tout cela nous l'avons constaté chez lui ; puisqu'il est même allé jusqu'à la dénonciation calomnieuse.

Il a été l'un des principaux sujets des expériences faites à Rochefort.

A ce propos, laissez-moi vous dire quelle est la pensée d'un homme qui s'est beaucoup occupé de ces questions et vous dire la réponse qu'il fit à un de nos collègues de la Faculté, lui demandant ce qu'on entendait réellement par hypnotisme.

Dans l'hypnotisme, dit-il, il faut deux choses : 1° un malade ; 2° un médecin crédule, un médecin qui en arrive à croire jusqu'au contraire de la vérité.

Le malade c'est l'hystérique, car il est malade matériellement et cérébralement, psychologiquement. De là, la nécessité de s'en méfier ; il ne faut pas être crédule, mais examiner les faits avec la réserve de l'incrédulité, tout en sachant se rendre de bonne foi à l'évidence. C'est ce que j'ai fait ici, vous exposant les faits que j'ai constatés, et leur existence absolument incontestable.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. FOURNIER.

De l'urticaire en général et de ses variétés, fièvre ortiée, urticaire chronique, etc. (1).

II

Comme nous l'avons dit en terminant notre précédente leçon, le second phénomène d'évolution de l'urticaire est la durée éphémère de la papule et sa disparition par une sorte de délitescence de rapidité non moins extraordinaire.

En effet, règle presque générale, la papule ortiée n'a qu'une durée plus ou moins éphémère. Elle peut ne durer qu'un quart d'heure ; plus habituellement elle dure quelques heures, l'espace d'un jour, d'une nuit, parfois deux ou trois jours. Elle est donc fugace, fugitive, *evanida* selon l'expression des anciens (*Urt. evanida*) ; réserves faites toutefois pour certaines formes rares à plaques persistantes pouvant durer deux à trois septénaires, et qui constituent ce que les anciens appelaient, par opposition, *Urt. perstans*.

En second lieu, quand elle doit disparaître, elle le fait d'une façon singulièrement rapide, qui témoigne encore du génie propre à la lésion ; elle disparaît soudainement, insidieusement, sans que le malade s'en aperçoive, s'affaissant, se flétrissant, rentrant de niveau avec les parties voisines, tandis que, d'autre part, son auréole inflammatoire s'est évanouie. La papule disparaît donc sans laisser de traces, sans desquamation consécutive, et la peau reprend son aspect normal, contrairement à toutes les dermatoses érythémateuses ou papulo-érythémateuses, dont le dernier stade est un stade de desquamation.

Telle est la plaque ortiée considérée en elle-même ; tels sont les attributs cliniques qui constituent le type dermatologique auquel doit être réservé le qualificatif d'urticaire, de lésion ortiée, et qui a son individualité propre, sa personnalité très nettement déterminée.

Je n'ai parlé, jusqu'à présent, que de ce qui concerne l'élément éruptif de l'urticaire ; quant à l'éruption envisagée en elle-même, elle présente au moins deux caractères qui donnent à l'ensemble morbide une physionomie non moins spéciale au point de vue dermatologique.

L'éruption d'urticaire se compose naturellement d'un certain nombre des éléments éruptifs que nous avons décrits. Ce nombre est extrêmement variable suivant les cas. Tantôt, en effet, l'éruption se circonscrit à un seul département de la peau, comme dans les cas où elle dérive d'une cause externe : orties, etc. ; tantôt elle est diffuse, sur des régions diverses et multiples (membres, tronc, cou, face). D'autre part, tantôt elle se borne à un petit nombre de plaques, largement espacées, disséminées çà et là (*Urt. sparsa*), et tantôt elle répand ses plaques à profusion et en crible littéralement les parties qu'elle affecte. En un mot, elle est tantôt discrète, tantôt confluente, comme toutes les éruptions.

Mais ce qui lui est propre, ce sont les deux caractères distinctifs suivants :

1° Pour peu qu'elle soit un peu durable (quelques jours ou quelques semaines), l'éruption est toujours composée d'une série d'éruptions ortiées successives, voire subintrantes. En effet, les plaques qu'un malade présente à un jour quelconque de son éruption ne sont jamais les mêmes, mais bien des plaques récentes, nouvelles, datant de ce même jour ou de quelques heures seulement, les plaques des jours précédents s'étant tour à tour évanouies après une durée de quelques heures, de vingt-quatre ou trente-six heures au maximum. L'urticaire se compose donc d'une série d'éruptions se succédant d'une façon subintrante, se substituant les unes aux autres. J'insiste là-dessus parce que c'est un fait sur lequel on se méprend fréquemment.

2° L'éruption ortiée est essentiellement sujette à déplacement, mobile, migratrice, voyageuse ; non pas seulement sur une région donnée, mais bien aussi d'un membre à l'autre, par exemple, d'un membre au tronc, du tronc à la face, et réciproquement.

Les éruptions successives qui composent l'éruption totale se portent ainsi toujours sur divers départements du corps, quelquefois pour revenir sur leur siège primitif, etc., et alors avec une rapidité quelquefois surprenante, c'est-à-dire d'un instant à l'autre et de la façon la plus inopinée, la plus dépourvue de raisons appréciables. C'est là un caractère qu'on ne retrouve, à ce degré du moins, dans aucune autre dermatose.

---

(1) Suite. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 198.

Jusqu'ici nous n'avons envisagé l'urticaire que dans son type parfait. Il nous faut maintenant, pour entrer dans la réalité des choses, aborder le chapitre de ses variétés s'éloignant plus ou moins de ce type à des titres divers.

Toutes les maladies ont leurs formes, leurs variétés, mais l'urticaire l'emporte, sous ce rapport, sur toutes les autres; aussi depuis longtemps l'a-t-on qualifiée de protéiforme, épithète bien méritée.

L'urticaire est susceptible d'abord de toutes les variétés d'étendue, depuis celle d'une lentille, voire même d'une tête d'épingle, jusqu'à celle d'une pièce de 5 francs en argent, voire même aussi de la paume de la main. Il en est même de plus étendues encore, il en est réellement d'immenses auxquelles on a donné le nom d'urticaire géante. M. Vidal a vu, sur une femme, une plaque d'urticaire géante qui occupait une partie de l'abdomen avec une largeur de 10 centimètres et une longueur de 15. Cette plaque était blanchâtre, œdémateuse, à peine cerclée d'un mince liseré rougeâtre, et faisait sur le ventre une véritable tumeur bombée, ovalaire. Elle avait apparu certain jour à cinq heures du soir, brusquement, à la suite d'un violent accès de colère, et le lendemain matin il n'en restait aucun vestige. Dans le *Dictionnaire de Dechambre*, je trouve aussi le fait d'un enfant qui, après avoir eu cinq grandes plaques d'urticaire, en présenta une énorme, s'étendant de l'appendice xyphoïde au pubis et d'un flanc à l'autre flanc. Nettleship relate le cas d'un jeune garçon qui présenta d'immenses plaques d'urticaire, commençant à la racine du cou et se répandant de là sur le tronc et les membres dont les extrémités seules étaient respectées.

De même l'urticaire est susceptible de toutes les variétés de configuration.

Nous l'avons décrite comme irrégulièrement arrondie ou ovalaire en général. Mais très souvent elle est absolument irrégulière, déchiquetée.

Quelquefois elle se présente sous forme de bandes étendues, sinueuses, qu'on dirait produites par un coup de lanière (*urticaire linéaire*).

D'autres fois elle présente une série de courbes ondulées, capricieuses, ou en forme d'arcades, de demi-lunes (*Urticaria gyrata*).

D'autres fois elle est annulaire ou bien formée de cercles concentriques qui, par suite de la mobilité habituelle de l'affection, changent rapidement d'aspect.

Enfin, parfois, quand elle est confluente, on voit ses divers éléments se rencontrer, s'unir, se fusionner et former ainsi des nappes à dessins des plus étranges, semées çà et là de papules blanches, de demi-cercles, de traînées capricieusement entrelacées, de sinuosités géographiques, etc.

Tout cela n'a qu'un intérêt secondaire, mais il n'en est pas de même pour d'autres variétés qui modifient plus ou moins complètement l'aspect objectif de l'éruption jusqu'au point de la rendre absolument méconnaissable dans quelques occasions.

L'urticaire a ce qu'on peut appeler des formes modifiées, et modifiées tantôt par l'exagération ou l'addition d'un caractère qui ne lui est pas habituel; tantôt par l'absence de tel ou tel de ses caractères les plus essentiels. Ici encore les variétés abondent comme nombre. Mais nous ne citerons que les principales.

D'abord, il est possible que l'exsudation séreuse, qui constitue la lésion essentielle de l'urticaire, soit plus abondante que de coutume, s'exagère et aboutisse à soulever l'épiderme. Auquel cas la surface de la papule ortiée se couvre d'une vésicule, voire même d'une véritable bulle. On a alors affaire à ce qu'on a appelé l'urticaire vésiculeuse, miliaire dans le premier cas, bulleuse dans le second. Ces formes sont très rares, exceptionnelles. Mais il faut, néanmoins, les connaître, être averti de leur possibilité, car on ne s'attend guère à rencontrer l'urticaire sous l'aspect de lésion vésiculeuse ou bulleuse.

D'autres fois, la congestion dermique revêt une intensité qui aboutit à l'hémorrhagie et l'urticaire est dite hémorrhagique. On voit alors le pourtour de l'élevure former une aréole violacée qui persiste après la délitescence de la papule et ne disparaît q 'après plusieurs jours, après avoir passé par les teintes variées et décroissantes des éruptions purpuriques. Cette forme, d'après Bazin et M. Vidal, s'observerait surtout chez les arthritiques. Elle a été décrite sous le nom de *Purpura urticaire* par d'autres auteurs qui ont fait du purpura l'affection primordiale au lieu d'en faire une lésion subordonnée.

Mais tout cela encore n'a qu'un intérêt de second ordre, comparé à d'autres variétés qu'il nous faut aborder maintenant et qui, elles, sont d'une importance majeure à deux titres : 1° parce qu'elles sont infiniment plus communes; 2° parce qu'elles exposent à des erreurs bien autres.

Sous un premier chef, ici, se rangent des formes d'aspects divers que j'appellerai congestives, parce que l'état congestif des téguments est leur caractère objectif commun et principal. Ce sont, de plus, toutes, des formes frustes, en ce sens qu'un des caractères objectifs majeurs fait absolument défaut. Ce caractère qui leur manque à toutes est la décoloration centrale de la plaque ortiée, c'est la blancheur porcelainique centrale qui imprime à l'urticaire une physionomie si spéciale et si distincte. Ici rien de cela, pas d'anémie centrale de la papule ortiée, de sorte que cette papule se présente purement et simplement sous l'aspect d'une papule congestive, rosée dans toute sa surface. C'est ainsi que, dans cette forme, l'urticaire devient une sorte d'érythème, une sorte de roséole un peu saillante, quelque chose d'analogue, par exemple, à cette variété de roséole syphilitique qui, en raison d'un certain degré de turgescence, de boursouflure tégumentaire, a reçu le nom de roséole ortiée.

En somme, cette variété congestive ou ces urticaires congestives de diverses formes sont purement des urticaires frustes où manque simplement un caractère objectif, la décoloration centrale des plaques; ce qui, vraisemblablement, trouve son explication dans ce fait que la suffusion œdémateuse, constitutive de la plaque ortiée, n'a pas été assez intense, assez abondante pour réagir sur les vaisseaux, et anémie les portions centrales de la papule : simple affaire de degré et de détail, simple incident d'importance très secondaire, au total, dans la constitution de la maladie.

Les formes auxquelles on peut appliquer l'épithète d'urticaire congestive sont assez nombreuses comme aspect extérieur et constituent au moins cinq variétés :

1° L'urticaire érythémateuse ou roséolique, dite encore maculeuse par quelques auteurs, simplement constituée par des taches rosées assez analogues à celles de la roséole, légèrement exhaussées, à peine rénitentes, sans décoloration centrale, mais, à cela près, présentant l'ensemble des autres caractères propres aux éruptions ortiées.

2° L'urticaire scarlatiniforme, ainsi appelée parce qu'elle

se rapproche de l'éruption de la scarlatine, par la petitesse des taches et leur teinte d'un rouge foncé.

3° L'urticaire papuleuse, lichénoïde; elle prend la forme d'un lichen, en formant de petites papules légèrement saillantes, larges comme une tête d'épingle ou une lentille, très prurigineuses, souvent excoriées à leur sommet par le grattage. Elle se rencontre surtout chez les jeunes enfants mal soignés et affecte comme siège la face dorsale des mains et des pieds, quelquefois le visage. Elle apparaît souvent la nuit. Dans nombre de cas, elle paraît déterminée par des punaises ou par le contact irritant de linges mouillés d'urine.

4° Dans une quatrième forme, l'urticaire revêt l'aspect d'une bouffissure furonculeuse. On la rencontre aux lèvres par exemple, et résulte entièrement d'une influence de siège. Elle y forme une turgescence rouge, dure, large de 1 à 2 centimètres, analogue d'aspect à un furoncle naissant. La lèvre est déformée, saillante en un point, douloureuse, tendue. Son volume est celui d'une noisette et l'on serait tenté de croire à un clou qui débute. Son apparition est soudaine, en quelques minutes, et sa disparition par délitescence se fait en vingt-quatre, trente-six à quarante-huit heures.

5° L'urticaire tubéreuse ou noueuse, qui simule absolument l'érythème noueux. Elle est caractérisée par une exagération de volume, telle qu'elle forme une véritable nodosité saillante, avec relief comparable à celui d'un gros furoncle ou d'un phlegmon circonscrit, avec tuméfaction empâtée intéressant autant le tissu cellulaire que la peau elle-même. Tantôt elle s'étale en surface, formant des plaques cutanées, saillantes de 2, 3, 4 centimètres, sur une étendue de plusieurs centimètres carrés. Son volume est variable, comparable, tantôt à une olive, à une noisette, à une bille; tantôt à une noix, à une datte; plus rarement à un œuf de poule ou de dinde.

Cette variété est aussi remarquable par une coloration des téguments plus intense que de coutume, rouge, phlegmoneuse d'aspect, d'un rouge inflammatoire aussi à son centre.

Enfin, elle constitue une lésion quelque peu douloureuse au palper, à la pression, gênant les mouvements, les attitudes, comme une tumeur inflammatoire. Par contre, elle est peu prurigineuse. J'ajoute qu'elle est habituellement discrète, moins mobile que l'urticaire vulgaire, qu'elle laisse assez souvent à sa suite des macules ecchymotiques, en raison de l'intensité de la congestion sanguine qui l'accompagne.

Bazin la considère comme étant constamment d'origine arthritique.

Une dernière variété d'urticaire est la variété œdémateuse, laquelle comprend deux ordres de cas différents : dans l'un, il s'agit simplement d'urticaire commune compliquée d'une tuméfaction œdémateuse insolite. C'est une variété de l'œdème et rien de plus. Elle s'observe de préférence dans toutes les régions où le tissu cellulaire est lâche (paupières, dos des mains, verge, rectum, etc.). Elle peut donner lieu à des troubles fonctionnels corrélatifs.

Dans le second cas, beaucoup plus curieux, il s'agit d'urticaire sans urticaire, c'est-à-dire se manifestant exclusivement par un œdème local sans efflorescence ni rougeur cutanée, œdème sinon subit, tout au moins d'apparition très rapide, en quelques minutes, par exemple. Sa durée varie entre quelques heures et une journée. Elle se termine par une délitescence non moins inopinée et rapide.

Puis, comme elle est essentiellement sujette à récidives, le même phénomène se reproduit à quelque temps de là, généralement sur la même région, pour suivre la même évolution et disparaître de même à bref délai.

En résumé cet œdème n'est que de l'urticaire sous une forme fruste ou larvée.

Comme exemples, je citerai les observations suivantes :

1° Un soldat se présente au médecin de sa compagnie, se plaignant d'un certain malaise général, avec inappétence, mal de tête et œdème très accentué des deux paupières supérieures. On soupçonne une albuminurie. Le lendemain matin, il apporte de son urine, mais en même temps on le trouve affecté d'un superbe spécimen d'*Urt. conferta*. Le surlendemain œdème palpébral et urticaire avaient disparu, le malade était guéri.

2° Un homme d'une cinquantaine d'années, de constitution arthritique, était sujet d'une part à des poussées d'urticaire généralisée et de l'autre à la production de singuliers œdèmes circonscrits qui occupaient d'une manière presque toujours invariable la verge et les bourses. Ces œdèmes se produisaient sans troubles locaux, sans douleurs et sans troubles généraux, pour durer de vingt-quatre à trente-six heures. Parfois ils étaient tellement considérables que les bourses présentaient le volume d'une tête d'enfant. Si l'on eût pu avoir quelques doutes sur une relation pathogénique entre cet œdème et l'urticaire, toute incertitude eût disparu dans une crise ultérieure, où l'œdème péno-scrotal se produisit en coïncidence absolue avec une éruption confluente d'urticaire pour se dissiper le lendemain en même temps qu'elle.

J'ajoute, enfin, cette particularité propre à ces œdèmes ortiés, c'est qu'ils sont sujets à récidive pour ainsi dire indéfiniment, tout au moins pendant plusieurs années.

Telles sont les diverses formes que peut revêtir l'urticaire sur la peau.

DE L'EMPLOI DU BROMURE DE POTASSIUM DANS L'ÉPILEPSIE.

Par M. le docteur E. Renaud.

L'épilepsie se traduit très souvent, à son début, par des malaises insidieux (étourdissements, vertiges, absences, crampes, spasmes, incontinence d'urine), dont la signification pathologique véritable est méconnue. On n'oppose, par conséquent, à ces malaises aucun traitement rationnel.

Ces phénomènes initiaux se manifestent toujours d'une manière identique. Ils constituent à eux seuls l'accès incomplet ou petit mal, et ils reproduisent en raccourci l'image exacte du commencement de l'attaque, ou grand mal.

Une fois que l'habitude convulsive est contractée, les crises se renouvellent souvent sans cause appréciable et en vertu d'une sorte de routine. Dans les cas où la rétrocession morbide s'opère, les attaques disparaissent d'abord, tandis que les accès incomplets ne sont influencés qu'en dernier lieu. L'épilepsie, on le voit, finit comme elle a commencé.

Non seulement l'épilepsie idiopathique est une affection plus souvent curable qu'on ne l'a cru jusqu'ici, mais encore il est possible, dans beaucoup de cas, d'obtenir des suspensions très prolongées de tous les accidents épileptiques. Ces rémissions équivalent presque à des guérisons.

De tous les médicaments préconisés contre l'épilepsie, le bromure de potassium, exempt d'iodure, est certainement le plus efficace. Lorsqu'il n'atténue pas considérablement la maladie, il abat du moins les secousses, les soubresauts, l'état nerveux, l'ir-

ritabilité et les impulsions des épileptiques. Il calme sans jamais exciter.

Le bromure de potassium ne commence à produire des résultats appréciables, chez l'adulte, qu'à partir de 4, 5 et 6 grammes, et il peut être élevé progressivement, selon les indications, jusqu'à 9 ou 10 grammes par jour.

Les effets physiologiques du médicament ne produisent aucun trouble sérieux dans la santé. L'anaphrodisie temporaire doit seule être annoncée aux malades.

Tout médecin peut obtenir des succès en matière d'épilepsie, mais aux conditions suivantes : faire preuve d'une persévérance exceptionnelle; administrer un sel bromique d'une irréprochable pureté; en surveiller les effets tous les huit jours; prolonger la médication pendant un an, et, dans le cours de la seconde année, la reprendre tous les trois mois pendant trente jours consécutifs.

Telles étaient les conclusions du mémoire magistral, que l'éminent Legrand du Saulle publiait, il y a une vingtaine d'années, dans la *Gazette des hôpitaux*. Ce travail fit une grande sensation. Les épileptiques allaient enfin trouver un soulagement, une amélioration sérieuse ou même, grâce à la persévérance du traitement, la guérison.

Le mode d'administration du bromure de potassium est d'une importance énorme; les solutions bromurées ont le grave inconvénient de déterminer de l'irritation gastrique, du dégoût, de la perte d'appétit, de la diarrhée et de l'amaigrissement. Sans doute, ces effets ne tiennent d'ordinaire qu'à ce que le bromure de potassium est chloruré ou ioduré. Il faut, avant tout, être certain de la pureté.

C'est en suivant les sages prescriptions du mémoire de Legrand du Saulle, que Henry Mure a livré à la pratique médicale son sirop de bromure de potassium, exempt d'iodure. Les malades supportent à merveille ce produit qui est agréable au goût, très bien préparé, mathématiquement dosé, et d'une action certaine. Henry Mure a neutralisé les effets désagréables du sel bromique sur le tube digestif, et préparé un excellent produit pharmaceutique, à l'aide du sirop d'écorces d'oranges amères. Chaque cuillerée du médicament renfermant exactement 2 grammes de bromure exempt d'iodure, la prescription du médecin est simplifiée et l'ingestion du remède est rendue facile au malade.

Le *sirop d'Henry Mure au bromure de potassium (exempt d'iodure)* est un médicament éprouvé. Il s'adapte à toutes les combinaisons et se prête à toutes les nécessités de la pratique médicale, dès qu'il s'agit d'une névropathie, et surtout d'une névrose convulsive. Toutefois, si l'on veut mettre en œuvre le traitement à dose progressive et élevée, conseillée par Legrand du Saulle, il est indispensable que le médecin ordinaire dirige seul l'administration du médicament et qu'il en surveille fréquemment les effets.

En résumé, persévérance de la part du malade, prudence de la part du médecin, et supériorité notoire de l'agent bromique de la part du pharmacien : telles sont les conditions fondamentales du succès.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 février 1888. — Présidence de M. Cadet de Gassicourt.

COMMUNICATIONS

Hémoglobinurie — M. FERRAND présente, de la part de M. Martel, une observation qui vient à l'appui de l'origine rénale de l'hémoglobinurie.

M. LÉPINE, à l'occasion de la communication de M. Hayem, adresse une note dans laquelle il s'étonne de le voir attribuer toujours l'hémoglobinurie à une altération rénale. Il rappelle avoir décrit, sous le nom d'hémoglobinémie, une variété d'hémoglobinurie dans laquelle il a trouvé le serum coloré. Il ajoute que l'existence d'une néphrite, dans ces cas, n'implique pas que l'hémoglobinurie soit d'origine exclusivement rénale.

M. HAYEM fait observer qu'il existe deux hypothèses pour expliquer l'hémoglobinurie, l'une admettant un processus rénal, l'autre un processus sanguin. Or, dans l'observation de M. Hayem, il n'y a aucune altération du serum du sang, le processus est donc rénal. C'est là un fait d'observation. Reste l'hypothèse de l'hémoglobinémie défendue par M. Lépine. La dissolution des globules rouges dans le torrent circulatoire existe ; M. Hayem en a cité des exemples ; mais, dans ces circonstances, les malades n'urinent pas d'hémoglobine, sauf dans certains cas d'empoisonnement, en particulier dans l'empoisonnement par le chlorate de potasse.

Dans l'hémoglobinurie paroxystique *a frigore*, M. Hayem pense également qu'il s'agit d'un processus rénal. Le malade présenté à l'Académie par M. Mesnet en est un exemple. Il n'y a donc pas, dans ces cas non plus, d'hémoglobinémie. M. Hayem a constaté le même fait chez un malade de M. Dujardin-Beaumetz. M. Lépine répond à cela que ce que n'a pas vu M. Hayem, d'autres ont pu le voir. Ce n'est pas là une argumentation scientifique. M. Lépine n'apporte pas de faits nouveaux, il se contente de s'appuyer sur l'opinion de Kustner.

A l'appui de cette manière de voir, M. Hayem cite une nouvelle observation, celle d'un médecin de campagne qui a été obligé de quitter sa clientèle et d'aller dans le Midi. Là encore, chaque fois qu'il s'expose à un froid même peu intense, il émet des urines noires ; dès qu'il se réchauffe, ses urines deviennent claires. M. Hayem pense qu'on ne peut expliquer ces faits que par un trouble du système nerveux et une congestion rénale.

En résumé, M. Hayem croit avoir démontré l'origine rénale de l'hémoglobinurie. M. Lépine n'a pas démontré que la cause de l'hémoglobinurie fût un processus sanguin.

M. ALBERT ROBIN croit que M. Lépine a mal interprété son opinion. Il a seulement dit qu'à côté de l'hémoglobinurie paroxystique *a frigore*, il en existait une autre qui était caractérisée différemment et évidemment d'origine rénale.

PRÉSENTATION DE MALADES

Maladie de Friedreich. — M. JOFFROY présente un malade atteint de cette affection désignée sous le nom de maladie de Friedreich. Cette affection est assez rare ; il en existe très peu d'exemples, à peine une soixantaine de cas, dont la plupart appartiennent à Friedreich lui-même. En France, MM. Carre, Teissier, Bloch en ont cité des observations. Brousse, dans sa thèse, publia une observation avec autopsie, la seule faite en France. Il en existe actuellement trois exemples dans le service de M. Charcot.

Le malade présenté par M. Joffroy a été vu par lui pour la première fois en 1885. Les grands parents et les père et mère de ce malade n'ont jamais présenté d'affection nerveuse; une tante seulement a eu des crises nerveuses. Il y a cinq enfants; une sœur a présenté, pendant quelque temps, une marche ébrieuse et a succombé à une tuberculose pulmonaire. Le père et la mère ont succombé également à cette affection. Le malade, présenté par M. Joffroy, eut, à deux ans, une scarlatine après laquelle il resta faible. Il ne put marcher qu'à quatre ans; à dix ans apparaissent les premiers troubles de la marche. Vers l'âge de quinze ans, l'incoordination devint accentuée, la marche ébrieuse ; le facies se modifia, la parole devint lente et traînante, et il se produisit, à la même époque, une courbure de la colonne vertébrale.

Depuis 1885, l'état du malade ne s'est pas aggravé, au contraire. Toutefois la marche est restée ébrieuse, incoordonnée, l'occlusion des yeux augmente ce trouble de la locomotion; le malade marche aussi plus difficilement dans l'obscurité. En marchant il laisse tomber le pied sur le talon et non sur la plante du pied, ce qui prouve qu'il est encore à la première période de la maladie. Le pied a de la tendance à se mettre en varus; aux membres inférieurs pas de troubles de la sensibilité générale; le réflexe plantaire est exagéré, le réflexe tendineux est aboli. L'écriture est modifiée; il ne peut écrire longtemps. Au tronc pas d'autre déformation que celle de la colonne vertébrale; en même temps il y a de la scoliose. Il existait autrefois une chute de l'épaule

droite et une grande lourdeur du bras droit; ces phénomènes se sont amendés depuis deux ans. Il y avait une diminution évidente de la contractilité électrique de ce côté. L'aspect de la face s'est modifié; elle est devenue hébétée, les paupières sont tombantes, la lèvre inférieure retombe; les mouvements de la face sont difficiles; il y a une faiblesse manifeste des muscles orbiculaires des paupières; les muscles de la langue sont altérés; il parle difficilement; il ne peut relever la pointe de la langue. Il n'y a pas de tremblement de la tête, pas de nystagmus, il y a de la myopie et il y a eu de la diplopie.

Il y a un affaiblissement notable de l'ouie; pas de troubles du goût, ni de l'odorat; pas de troubles du cœur, pas de troubles intellectuels; un peu de perte de mémoire; pas de troubles de la vessie, ni du rectum, pas d'atrophie musculaire.

Cette maladie diffère de la sclérose en plaques en ce sens, que celle-ci présente des lésions irrégulières, non systématiques. Ici, au contraire, c'est une maladie systématique. Il y a donc une grande différence au point de vue anatomique. La diplopie et la surdité n'existent pas habituellement dans la maladie de Friedreich; à ce point de vue, ce malade constitue une exception. Il en est de même de la parésie des muscles de la face. La déformation du pied en varus se trouve chez ce malade, alors qu'il marche, tandis que dans la maladie de Duchenne on ne l'observe que quand les malades ne marchent plus.

M. Joffroy se demande s'il n'existe pas une relation entre cette affection et la tuberculose. Il rappelle que le père, la mère et la sœur sont morts de cette affection.

Traumatisme de la tête; attaques épileptiformes; trépanation; guérison. — M. FÉRÉ présente une malade qui n'avait pas d'antécédents nerveux héréditaires ou personnels. En 1870, il reçut un éclat d'obus sur le vertex, depuis cette époque il a eu des accès d'épilepsie et des vertiges. M. Féré a observé ce malade pendant trois mois. Il suffisait de toucher un cheveu au-dessus de la plaie pour déterminer une attaque. Il ne s'agissait pas d'une épilepsie partielle. Le bromure de potassium n'ayant rien fait, M. Féré se décida à lui faire subir une opération M. Reclus a pratiqué cette opération, le 25 novembre dernier. Il a appliqué une couronne de trépan, au niveau de la cicatrice: on a trouvé l'os un peu rougi; un peu en arrière on a enlevé trois couronnes de trépan et on a trouvé un enfoncement de l'os. Le malade a très bien guéri de l'opération et, depuis il n'a pas eu une seule attaque, malgré des excès alcooliques.

M. JOFFROY observe en ce moment une malade analogue à celui de M. Féré. Ayant remarqué une cicatrice sur le front de cette malade, elle répondit qu'elle était un jour tombée sur le front dans une attaque d'épilepsie. Renseignements pris, cette femme s'est tiré une balle de revolver sur la tempe et c'est seulement depuis ce temps qu'elle a des attaques. M. Joffroy poursuivra son enquête et fera intervenir un chirurgien, s'il y a lieu.

Goître exophthalmique et hystérie chez l'homme. — M. BALLET présente un malade atteint de goître exophthalmique et d'hystérie. Ce malade a déjà été présenté par M. Debove qui voulait démontrer la coexistence, chez l'homme, du goître exophthalmique et de l'hystérie. Ce malade offre aujourd'hui des phénomènes de paralysie bulbaire, et c'est sur ce point que veut insister M. Ballet. Il y a de la diplopie monoculaire tenant à son hystérie; dès qu'on lui ferme les yeux, il tombe. Ce phénomène d'astasie a été décrit par un interne de M. Charcot.

Il est impossible à ce malade d'exécuter le moindre mouvement des globes oculaires. Les quatre droits de l'œil et les deux obliques sont paralysés. Cependant les moteurs de la pupille sont conservés. Il y a donc une ophthalmoplégie externe, et pas d'ophthalmoplégie interne. Son facies est sans expression. Cela est dû à une double parésie faciale; donc, presque tous les nerfs bulbaires sont intéressés chez ce malade.

Il existe de la paralysie de la troisième, de la quatrième, des sixième et septième paires. Ce malade est en outre polyurique.

M. Ballet discute les diverses opinions relatives à la physiologie pathologique du goître exophthalmique. On a voulu l'attribuer à une altération du grand sympathique, excitation selon les uns, paralysie selon les autres. M. Ballet réfute cette opinion. Il se rattache, au contraire, à celle de la paralysie du pneumogastrique, tout au moins pour expliquer la tachicardie. Il en conclut que le goître exophthalmique est d'origine bulbaire.

La séance est levée.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

3e SESSION, DU 12 AU 17 MARS 1888 (1).

Communications annoncées. — Questions mises à l'ordre du jour.

La séance d'inauguration de la troisième session aura lieu, le lundi 12 mars, à 2 heures après-midi, dans le grand amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria.

Les autres séances se tiendront dans le même local, le matin à 9 heures et demie, l'après-midi à 3 heures.

Sont inscrits pour les questions à l'ordre du jour:

I. — *De la conduite à suivre dans les blessures par coup de feu des cavités viscérales (exploration, extraction, opérations diverses).* — MM. Trélat, Poncet, Chauvel, Reclus, Vaslin, Delorme, Reynier, Verchère, Nimier, Morez.

II. *De la valeur de la cure radicale des hernies au point de vue de la guérison définitive.* — MM. Guyon, Thiriar, Trélat, Le Diberder, Leouté, Segond, Mollière, Doyen, Le Bec, Richelot, Schwartz, Bœckel, Socin.

III. — *Des suppurations chroniques de la plèvre et de leur traitement (opérations de Létievant et d'Estlander), indications, contre-indications et résultats définitifs.* — MM. Ollier, Reverdin, Thiriar, Le Fort, Doyen, Vaslin, Bœckel, Berger, Bouilly, Delorme, Pollosson, Kirmisson.

IV. — *De la récidive des néoplasmes opérés, recherche des causes de la prophylaxie.* — MM. Verneuil, Poncet, Bouilly, Doyen, Cazin, J. Bœckel, Bazy, Pollosson, Le Bec.

Questions diverses.

MM. Ollier, Guyon, Schwartz, Segond, Accolas, Picqué, Fontan, Richelot, Vaslin, Bazy, Berrut, Delorme, Routier, Le Bec, Le Prévost, Lannelongue, Horteloup, Demons, Vincent, Thiriar, Doyen, Jeannel, Monod, Berthomier, Redard, Duzéa, Terrier, Nimier, Maunoury, Panas, Tillaux, Galezowski, Javal, Cerné, Billant, Terrillon, Poncet, Daniou, Berger, Abadie, Pozzi, Pollosson, Boudet.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décrets, en date du 1er mars 1888 : 1° M. Straus, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de pathologie expérimentale et comparée à la Faculté de médecine de Paris; — 2° M. Hallez (Paul), docteur ès sciences, est nommé professeur de zoologie à la Faculté des sciences de Lille; — 3° M. Gérard, docteur ès sciences, agrégé des Écoles supérieures de pharmacie, est nommé professeur de botanique à la Faculté des sciences de Lyon; — 4° M. de Forcrand, docteur ès sciences, est nommé professeur de chimie à la Faculté des sciences de Montpellier.

— Par décret, en date des 1er et 3 mars 1888, ont été nommés dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de pharmacien en chef. — M. Sambuc, pharmacien de la marine, en retraite.

Au grade de pharmacien de deuxième classe. — M. Fouquier, aide-pharmacien de réserve, pharmacien universitaire (première classe).

— Par suite du désistement du candidat classé le premier au

---

(1) On peut se faire inscrire pour être membre de la troisième session jusqu'au 12 mars inclusivement, en envoyant un mandat sur la poste de 20 francs au secrétaire général, M. le docteur S. Pozzi, 10, place Vendôme, à Paris.

concours qui s'est terminé la semaine dernière pour la nomination à une place de pharmacien des hôpitaux civils de Paris, ledit concours s'ouvrira dans le plus bref délai à l'administration générale de l'Assistance publique.

— *Hôpitaux de Lyon.* — Le concours, pour une place de médecin des hôpitaux, vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Josserand.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Cadroy (de Bouscat), professeur Combal (de Montpellier), Dauffy (de Moisdon-la-Rivière), Ducos (de Romilly) et Roumégout (de Béliet).

— M. H. Gautier soutiendra, devant la Faculté des sciences de Paris, le mardi 6 mars 1888, à huit heures et demie, pour obtenir le grade de docteur ès sciences physiques, une thèse intitulée : « Recherches relatives à l'action du chlore sur un groupe de composés appartenant à la série aromatique. »

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

On n'a pas oublié l'émotion et le sentiment unanime de doute, pour ne pas dire d'incrédulité, que suscita la communication que fit M. Luys à l'Académie, dans sa séance du 30 août 1887, sur la sollicitation expérimentale des régions émotives et intellectuelles, chez les sujets hypnotisés. On se rappelle que M. Luys, reprenant à nouveau les expériences de MM. Burot et Bourru (de Rochefort), se proposait de prouver, dans cette communication, que des substances médicamenteuses, placées à distance ou en contact de sujets en état d'hypnotisme, pouvaient provoquer certains symptômes, et en particulier des symptômes émotifs, variant avec la substance médicamenteuse employée; et il appelait l'attention de l'Académie sur les conséquences qui découlaient de ces expériences, soit pour la thérapeutique, à laquelle elles ouvraient un horizon nouveau, soit pour la médecine légale. Sous le coup de cette émotion et sur la proposition de plusieurs membres, l'Académie décida à l'unanimité, séance tenante, qu'une commission serait chargée, sous la réserve, toutefois, du consentement de M. Luys, qui y consentit, en effet, d'examiner les faits qui venaient d'être rapportés devant elle. C'est au nom de cette Commission, composée de MM. Hérard, Bergeron, Brouardel, Gariel et Dujardin-Beaumetz, rapporteur, que ce rapport a été lu dans la séance d'hier.

M. Dujardin-Beaumetz a raconté, par le menu, avec une précision, un ordre, une méthode parfaite, le programme que s'est tracé la Commission, le soin qu'elle a eu de fixer d'abord les limites de ses recherches à leur objet précis, comment elle a invité M. Luys à répéter ses expériences, telles qu'il avait l'habitude de les faire, puis à les renouveler suivant un dispositif spécial, dont la Commission a fixé elle-même les bases, les précautions qu'elle a prises pour la préparation des tubes d'expérience et pour la vérification de leur contenu, pour la notation des symptômes observés à chaque épreuve, etc. Après avoir rapporté les expériences faites devant la Commission par M. Luys, M. Dujardin-Beaumetz a rapporté celles que la Commission a faites elle-même. La Commission, dans le cours de ses expériences, a constaté qu'aucune relation ne paraissait exister entre les symptômes manifestés et le contenu du tube mis en expérience. Ce qui a paru montrer, mieux encore que le défaut de rapport des symptômes avec la nature des médicaments contenus dans les tubes, l'étrange mobilité et l'extrême incertitude des phénomènes produits par les substances médicamenteuses placées à distance, c'est que la même substance a amené, chez le même sujet, des phénomènes absolument différents.

Enfin, la Commission a pu constater que le même médicament, expérimenté à huit ou quinze jours d'intervalle, a produit des effets dissemblables.

On trouvera, dans le compte rendu, les conclusions que la Commission a adoptées à l'unanimité et qu'elle soumet à la sanction de l'Académie.

L'Académie a repris, après cette lecture, la suite de la discussion sur la prophylaxie syphilitique. M. Fournier, dans un esprit d'entente et de conciliation, a donné lecture d'une nouvelle rédaction des conclusions. La séance a été levée, sans solution, après une courte allocution, pleine de brio, de M. Trélat. Tout armé en guerre contre la Commission, il s'est trouvé, devant le dernier discours de M. Le Fort et les derniers amendements, apportés aux conclusions par M. Fournier lui-même, obligé de battre en retraite, quitte, comme il l'a dit, pour un discours rentré. Ce qu'il se proposait de dire n'ayant plus d'objet, il ne lui est resté qu'à insister sur le véritable et unique rôle de l'Académie, qui est, suivant lui, de signaler les dangers de la prostitution, d'en indiquer les sources et d'attirer particulièrement l'attention des pouvoirs publics sur la prostitution clandestine, cet immense bouillon à culture de la vérole, comme il l'a appelé.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. JACCOUD.

Fièvre typhoïde chez un sujet tuberculeux.

Vous savez combien un diagnostic un peu précoce, entre la fièvre typhoïde et la tuberculose aiguë, est toujours difficile, la malade dont je vais vous parler en est une nouvelle preuve, je dirai plus : elle nous a présenté des difficultés plus grandes encore en raison de certaines particularités, que son état morbide a offertes pendant un assez long temps.

Il s'agit d'une femme de chambre de vingt-huit ans,

entrée le 9 de ce mois au n° 2 de la salle Laënnec. A son arrivée ici, elle en était au onzième jour d'une maladie aiguë, et malgré la date relativement avancée de son évolution, il n'était pas possible de faire un diagnostic ferme. Comme antécédents, nous trouvions chez elle une attaque de rhumatisme aigu, rapidement jugulée par le salicylate de soude, qui précéda de quelques jours le début de la maladie fébrile, qui est allée en s'aggravant de jour en jour, jusqu'au moment de son entrée à l'hôpital.

Le jour de son arrivée, elle avait 40 degrés, le lendemain matin 40 degrés également, et le soir 39°9, c'est-à-dire une rémission absolument insignifiante. Cette femme avait donc, quand nous l'avons vue le lendemain matin, au douzième jour, un état fébrile, avec hyperthermie prononcée; de plus, l'organisme paraissait profondément atteint: faciès altéré, diarrhée, catarrhe bronchique *généralisé*, et deux taches rosées lenticulaires sur le ventre; enfin, les urines contenaient une quantité notable d'albumine, et la rate était volumineuse. Les deux seules choses favorables que nous observions, étaient l'intégrité des fonctions cérébrales et l'absence de sécheresse et d'enduit de la langue, et cela malgré l'intensité de la fièvre, l'état des reins, de l'intestin et des organes respiratoires.

Peut-être direz-vous que cette symptomatologie était suffisante, néanmoins, pour diagnostiquer une fièvre typhoïde? Vous seriez alors dans l'erreur, car tous ces symptômes appartiennent aussi bien, les taches rosées comprises, à la tuberculose aiguë qu'à la dothiénentérie, surtout lorsque l'on y joignait les accidents de catarrhe bronchique généralisé, caractérisé par des râles sibilants et des râles humides disséminés dans toute l'étendue des deux poumons, en avant et en arrière.

Bien plus, la comparaison des différents signes fournis par l'auscultation de la poitrine, indiquait non seulement un état catarrhal plus prononcé aux sommets qu'aux bases, et que l'on observe également dans la fièvre typhoïde, bien qu'assez exceptionnellement, mais encore dans la fosse sus-épineuse du côté gauche, une diminution de la sonorité à la percussion et, mêlés aux râles superficiels du catarrhe, des *craquements humides* profonds.

Bref, nous étions ainsi conduit à conclure à deux ordres de lésions pulmonaires: 1° à une lésion diffuse récente ou catarrhe bronchique généralisé; 2° à une lésion profonde, circonscrite à la fosse sus-épineuse du côté gauche, à une tuberculose caractérisée par des craquements humides.

D'ailleurs, en scrutant les antécédents de cette jeune femme, nous apprenions qu'elle avait été obligée de garder le lit pendant quelque temps, il y a trois ans, pour une bronchite grave compliquée d'hémoptysies.

De là un premier diagnostic — positif celui-là dès les premiers jours — cette femme est une tuberculeuse, comme on en rencontre beaucoup, c'est-à-dire qui ne crachent pas du tout, de telle sorte qu'il est impossible de rechercher les bacilles de la tuberculose.

Donc, le douzième jour, notre diagnostic inclinait vers une tuberculose aiguë, comme vers une probabilité *logique*, je ne dis pas *clinique*, survenant au cours d'une tuberculose chronique.

Le lendemain, ainsi que le quatorzième et le quinzième jour, les accidents se balançaient entre la fièvre typhoïde et la tuberculose aiguë, si bien qu'il n'était pas encore possible de se prononcer sans réserves, car nous avions autant de raisons pour l'une que pour l'autre de ces deux maladies, et même, pour dire toute ma pensée, plus peut-être même en faveur de la tuberculose, grâce aux antécédents dont je viens de parler.

En réalité, du reste, le diagnostic n'eût rien changé au traitement qui, dans les deux cas, se trouvait heureusement être le même: antipyrétiques, lotions froides, alcool, toniques et lait.

J'ajoute que l'absence de sécheresse de la langue était encore un signe de plus en faveur de la tuberculose aiguë, signe que l'on rencontre quelquefois jusqu'au dernier jour dans cette affection, tandis qu'il est bien plus rare dans la fièvre typhoïde avec hyperthermie et fièvre intense.

Cependant le quinzième jour, un premier incident tendait à modifier un peu notre manière de voir: la malade présentait une nouvelle éruption de taches rosées, montrant ainsi que cet exanthème se faisait en deux poussées. Ce fait s'est vu aussi dans la tuberculose aiguë, mais très rarement, tandis qu'il est beaucoup moins exceptionnel dans la fièvre typhoïde.

Ce n'est réellement que le sixième jour, que je pus faire un diagnostic à peu près ferme, celui de fièvre typhoïde; je veux parler des modifications survenues dans la température, qui, encore à 40 degrés la veille au soir, était tombée ce matin-là à 39°4 et le soir descendait à 38°4. Ces modifications thermométriques à cette date, alors que jusque-là la médication employée était restée impuissante, devaient ébranler notre pensée d'une tuberculose aiguë, malgré la persistance de l'humidité de la langue et l'absence de phénomènes cérébraux.

Enfin le lendemain, dix-septième jour, un nouvel incident confirmait définitivement cette fois le diagnostic, porté la veille, de fièvre typhoïde, c'est-à-dire une hémorrhagie intestinale survenue la nuit avec tous les caractères de celle que l'on observe quelquefois dans la fièvre typhoïde. Bien que la perte de sang fût, en réalité, médiocre, cependant l'état de l'organisme était tel, alors, que le matin la température était tombée à 36°8.

L'incident, fort heureusement, ne se répéta pas, sans quoi la malade eût eu de grandes chances d'y succomber.

Le soir de ce même jour, la température était remontée à 39°2, et depuis cette époque et pendant plusieurs jours, elle oscille aux environs de 39 degrés, étant toujours un peu moins élevée le matin, un peu plus haute le soir, ainsi qu'on le remarque généralement à la suite des hémorrhagies intestinales qui ne sont pas trop considérables.

A dater de ce jour, l'état de la malade a été en s'améliorant chaque jour et, je puis le dire, sous tous les rapports: l'albumine a complètement disparu des urines; le catarrhe bronchique diffus a diminué, tandis que, bien entendu, les craquements humides de la tuberculose ont persisté.

Il s'agissait donc bien d'une fièvre typhoïde chez une tuberculeuse, et c'est l'association de ces deux maladies, la tuberculose et la dothiénentérie, qui a rendu notre diagnostic si difficile pendant plusieurs jours, diagnostic différentiel d'ailleurs, toujours hérissé de difficultés en raison de la symptomatologie commune de ces deux maladies, mais rendu plus embarrassant encore lorsque la fièvre typhoïde et la tuberculose coexistent chez le même sujet.

Dire, avec quelques personnes, que, vu l'absence de phénomènes cérébraux, j'aurais dû songer de préférence à la fièvre typhoïde, serait raisonner faussement, car cette absence est fréquemment constatée aussi dans la tuberculose

aiguë. Qui dit tuberculose aiguë, ne dit pas fatalement accidents méningitiques.

Bref aujourd'hui, cette femme est guérie de sa fièvre typhoïde : elle a guéri après avoir passé par une période terminale, caractérisée par de grandes oscillations dans la température : ainsi le 21 de ce mois, au soir, elle a eu 39°4, le 22 au matin 36°2; le 22 au soir 38°4; le 23 au matin 36°2; le soir 39°2; le 24 au matin 37 degrés et le soir 38°6; enfin ce matin 25, 36°2. Je dois ajouter que j'ai fait prendre hier, entre midi et une heure, 60 centigrammes de sulfate de quinine et que j'espère en une défervescence durable.

Quant aux médicaments employés pendant la période initiale de la maladie, période antérieure à l'hémorrhagie, ils n'ont eu aucun effet, pas plus que l'acide salicylique, le bromure de quinine n'a eu d'action, tant la fièvre était d'une ténacité remarquable. Il faut savoir distinguer l'intensité de la fièvre de la ténacité, qui est toujours un fait très grave et qui peut présenter les mêmes caractères dans la tuberculose aiguë que dans la fièvre typhoïde. Je dois faire remarquer que la chute de la température, qui s'est produite après l'hémorrhagie intestinale, ne saurait être attribuée à l'action du bromure de quinine, mais bien seulement à la perte de sang, si médiocre qu'elle ait été.

Bref, je le répète, la malade est aujourd'hui guérie de sa fièvre typhoïde, mais elle reste tuberculeuse et la dothiénentérie, qu'elle vient d'avoir, ne peut qu'avoir une influence fâcheuse sur la tuberculose, en en hâtant l'évolution.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Lucas-Championnière.

Pyo-salpingite chronique bilatérale. — Extirpation des trompes et des ovaires.

(Observation recueillie et présentée à la Société anatomique par M. G. Dagron, interne des hôpitaux.)

Alb... (Célina), âgée de trente ans, modiste, est entrée le 19 janvier 1888, à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Lucas-Championnière.

On ne trouve dans sa famille aucun antécédent tuberculeux; ses parents sont vivants et très bien portants. Elle n'a eu que deux frères, qui vivent tous deux et sont aussi en bonne santé. Dans son enfance, elle se souvient avoir eu la rougeole; la convalescence en a été rapide. A dix-huit ans et à vingt-neuf ans, elle eut des bronchites pendant l'hiver; mais en l'interrogeant sur les différents symptômes que ces affections ont présentés, on ne doit pas conclure à la spécificité tuberculeuse. Elle a été réglée à l'âge de quinze ans. Depuis, ses menstrues ont été régulières; elles ne duraient que huit jours et étaient peu abondantes. Elle s'est mariée à vingt-six ans, c'est-à-dire il y a quatre ans. Quatre mois après son mariage, elle faisait une fausse couche de deux mois et demi environ. Elle n'eut à ce moment aucun accident; après un séjour au lit de quelques jours, elle reprit ses occupations, aussi bien portante qu'auparavant.

Au mois de janvier 1887, elle ressentit quelques douleurs dans l'abdomen; ces douleurs étaient vagues, mal limitées, s'exagéraient après les fatigues ou faisaient place à une simple pesanteur au niveau de l'hypogastre. Vers cette époque, elle eut des gargouillements dans le ventre, des vomissements assez abondants, puis des vertiges et même des syncopes. Elle se crut enceinte, et pourtant elle avait toujours ses règles. Cette supposition de sa part augmenta, car elle sentit remuer. Au mois de juin, les règles devinrent douloureuses, les seins se gonflèrent. Son ventre augmenta de volume; elle eut aussi un peu d'œdème des jambes qui dura jusqu'au huitième mois. Au mois d'octobre, en pressant les seins, on voyait sourdre quelques gouttes de liquide blanchâtre.

La malade consulte M. le docteur Alibert (de Figeac), qui diagnostique une affection utérine, en faisant des réserves pour une grossesse extra-utérine. Il conseille à cette femme de venir à Paris consulter M. Lucas-Championnière. Elle vint au mois de décembre à la consultation externe. On l'examina à ce moment; le ventre était gros, non douloureux; il y avait un peu d'ascite. A droite, on trouvait un point douloureux à la pression et on sentait une tumeur dure, peu volumineuse, allant d'une fosse iliaque à l'autre. Au toucher, on trouvait l'utérus mobile, un peu remonté, les culs-de-sac latéraux du vagin étaient fluctuants de par la présence de l'ascite. On songea à ce moment à une tumeur maligne de l'ovaire, à cause de l'ascite et de la rapidité de la marche de la maladie; mais comme l'état général était très bon, que la malade n'avait pas maigri, on attendit avant de porter un diagnostic certain.

Elle entre dans les salles de l'isolement, à l'hôpital Saint-Louis, le 19 janvier. Le jour de son entrée, on constate que le ventre a diminué de volume depuis le premier examen. Cependant la paroi abdominale est soulevée par une tumeur profonde, dure, douloureuse à la pression. La paroi est très épaisse et on ne peut délimiter la tumeur; elle paraît unique et doit faire partie des annexes de l'utérus. Le toucher est négatif; on ne sent plus de fluctuation dans les culs-de-sac. Il n'y a plus d'ascite. L'utérus est toujours très mobile. Il n'est pas hypertrophié. L'état général de la malade est excellent. On ne trouve aucune affection du côté du poumon. Le cœur paraît normal. Les urines sont normales; elles contiennent par jour 10 grammes d'urée.

La malade doit être opérée quelques jours après son entrée; mais, par suite d'un retard dans sa menstruation, elle n'est opérée que le 6 février, une semaine après la disparition de ses règles. Celles-ci ont été douloureuses, et, pendant leur durée, la malade a eu de la fièvre.

Au début de l'opération, la malade est prise d'un violent saignement de nez. Elle est sujette d'ailleurs à ces épistaxis.

Après un nettoyage soigné de la peau de l'abdomen, on fait une incision de l'ombilic au pubis, en soignant l'hémostase; le péritoine est ensuite ouvert avec des ciseaux. En explorant le petit bassin, on reconnaît qu'il existe deux tumeurs situées de chaque côté de l'utérus; ce sont les trompes augmentées de volume et dilatées par du liquide contenu dans le canal salpingien. La tumeur gauche est d'abord pédiculisée, puis sectionnée au ras de l'utérus après une double ligature au fil de soie. L'ovaire est enlevé secondairement après destruction d'adhérences à l'intestin et à l'épiploon; pour cela, on place deux fils de soie sur le ligament large. On cautérise ensuite au thermocautère les surfaces de section des deux pédicules. Du côté droit, on pédiculise à la fois la trompe et l'ovaire; il existe de ce côté moins d'adhérences. On place un fil de soie double sur le pédicule ainsi formé, puis un autre sur le ligament large, et on excise la tumeur salpingienne avec l'ovaire. On cautérise de même la surface de section. L'épiploon est réséqué en partie, pour éviter de nouvelles adhérences, puis la paroi est suturée par six crins de Florence placés profondément, quinze superficiellement. On avait placé au préalable sept catguts sur le péritoine de la paroi antérieure. La malade va aujourd'hui très bien; elle a rendu des gaz par le rectum, et a même été à la selle; elle n'a pas eu de fièvre.

La trompe du côté droit pèse, avec l'ovaire qui lui est accolé, 162 grammes. Sa surface est lisse; ses parois sont épaisses. Outre la distension de ces parois, il y a aussi hypertrophie de l'organe; le canal tubaire s'est recourbé plusieurs fois sur lui-même. L'ovaire paraît normal, quoique un peu gros.

A gauche, la trompe isolée pèse 117 grammes. Elle présente les mêmes caractères que celle de l'autre côté, mais ne présente qu'une seule courbure.

Ces poches ont été vidées de leur contenu; celui-ci était formé par une matière crémeuse de coloration jaune verdâtre. Elles ont été ensuite injectées à la gélatine pour les conserver avec

leurs caractères macroscopiques. Leur composition histologique n'est donc pas connue.

Cette observation est intéressante au point de vue clinique. Elle prouve une fois de plus la difficulté, je dirai presque l'impossibilité du diagnostic de semblables tumeurs.

Dans la plupart des salpingites méconnues, on avait songé aux tumeurs kystiques de l'ovaire. Ici c'est à la grossesse extra-utérine qu'on avait pensé. Toutefois, nous devons ajouter qu'on avait fait quelques réserves en faveur de la salpingite; c'était même, pour M. Championnière, la dernière supposition, mais ce n'était qu'une supposition.

MÉDICAMENTS ANCIENS ET NOUVEAUX.

Par M. le docteur L. Raynaud.

L'exclusion systématique des médicaments éprouvés en faveur de remèdes en vogue, est certainement un excès très regrettable, contre lequel il est utile de réagir. Beaucoup d'anciens médicaments ont fait leurs preuves; on connaît leurs contre-indications, on sait qu'ils sont sans inconvénients; seulement, quelquefois leur préparation est défectueuse; il faudrait, avec les méthodes nouvelles, que la science a mises à notre disposition, obtenir des médicaments plus parfaits, mieux dosés et plus faciles à employer.

Le meilleur exemple à citer, dans cette voie rationnelle, est dû à un pharmacien de Paris, M. Roy, qui a tiré parti des propriétés si remarquables du quinquina, sous une forme nouvelle et excellente, en imaginant son Quinium granulé. Il s'agissait d'éviter les défauts de fabrication qui rendent les préparations ordinairement usitées, incomplètes, par conséquent, insuffisantes dans leur emploi thérapeutique.

Ainsi dans le but d'avoir un produit limpide, on enlève, dans la plupart des cas, par la filtration, une grande partie de leurs principes actifs aux vins, sirops et potions de quinquina; et, lorsque le Codex fait reprendre l'extrait alcoolique par l'eau, en vue de rendre l'extrait plus complètement soluble dans ce liquide, c'est au détriment de son activité, puisqu'on le dépouille d'une partie de ses éléments les plus précieux.

D'autre part, pour épuiser le quinquina qui est l'élément principal des préparations officinales, le Codex n'emploie qu'un seul véhicule, l'eau ou l'alcool; or, le quinquina contient des principes dont les uns, comme l'acide cinchotannique, les matières colorantes, la gomme, sont solubles dans l'eau; et les autres, les alcaloïdes, se dissolvent beaucoup plus aisément dans l'alcool, de sorte qu'en traitant le quinquina par un seul de ces agents, on n'obtient évidemment qu'un produit incomplet.

Dans un rapport, lu à l'Académie de médecine (séance du 21 juillet 1886), M. Roy a mis en pleine évidence les faits suivants :

1° La nouvelle préparation, formée de l'extrait aqueux de quinquina uni au quinium (extrait alcoolique à la chaux), renferme, par l'extrait aqueux, tous les principes solubles dans l'eau, c'est-à-dire la partie essentiellement tonique, et, par le quinium, la totalité des alcaloïdes solubles dans l'alcool bouillant, c'est-à-dire les éléments particulièrement fébrifuges.

2° La forme adoptée permet seule de réunir sous un petit volume, sans modification et sans perte, tous les principes utiles de cette écorce; elle permet d'éliminer toutes les matières inertes, qui s'opposent à la facile absorption des principes actifs et qui fatiguent l'appareil digestif.

Le quinium granulé, ainsi obtenu, représente son propre poids de poudre de bon quinquina calisaya, titrant 3 p. 100 d'alcaloïdes. Il sera donc employé aux mêmes doses que cette poudre, c'est-à-dire une à deux cuillers à café par jour comme tonique, et une à deux cuillers à bouche comme fébrifuge.

Dissous dans l'eau, il remplace avantageusement l'infusion de quinquina, et la potion à l'extrait de quinquina.

Dissous dans le vin, au moment du besoin, il donne un produit bien supérieur au vin de quinquina du Codex.

L'action du Quinium granulé, comme tonique et reconstituant de premier ordre, a été constatée par de nombreux praticiens, qui avaient un peu délaissé le quinquina, par suite des médiocres résultats obtenus avec les préparations habituelles. Les observations suivantes constatent également son action vraiment remarquable comme fébrifuge.

Un malade, soigné par M. le docteur Brillant, était atteint de fièvre tierce depuis fort longtemps; cette fièvre récidivait sans cesse, malgré l'usage du sulfate et du bromhydrate de quinine. Sous l'influence du Quinium granulé, aidé de quelques préparations ferrugineuses, les accès de fièvre ont disparu pour ne plus revenir, depuis quatre mois, et le malade a repris son teint rosé.

M. A..., de retour de Panama, traité par M. le docteur Maffre, était atteint de la fièvre jaune. Les vomissements bilieux étaient fréquents et considérables. Les accès se répétaient tous les jours plus violents. Le sulfate de quinine, pour lequel le malade avait une répugnance très grande, par suite de l'abus qu'il en avait fait, ne produisait plus d'effet sensible; l'emploi du quinium Roy, de concert avec l'arséniate de strychnine, ont, dans peu de jours, amené la guérison de M. A..., qui est reparti pour Panama, emportant une provision de Quinium granulé.

Dans ces observations, l'effet du quinium Roy granulé s'explique par ces paroles de M. Soubeiran : « Il est des fièvres qui résistent au sulfate de quinine et qui cèdent au quinquina, soit qu'alors le concours des principes toniques soit nécessaire ou que peut-être l'association des deux alcaloïdes, quinine et cinchonine, puisse faire ce qui est impossible à chacun d'eux séparément. » (Leçons Soubeiran.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 mars 1888. — Présidence de M. Hérard.

CORRESPONDANCE

La correspondance officielle comprend :

Des lettres du ministre du commerce relatives à des demandes d'autorisation d'exploitation d'eaux minérales.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de candidature de MM. E. Rivière, Lereboullet, Magitot, Galezowski et Corlieu pour la classe des associés libres;

2° Une note sur le traitement de la maladie de Basedow, du diabète et de l'épilepsie par l'antipyrine, par M. le docteur Gabriel Gauthier (de Charolles);

3° Une lettre de M. Poggi, médecin à Quasquaro (Corse), sur le traitement des affections du cuir chevelu;

4° Un mémoire intitulé : *Indication d'un mode de traitement pour guérir les maladies des voies respiratoires et du poumon*, par M. le docteur E. Dulaurier (Comm. : M. Dujardin-Beaumetz);

5° Un travail de M. Sandras, sur deux appareils pour la constatation des effets de l'acide fluorhydrique sur les voies respiratoires (Même commissaire);

6° Une lettre de M. Verneuil, qui informe l'Académie que la séance d'inauguration de la troisième session du Congrès français de chirurgie aura lieu le 12 mars.

RAPPORT

Eaux minérales. — M. **Proust** donne lecture d'un rapport d'eaux minérales, dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

COMMUNICATIONS

Érythrophléine. — M. **Panas** communique les résultats des expériences qu'il a faites sur l'action de l'érythrophléine comme agent anesthésique dans les opérations pratiquées sur l'œil.

Des expériences faites il y a deux ans, et tout dernièrement encore, sur les animaux et chez l'homme, il résulte que l'érythrophléine provoque sur l'œil de l'inflammation et des douleurs

vives. Son action anesthésique est réelle et dure plus longtemps que celle de la cocaïne.

Toutefois, étant donné l'efficacité éprouvée de la cocaïne, l'absence de toute douleur et de tout signe d'inflammation, la possibilité d'en prolonger l'action en répétant les instillations autant qu'il le faudra, c'est à cette substance qu'il faut donner la préférence pour les opérations sur les yeux et, à aucun titre, à l'érythrophléine.

M. G. SÉE a fait des études sur ce médicament; il ne s'est pas placé au même point de vue; il a étudié son action physiologique sur le cœur et en a publié les résultats dans une notice lue en 1880 à l'Académie des sciences.

Gastrostomie. — M. TERRILLON présente un malade auquel il a pratiqué avec succès l'opération de la gastrostomie pour un rétrécissement infranchissable de l'œsophage au niveau du cardia. L'alimentation stomacale est parfaite. L'état du malade est considérablement amélioré.

ÉLECTIONS

L'Académie procède à deux élections successives de correspondants nationaux dans la deuxième division.

Les candidats présentés par la Commission étaient classés dans l'ordre suivant :

En première ligne, M. de Closmadeuc (de Vannes); en deuxième ligne, M. Joüon (de Nantes); en troisième ligne, *ex æquo*, MM. Demons (de Bordeaux), Dezanneau (d'Angers), Lanelongue (de Bordeaux) et Queirel (de Marseille).

Pour la première place, sur 58 votants, M. de Closmadeuc obtient 40 suffrages (élu).

Pour la deuxième place, M. Joüon, sur un même nombre de votants, obtient 33 suffrages (élu).

RAPPORT

De la sollicitation expérimentale des phénomènes émotifs chez les sujets en état d'hypnotisme. — M. DUJARDIN-BEAUMETZ, au nom de la Commission nommée à l'effet de suivre les expériences communiquées à l'Académie par M. Luys, dans la séance du 30 août 1887, donne lecture du rapport. Nous nous bornons pour aujourd'hui à en reproduire les conclusions.

« Fidèle à la tâche qui lui avait été confiée, la Commission a pensé que sa mission était terminée et que, tout en reconnaissant l'extrême bonne foi de M. Luys, il lui suffisait d'avoir montré que les effets produits par des médicaments placés à distance chez des sujets hypnotisables paraissaient dépendre plus du caprice, de la fantaisie et du souvenir du sujet mis en expérience, que des substances médicamenteuses renfermées dans les tubes employés dans ce cas.

Aussi a-t-elle adopté à l'unanimité la conclusion suivante :

La Commission nommée pour examiner les faits avancés par M. Luys dans la séance du 30 août 1887, au sujet de l'action des médicaments à distance sur les sujets hypnotisables, émet l'avis que rien ne démontre au point de vue scientifique cette action des médicaments à distance et que ni la thérapeutique, ni la médecine légale n'ont à tenir compte de pareils effets. »

M. LUYS demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT invite M. Luys à remettre ce qu'il a à dire à mardi prochain après l'insertion du rapport au *Bulletin*.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la prophylaxie syphilitique.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA PROPHYLAXIE PUBLIQUE DE LA SYPHILIS

M. FOURNIER. Certains articles divisent l'Académie et votre Commission a craint qu'un vote sur la question ne fût pas unanime. Elle ne l'a pas voulu. Il n'est pas convenable pour se présenter devant les pouvoirs publics que ce vœu exprime une majorité et non l'unanimité des votes. Ils nous répondraient, évidemment, par une fin de non-recevoir, en nous disant: Accordez-vous, d'abord, entre vous, Messieurs les médecins.

Aussi, pour éviter cet insuccès, la Commission s'est-elle réunie de nouveau, a-t-elle fait des retouches sensibles et adopté les conclusions suivantes que j'ai l'honneur de soumettre à l'Académie.

Art. IV. — Ces divers ordres de provocation ayant pour conséquence la dissémination des maladies syphilitiques, l'Académie réclame des pouvoirs publics un ensemble de mesures réglant et fortifiant l'intervention administrative et permettant d'atteindre la provocation partout où elle se produit.

Art. V. — La sauvegarde de la santé publique exige que les filles, se livrant à la prostitution, soient soumises à l'inscription et à la surveillance médicale.

Art. VI. — L'Académie émet le vœu que l'inscription des filles se livrant à la prostitution ne soit prononcée que sous la sauvegarde du droit commun.

Art. VII. — Toute fille qui sera reconnue, après l'examen médical, affectée d'une maladie vénérienne, sera internée dans un asile sanitaire spécial.

Cet asile sera exclusivement ce qu'il doit être, à savoir un hôpital, mais un hôpital dont les malades ne pourraient sortir, qu'après guérison des accidents transmissibles.

Art. VIII. — Les filles inscrites seront soumises à une visite hebdomadaire, visite complète et de date fixe.

Art. IX. — Des mesures de surveillance et de prophylaxie, qui fonctionneraient dans la capitale, seraient rendues rigoureusement exécutoires dans les départements.

En province, les filles reconnues affectées de maladies vénériennes seraient hospitalisées dans un service spécial.

M. TRÉLAT avait l'intention de s'élever contre les premières conclusions de la Commission; mais devant le vigoureux effort de conciliation qu'elle a fait en apportant à ces conclusions les modifications que l'on sait, il lui reste fort peu de choses à dire.

La Commission, surtout par l'organe de M. Le Fort évidemment poussé par un sentiment fort honorable, s'est longuement arrêtée sur le sort des mineures à l'égard desquels nous ne pouvons rien, la loi étant silencieuse. Mais ce n'est pas le rôle de l'Académie de défendre l'innocence plus ou moins persécutée.

M. Trélat a écouté avec attention et avec intérêt le discours de son collègue M. Le Fort qu'il ne peut qu'approuver dans ses louables efforts; mais ce n'est pas là notre affaire, dit-il, il n'appartient pas à l'Académie de légiférer, ni de réformer les lois ou les règlements en usage. Qu'elle veuille donc tenir le langage que nul autre ne peut tenir à sa place, qu'elle s'en tienne à étudier, à discuter les travaux de ses membres, qu'elle n'oublie pas que, dans le rapport de M. Fournier, le point de départ de toutes ces discussions c'est la syphilis; que, parlant en médecin, elle dise au public qui suit ses travaux : Voilà la maladie dont les ravages deviennent chaque jour plus terribles, voilà quels sont ces ravages, voilà son extension, voilà cette maladie qui atteint jusqu'à l'enfant dans le sein de sa mère, se propage de génération en génération, et cause une véritable ruine pour la société; et cette terrible maladie, où prend-elle sa source? Dans ce bourbier fangeux qu'on appelle la prostitution clandestine et que M. Trélat désigne sous la dénomination pastorienne de bouillon de culture de la vérole. Voilà le langage que doit tenir l'Académie, d'une voix unanime. Or, il nous est démontré que les pouvoirs administratifs, quelles que soient les armes dont ils disposent, les tiennent, ces armes, d'une main débile; qu'en un mot la répression est impuissante ou, tout au moins insuffisante. Or, il s'agit beaucoup moins de chercher à leur donner de nouvelles armes qu'à leur inculquer cette conviction forte et bien arrêtée, qu'ils doivent s'en servir et qu'ils ont une tâche à remplir à laquelle ils ne doivent pas faillir.

En résumé, il existe un grand dommage pour la société, dommage dont la source inattaquée est la prostitution clandestine. Or l'Académie, au lieu de se perdre dans des arguties juridiques, doit signaler le mal et ses progrès. Elle indique, à ce point de

vue, les mesures à prendre. M. Trélat se rallie donc complètement aux nouvelles conclusions de la Commission, qu'il remercie des efforts énergiques qu'elle a déjà faits et il est tout disposé à les soutenir et à les défendre.

M. LEGOUEST trouve ces conclusions inconséquentes; en effet, l'une de ces conclusions demande le droit commun pour les prostituées; une autre conclusion propose de les interner dans un asile spécial, quand elles seront malades, et de les y garder jusqu'à complète guérison. Cet asile spécial n'est donc pas autre chose qu'une prison.

Quant à l'application, en province, des mesures prophylactiques proposées par la Commission, elle est absolument impossible et inexécutable. Les hôpitaux de province, en effet, ne sont pas constitués comme ceux de Paris; ils dépendent d'une sorte de conseil de famille qui jusqu'ici a toujours refusé d'admettre dans ses institutions hospitalières les vénériens et à plus forte raison les vénériennes. Il y a pour cela plusieurs raisons; mais il en est une surtout dans le midi, c'est que les hôpitaux y sont généralement aussi des pensionnats de jeunes filles.

M. FOURNIER fait observer que la Commission demande le droit commun pour la fille qui va être inscrite, mais qui n'est pas encore une prostituée. Nous demandons qu'elle soit jugée par les juges du droit commun.

Pour ce qui est de la province, il est vrai que les hôpitaux ne veulent pas accepter de vénériens, ni de vénériennes. En outre, les examens y sont faits d'une façon déplorable : dans beaucoup de petites villes, il n'y a pas encore de spéculum. Or il a paru utile à la Commission de signaler cet état de choses et de demander qu'on y remédie dans la mesure du possible.

M. LEGOUEST fait observer que ce n'est pas d'aujourd'hui qu'on appelle, sur ces faits, l'attention des pouvoirs publics sans pouvoir rien obtenir. Étant en tournée d'inspection générale, il constate, dans une petite ville, que les militaires sont atteints de syphilis en très grand nombre. Il signale le fait au maire, homme intelligent et éclairé, en lui conseillant d'installer un dispensaire pour les vénériens ou tout au moins de permettre l'établissement d'une maison de tolérance. M. le maire s'indigne à cette proposition, et déclare que jamais on ne verra une pareille infamie dans la ville. M. Legouest fit un rapport à M. le ministre de la guerre qui saisit de l'affaire M. le ministre de l'intérieur qui écrivit au préfet, lequel écrivit au maire qui ne fit rien.

ÉLECTION DES COMMISSIONS DE PRIX POUR 1888

L'Académie procède à la nomination, par le scrutin, des Commissions de prix pour l'année 1888. Voici, d'après le résultat du scrutin, quelle est la composition de ces Commissions :

Prix de l'Académie. — MM. Proust, Rochard et Colin (Léon).
Prix Amussat. — MM. Larrey, Polaillon et Péan.
Prix Barbier. — MM. Leblanc, Luys et François-Franck.
Prix Buignet. — MM. Gariel, Bouchardat et Schützenberger.
Prix Capuron. — MM. Moutard-Martin, Siredey et Bouchard.
Prix Civrieux. — MM. Potain, Peter et Blanche.
Prix Daudet. — MM. Le Fort (Léon), Vidal et Fournier.
Prix Desportes. — MM. Dujardin-Beaumetz, Féréol et Hayem.
Prix Falret. — MM. Hardy, Lancereaux et Mesnet.
Prix Godard. — MM. Laboulbène, Cornil et Ball.
Prix Itard. — MM. Villemin, Tarnier et Empis.
Prix Laval. — MM. Bucquoy, Trélat et Charcot.
Prix Meynot. — MM. Duplay, Panas et Labbé.
Prix Monbinne. — MM. Brouardel, Besnier et Cusco.
Prix Orfila. — MM. Le Roy de Méricourt, Caventou et Gautier.
Prix Portal. — MM. Guéniot, Perrin et Ranvier.
Prix Pourat. — MM. Sappey, Duval et Laborde.
Prix Saint-Paul. — MM. Marey, Lannelongue et C. Paul.
Prix Stanski. — MM. Jaccoud, Nocard et Worms.
Prix Vernois. — MM. Trasbot, Vallin et Lagneau.

A 4 heures trois quarts l'Académie se forme en comité secret.

CORRESPONDANCE

Gand, ce 5 mars 1888.

A Monsieur le docteur Le Sourd, *directeur de la* Gazette des hôpitaux.

Monsieur le directeur,

Un de vos plus vieux abonnés (1858), un de vos anciens collaborateurs (1860-1862), vous demande de lui accorder un moment la parole dans les colonnes de la *Gazette des hôpitaux*, à propos de l'histoire de l'opération dite d'Alexander.

Quand, en 1859, je proposais à MM. les professeurs Burggraeve et Soupart de guérir les déplacements utérins par le raccourcissement des ligaments ronds, j'ignorais absolument les recherches d'Alquié sur ce sujet. Le silence fait par l'Académie de médecine, autour du travail du professeur de Montpellier, explique le peu de retentissement que les idées d'Alquié avaient eu à l'étranger. Pendant plusieurs années, après des expériences cadavériques nombreuses, je m'étais efforcé de faire passer mes convictions dans l'esprit de mes éminents maîtres, les professeurs Burggraeve et Soupart. En mars 1864, je présentai à la Faculté de médecine de l'Université de Gand une Thèse sur la « Ponction de la vessie », pour l'obtention du diplôme spécial de docteur en sciences chirurgicales. A ce travail se trouvent annexées vingt propositions que je devais défendre en séance publique. La vingtième est ainsi conçue : « Diminuer la longueur des ligaments ronds, c'est guérir radicalement la chute de la matrice (1). »

Ainsi donc, à vingt ans de distance, Alquié devant l'Académie de médecine de France et moi devant la Faculté de médecine de l'Université de Gand, nous défendons la même idée. « On ne sait, dit M. le docteur Beurnier, si la méthode que proposait Alquié avait été employée par lui sur le vivant, ou si son mémoire reposait seulement sur des recherches cadavériques et sur des données purement théoriques. »

En ce qui me concerne, les faits sont plus clairs. De 1859 à 1864, j'ai fait publiquement, un très grand nombre de fois, devant mes condisciples et mes maîtres, à l'amphithéâtre, la preuve que le raccourcissement des ligaments ronds pouvait guérir les déviations et les déplacements utérins.

C'est à la suite de toutes ces études que les professeurs Burggraeve et Soupart voulurent bien en 1865, s'associant à moi, tenter sur une jeune femme la cure d'un prolapsus utérin par le raccourcissement des deux ligaments ronds. L'opération fut pratiquée publiquement devant un grand nombre de médecins et d'élèves à la clinique chirurgicale de l'Université.

Mais, par une de ces fatalités que présente l'histoire des opérations, nous ne trouvâmes que des ligaments atrophiés. La chute utérine était trop prononcée et trop ancienne et nous ne pûmes mener à bonne fin une opération que nous avions si bien étudiée et sur la réussite de laquelle nous avions tant compté. Nous nous arrêtâmes là. Aucun accident ne vint compliquer les suites de cette opération.

La Commission des hospices s'étant montrée mécontente des expériences auxquelles on se livrait sur ses malades, je n'osai plus demander à MM. Burggraeve et Soupart, de me suivre dans de nouvelles tentatives, et, depuis, mes études se sont dirigées dans d'autres directions.

La chirurgie française d'abord, la chirurgie belge ensuite, ont posé le principe de la cure des déplacements utérins par le raccourcissement des ligaments ronds de 1840 à 1864. Le procès-verbal de la séance de l'Académie de médecine de France, du 17 novembre 1840, et ma dissertation inaugurale, soutenue en séance publique de la Faculté de médecine de l'Université de Gand, le 18 mars 1864, en font foi. Il n'y a pas à ergoter sur ce point.

(1) Deneffe. *De la ponction de la vessie,* dissertation inaugurale soutenue devant la Faculté de médecine de l'Université de Gand, 181 pages. — Bruxelles, 1864, Carel éditeur.

Enfin, en 1865, à la clinique chirurgicale de l'Université de Gand, en public, avec le concours de mes maîtres, les professeurs Burggraeve et Soupart, la cure d'un prolapsus utérin fut tentée par le raccourcissement des ligaments ronds. L'idée qu'Alquié et moi avions préconisée, fut appliquée au vivant. C'est une page d'histoire chirurgicale qu'il m'appartenait de remettre en lumière et de rétablir dans sa vérité, dût-elle déplaire aux chirurgiens anglais.

Je vous prie, Monsieur le Directeur, d'agréer, avec mes remerciements, l'expression de ma considération la plus distinguée.

Professeur Deneffe,
de l'Université de Gand.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La distribution des prix et accessits aux élèves lauréats des derniers concours de l'internat et de l'externat, aura lieu samedi prochain, 10 mars, à quatre heures.

— M. le docteur Drouineau, chirurgien en chef de l'hôpital de La Rochelle, est nommé inspecteur général des services administratifs, section des établissements de bienfaisance, en remplacement de M. Foville, décédé.

— Nous recevons le premier fascicule de la « Nouvelle iconographie de la Salpêtrière ». Cette publication, sur laquelle nous aurons à revenir, est consacrée à la clinique des maladies du système nerveux; publiée, sous la direction du professeur Charcot, par MM. Paul Richer, Gilles de la Tourrette et Albert Londe, elle se propose de publier les travaux qui exigent une illustration très soignée. Chaque fascicule paraîtra tous les deux mois avec figures intercalées dans le texte et huit planches hors texte.

— M. le professeur Mathias-Duval commencera son cours d'anthropologie (embryologie comparée), le lundi 12 mars 1888, à cinq heures du soir, à l'École d'anthropologie, et le continuera les lundis suivants à la même heure.

Il traitera cette année, dans la première partie de son cours, du troisième œil des vertébrés; et dans la seconde partie, de la segmentation vertébrale et des organes segmentaires uro-génitaux.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

33

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

St dép. dét. à Paris, Phie Lebeault, 53, Réaumur.

ENTREPOT GÉNÉRAL : **5, rue Bourg-L'Abbé, Paris.**

79

PIN D'AUTRICHE DE JOSEPH MACK

PINUS PUMILIO

ÆSSENCE pour inhalation et fumigation contre affection des voies respiratoires.
EXTRAIT pour bain antirhumatismal.
SOLUTION pour frictions fortifiantes et anti-rhumatismales.
CELLULES contre maladies des bronches, poumons et catarrheuses vésicaux.
SIROP ET PATE contre Toux, Rhume et maladies catarrheuses.
Inhalateur perfectionné viennois, Flanelle, Ouate, Plastrons, Gants pour frictions.
Dépôt : Phie M. Tallon, 49, avenue d'Antin, Paris. — Envoi franco d'échantillons gratuits. Exiger la signature, Joseph Mack

74

LES CAPSULES DE ROUSSEAU
AU VALÉRIANATE D'AMMONIAQUE

permettent d'absorber sans répugnance ce médicament. — Chaque capsule renferme 0gr,10 de Valérianate cristallisé. Phn 54, rue de Rome, Paris.

13

VÉRITABLES GRAINS DE SANTÉ

DU DOCTEUR FRANCK (*Codex n° 603*).

Aloès et Gomme-Gutte

Le plus commode des **Purgatifs**, très imité et contrefait.
Exiger le mot véritable sur l'étiquette, imprimée en 4 *couleurs* et sur des *boîtes bleues*.
Dépôt : Phie Leroy, 2, r. Daunou, et toutes phies.

46

VICHY, PASTILLES DIGESTIVES

Fabriquées à Vichy, avec les Sels extraits des Eaux. Elles sont d'un goût agréable et sont prescrites contre les aigreurs et les digestions difficiles.

Boîtes de 1, 2 et 5 fr.

SELS DE VICHY POUR BAINS

Le rouleau pour un bain, 1 fr. 25.

SUCRE D'ORGE DE VICHY

Excellent Bonbon digestif. Boîtes de 1, 2 et 3 fr.

Exiger sur les produits ci-dessus les marques de la Compagnie.

A Paris, 8, boulevard Montmartre; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré, où se trouvent à prix réduits toutes les eaux minérales naturelles sans exception.

39

VIN DE VIVIEN

A L'EXTRAIT DE FOIE DE MORUE.

Ce vin, agréable au goût, contient par cuillerée 0gr,12 d'extrait, soit exactement les principes actifs de la meilleure huile. — 3 fr, 50 le flacon.
Dragées d'extrait créosoté : le flacon de 100, 3 fr. 50.
50, boulevard de Strasbourg.

79

POUDRE DE VIANDE

Diastasée — Diastasée et Phosphatée

DE TROUETTE-PERRET

Sans mauvaise odeur, sans mauvais goût
Très bien tolérée par les malades et d'assimilation très facile. — Se trouve dans toutes les ph ies.
Gros : E. Mazier, 264, boul. Voltaire, Paris.

74

SOLUTION PAUTAUBERGE

au chlorhydro-phosphate de chaux créosoté.

Chaque cuillerée contient 10 centigrammes de créosote et 50 centigrammes de sel de chaux; elle doit être prise dans de l'eau sucrée.
Bien tolérée par les voies digestives, cette Solution est facilement acceptée et complètement absorbée; très efficace dans les **Tuberculoses, Affections chroniques broncho-pulmonaires, Scrofules, Rachitisme.**
L. Pautauberge, 22, rue Jules-César, Paris.

75

COMPAGNIE LIEBIG

CAPITAL : 12 MILLIONS VERSÉS

SEUL VERITABLE

EXTRAIT DE VIANDE LIEBIG

Bouillon concentré de viande de bœuf

SANS GRAISSE NI GÉLATINE

Les plus hautes distinctions aux grandes expositions internationales depuis 1867.

HORS CONCOURS DEPUIS 1885.

Précieux pour ménages, malades, usages nombreux pour potages et sauces.
Cet extrait ne se détériore jamais.
Exiger le *fac-simile* de la signature de l'inventeur Bon Liebig, en encre bleue sur l'étiquette.
Se vend chez les principaux épiciers et pharmaciens.

62

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.
En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

42

VIN BI-DIGESTIF DE CHASSAING

A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.

(*Rapport favorable de l'Académie de médecine de Paris le 29 mars 1864*)

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.
Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.
Paris, 4, avenue Victoria.

33

VARICES, HÉMORRHOÏDES

HAMAMELIDINE LOGEAIS

Elle a pour *adjuvant indispensable* ds le cas de *Varices* l'usage de compresses de **Mixture Logeais à l'Hamamélis** et dans le cas d'*Hémorrhoïdes* celui de **Bougies américaines à l'Hamamelis.**
Dépôt : Phie Logeais, av. Marceau, et ttes phies.

22

Récompenses aux expositions.

THÉ SAINT-THOMAS

PURGATIF ET DÉPURATIF.

Gros : G. Roux et Cie, 27, rue de la Cerisaie, Paris.
Dépot : Pharmacie Roux, 141, rue Montmartre.

58

ÉLIXIR FERRO-ERGOTÉ MANNET

L'emploi du fer associé à l'ergot de seigle est formellement indiqué dans : *la dysménorrhée des jeunes filles, incontinence d'urine, pollutions et pertes séminales* (Millet, Trousseau, Bretonneau); *dans les accidents multiples de la métrite chronique* (Gallard); *pour éviter les métrorrhagies* (Dujardin-Beaumetz). — 2, pl. Vendôme, Paris.

99

TABLETTE ROUSSEAU

BŒUF CONDENSÉ.

Aliment reconstituant par excellence; valeur nutritive sans égale. — *Anémie.* — *Dyspepsies.* — *Convalescences.* — Paris, 3 *bis*, rue Bleue.

23

NÉVRALGIES, MIGRAINES, FIÈVRES.

PILULES DE SAINT-CLOUD

Chaque pilule contient 1/5e de milligramme d'*Aconitine*, du *Valérianate de Quinine* et du *Valérianate de zinc*.
Phie Dufilho, Saint-Cloud, et ttes phaamacies.

47

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.
Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.
Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.
Prix du flacon : CINQ FRANCS.
Vente au détail. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.
Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.
Prix de la boîte : DEUX FRANCS.
Vente au détail : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans les principales pharmacies de France.
Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

65

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.
Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.
Prix du flacon : QUATRE FRANCS.
Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.
Vente en gros : Chez tous les droguistes.

72

PILULES SUISSES

(*Pilules de coloquinte composées*)

PURGATIVES, LAXATIVES, DÉPURATIVES

MM. les médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. Hertzog, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

52

MALADIES DE POITRINE

CRÉOSOTE DE GOUDRON DE HÊTRE

Vin, Huile et Sirop
Capsules d'huile de faînes
Id. d'huile de foie de morue } **créosotés.**

Seules formules vraies des docteurs Bouchard et Gimbert. — Phie H. Mayet, 9, rue St-Marc.

15

VIN DU DOCTEUR FORESTIER

(Quinquina, pyrophosphate de fer, écorces d'oranges amères et Malaga.)

Voir : *Traité de thérapeutique.* Trousseau e. Pidoux; Commentaires du *Codex*, Gubler.
Fabrication : J.-B. Bosredon aîné, Brive (Corrèze).

50

MALADIES DU CŒUR

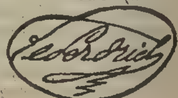
Palpitations, Affections mitrales ou aortiques, Aénvrysmes, Hydropisies, guéris par **DRAGÉES TONICARDIAQUES LE BRUN (caféine iodoformée).** Dépôt Gral : Phie Cie Fg Montmartre, Paris.

97

LA TOILE VÉSICANTE LE PERDRIEL

(VÉSICATOIRE ROUGE)

est connue depuis plus de soixante ans. Elle doit à une formule particulière et au soin avec lequel elle est exécutée, un succès qui ne s'est point démenti. Par la promptitude de son action (*de six à dix heures*), on évite les accidents ordinaires des vésicants. Exiger la couleur rouge et la division centésimale noire (propriété de l'auteur), ainsi que la signature.



Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

(TROISIÈME SESSION)

Séance d'ouverture.

La troisième session du Congrès français de chirurgie s'est ouverte aujourd'hui lundi, 12 mars 1888, à deux heures de l'après-midi, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, sous la présidence de M. le professeur Verneuil, membre de l'Institut, assisté de M. le docteur baron Larrey, vice-président, et de M. le docteur Pozzi, secrétaire général.

DISCOURS DE M. LE PROFESSEUR VERNEUIL

Messieurs et chers collègues,

Vous m'avez fait un insigne honneur et donné une grande marque de sympathie en me plaçant à votre tête comme président du troisième Congrès français de chirurgie. Je vous remercie de tout mon cœur, et cependant c'est avec regret que j'ai chargé mes épaules de ce fardeau.

J'aurais de beaucoup préféré m'asseoir simplement parmi vous, maître de mes pensées et seul responsable de mes paroles, et voici qu'enchaînant ma liberté, vos bienveillants suffrages me mettent en demeure de représenter, en quelque sorte officiellement, la chirurgie française à l'heure présente. Or, la chose n'est rien moins que facile, car, à aucune époque, que je sache, les tendances scientifiques et pratiques ne se sont montrées dans notre pays aussi variées et aussi divergentes. Jamais il n'y a eu plus d'indépendance et moins de subordination ni de discipline, et si, dans notre phalange chirurgicale, l'état-major est aussi brillant que nombreux, on ne trouve à sa suite que bien peu de soldats et à sa tête aucun chef vrai ou du moins reconnu tel par la majorité.

Sans doute, tout le monde recherche la renommée et poursuit le progrès, mais beaucoup pour les atteindre s'engagent volontiers dans les voies nouvelles, fussent-elles fort étroites, plutôt que de suivre les larges routes déjà tracées. L'encyclopédisme est à la veille de disparaître et la spécialisation, qu'on compare à la division du travail, semble constituer la préoccupation générale du moment. Comme dans l'industrie, où la concurrence talonne les travailleurs, il s'agit actuellement, dans les sciences appliquées, de produire vite et, coûte que coûte, de se distinguer en faisant mieux ou du moins autrement que les autres.

Notez bien que je constate simplement ce qui se passe sans m'en affliger autrement, parce que je reconnais que cette activité précoce et fiévreuse présente de sérieux avantages qui compensent ses inconvénients, et que, d'ailleurs, les lamentations, aujourd'hui pas plus qu'au temps de Jérémie, ne changent rien aux grands mouvements qui entraînent les hommes.

Au reste, je n'ignore pas que dans cette ardeur même il y a des degrés, qu'en regard des radicaux et des ardents, il y a les modérés et les sages; qu'à côté des hommes d'action qui brûlent les étapes, il y a les penseurs qui ne veulent rien faire sans la collaboration du temps, et je me console des désaccords, fussent-ils extrêmes, en pensant que, dans un bataillon qui marche en avant, ceux qui sont à l'avant-garde, comme ceux qui sont à l'arrière, remplissent un rôle également utile.

Je pense d'autant moins à blâmer ou à louer ceux de l'extrême droite ou de l'extrême gauche, que pour stimuler ceux-ci et ralentir ceux-là, je passe continuellement d'un camp dans l'autre, sans m'émouvoir d'ailleurs parce que d'un côté on me traite d'esprit aventureux et subversif, et que de l'autre on me catalogue déjà dans le cabinet des Antiques. Donc, rassurez-vous, chers confrères, je vous ferai grâce de mes jugements, pour lesquels il me faudrait, comme à tout autre qui tenterait l'essai, à quelque parti qu'il appartînt, au moins cent pages d'impression ou quatre heures de discours, avec la perspective de déplaire à la majorité et de ne pas contenter la minorité.

Peut-être cependant me sera-t-il permis de saisir une occasion, que d'ailleurs nous n'avons point fait naître, pour répondre en quelques mots à une attaque aussi inattendue qu'inexplicable, formulée récemment contre notre École française par un célèbre chirurgien étranger, actuellement professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Vienne.

M. Billroth, c'est de lui qu'il s'agit, est un des dignitaires de notre Société de chirurgie; son « Traité de Pathologie générale » a été traduit deux fois dans notre langue; chaque édition a été présentée au public médical français dans des termes fort courtois et peut-être même trop élogieux; à ma connaissance, ni l'œuvre, ni l'auteur n'ont jamais été dans notre pays l'objet de critiques injustes ou acerbes; nous pouvions donc nous croire à l'abri d'un accès de mauvaise humeur que rien n'avait justifié.

Cependant, un beau jour, de propos délibéré, sans raison aucune, après avoir violemment attaqué, et du reste avec une incompétence avérée, notre illustre Pasteur, M. Billroth a jugé bon, dans le même pamphlet, de formuler en termes désobligeants son opinion sur la chirurgie française; il lui reproche dédaigneusement, entre autres choses « de suivre d'un pas boiteux les immenses progrès des chirurgies allemande et anglaise ».

Quant à motiver cette agression singulière, M. Billroth ne s'en est point donné la peine, estimant sans doute qu'un arrêt sortant de sa bouche s'imposait de lui-même. Or, pour ma part, je pense que personne n'est moins capable que notre éminent collègue d'apprécier ce que vaut la science chirurgicale française, par cette

excellente raison que personne ne l'ignore plus que lui. Si quelqu'un trouvait ce jugement mal fondé, je le renverrais au « Traité de pathologie générale » déjà cité; il y chercherait en vain, dans la dixième édition aussi bien que dans la première, la moindre mention des meilleurs travaux français. Comme je ne puis supposer que M. Billroth passe de parti pris nos œuvres sous silence, j'en conclus qu'il ne les connaît pas, et s'il ne les connaît pas, je me demande comment il peut savoir si nous boitons en marchant ou si nous marchons du même pas que nos voisins.

En répondant ainsi au chirurgien allemand, je ne veux point, je vous l'affirme, bien qu'en droit de justes représailles, lui chercher une querelle personnelle, mais seulement protester contre tous ceux qui, comme lui, nous critiquent à la légère; en se plaçant d'ailleurs à un point de vue étroit et exclusif, que je veux vous signaler. J'y mets si peu d'aigreur que je vais chercher à expliquer la méprise de M. Billroth.

Ceux pour qui toute la chirurgie se résume dans la médecine opératoire, qui s'extasient devant les exérèses audacieuses et élèveraient volontiers un temple au dieu Bistouri, ne placent évidemment la chirurgie française ni au premier ni même au second rang, et en cela ils sont conséquents avec eux-mêmes.

Il faut bien avouer, en effet, que dans notre pays (et dans quelques autres d'ailleurs), on n'extirpe pas tous les jours le larynx, pas plus qu'on ne résèque bien souvent le pharynx, l'œsophage et l'estomac; on n'ouvre également guère ce dernier organe à titre d'opération préliminaire, pour dilater le pylore rétréci; on hésite beaucoup à aller chercher des tumeurs gommeuses ou des masses tuberculeuses dans la profondeur des hémisphères cérébraux et l'on n'introduit pas volontiers de corps métalliques, fussent-ils filiformes, dans les anévrysmes de l'aorte; la ponction de ce gros vaisseau, ainsi que celle des ventricules et des oreillettes, n'est pas encore en honneur chez nous; nous osons même mettre en doute la valeur réelle de ces entreprises et nous demander si elles constituent de véritables conquêtes. Or, jusqu'à ce qu'il soit bien démontré qu'il y a là un progrès véritable, autant vaudra le suivre à petits pas que de courir après en risquant de se casser le cou.

Quant aux opérations vraiment utiles, si hardies qu'elles soient, si difficiles qu'elles paraissent, on les pratique sans hésitation à Paris et dans nos grandes villes, et on enregistre autant de succès qu'ailleurs.

Il n'est pas en effet besoin d'aller au delà de nos frontières — voyage qui d'ailleurs n'a pas réussi à tous ceux qui l'ont entrepris — pour chercher la guérison des grosses tumeurs du ventre par l'ovariotomie, les hystéro ou hystérectomies, les laparotomies diverses, ni la cure des affections rénales par la néphrotomie ou la néphrectomie. Nulle part on n'a employé avec plus de sagacité et d'habileté que chez nous l'ouverture de la vessie pour remédier aux cystalgies rebelles et pour guérir ou pallier les tumeurs intra-vésicales; la lithiase biliaire est franchement attaquée par l'ouverture ou l'ablation de la vésicule du fiel et nos jeunes chirurgiens se montrent fort habiles à extirper les trompes de Fallope plus ou moins endommagées; en d'autres régions, nous sommes aussi entreprenants qu'il le faut.

Nous trépanons bravement pour remédier aux accidents tardifs des traumas craniens et n'avons eu besoin de personne pour savoir exactement où il fallait appliquer les couronnes afin de guérir telle ou telle monoplégie. Depuis Letiévant et Estlander, nous réséquons les côtes sans sourciller et il ne m'est pas revenu qu'à l'étranger on pratique mieux qu'en France la périlleuse extirpation des grosses tumeurs du cou, de l'aisselle, des mâchoires, du triangle de Scarpa, etc. La suture primitive ou secondaire des nerfs est journellement et depuis longtemps employée chez nous. Enfin il ne semble pas qu'on fasse nulle part meilleur ni plus fréquent usage des opérations préliminaires et des grandes opérations palliatives, telles que la trachéotomie, la gastrostomie, les anus contre nature, etc.

Il est inutile d'insister, je crois, pour montrer que nous opérons tout ce qui peut et doit être raisonnablement opéré, et que nous ne privons aucun de nos patients du secours sérieux de la thérapeutique opératoire, avec cette circonstance à porter, ce me semble, à notre actif, que l'opération chirurgicale reste à nos yeux *ratio ultima et non prima*.

Mais, dira-t-on, si vous adoptez à la longue les acquisitions récentes de l'art chirurgical, vous le faites sans enthousiasme, presque à contre-cœur et quand des chirurgiens plus hardis vous ont aplani la route.

J'accorde que nous nous tenons en garde contre les innovations peu mûries ou contre certaines réhabilitations mal fondées, et que nous y regardons à deux fois avant d'essayer ou de réessayer sur nos patients des actes chirurgicaux incontestablement dangereux. Mais cette réserve ne laisse pas que d'avoir du bon. Quelques exemples le prouveront sans peine. Ainsi, sans rejeter l'extirpation du corps thyroïde, nous ne l'avons pas pratiquée à tort et à travers et nous n'avons pas eu l'ennui de transformer nos goîtreux en crétins. Nous avons tranquillement continué à traiter les grands kystes thyroïdiens par les injections cavitaires et le goître parenchymateux par les injections interstitielles, et comme ces moyens nous réussissaient dans la grande majorité des cas, nous avons réservé la thyroïdectomie pour les cas rares où ils avaient échoué et où d'ailleurs la vie était menacée.

De même pour l'extirpation de l'utérus cancéreux. Tant que l'opération pratiquée par l'hypogastre a donné une mortalité énorme, nous nous sommes presque complètement abstenus; mais quand le pronostic s'est amélioré, grâce à l'adoption et aux perfectionnements du procédé vaginal, nous nous sommes enhardis et nous avons extirpé à notre tour; mais là, avançant avec prudence, nous avons vite reconnu que si le succès opératoire devenait la règle, le succès thérapeutique restait la grande exception; alors notre ardeur s'est modérée, nous avons soigneusement trié les cas et, à ce jour, remettant en parallèle les avantages respectifs de l'ablation totale, de l'ablation partielle et du traitement palliatif, nous faisons à la première une part de plus en plus restreinte.

Il semble aussi que nous avons bien fait de ne pas accepter les yeux fermés et de ne pas pratiquer trop vite certaines opérations, telles que la suture du col utérin déchiré, l'ablation des ovaires sains en cas d'hystérie, de dysménorrhée et de métrorrhagie, le raccourcissement des ligaments ronds (d'invention française, soit dit en passant, et qui appartient à Alquié et non à MM. Alexander ou Adams). Sans doute, ces opérations semblent avoir été parfois couronnées de succès, mais nous savons aussi qu'elles restent souvent inefficaces, qu'elles comptent des cas de mort, fait d'autant plus grave que les états morbides auxquels on les oppose ne compromettent point par eux-mêmes la vie, et qu'enfin certaines malades, chez lesquelles les opérations susdites paraissant tout à fait indiquées allaient être prochainement pratiquées, ont fort bien guéri sans leur secours et avec l'aide d'une thérapeutique simple ou de moyens chirurgicaux en tout cas plus bénins et d'une exécution plus facile. Je trouve, dans un mémoire d'ailleurs bien fait, sur la trachélorrhaphie utérine, une petite anecdote que je recommande à vos méditations :

Une femme, atteinte de déchirure ancienne du col utérin, présentait tous les symptômes fâcheux que cette lésion légère est capable, paraît-il, de produire. L'auteur du mémoire, partisan honnête et convaincu de la suture cervicale et la croyant ici tout à fait nécessaire, se disposait à la pratiquer, lorsque l'idée lui vint de toucher la fissure avec le thermocautère, manœuvre anodine par excellence qui fit disparaître promptement tout le cortège symptomatique. Si le temps me le permettait, je vous raconterais d'autres histoires qui vous désenchanteraient un peu sur la valeur des opérations en question.

Messieurs, quand avec quarante ans d'activité et d'expérience on possède une connaissance suffisante de l'histoire de l'art chirurgical; quand on a vu paraître et disparaître par douzaines les panacées opératoires, et certaines d'entre elles, maintes fois délaissées, surgir de quinze ans en quinze ans pour sombrer toujours; lorsque, relisant les traités classiques qui servaient il y a

un demi-siècle de bréviaires aux praticiens (le livre de Velpeau, par exemple), on constate que la moitié pour le moins des opérations, procédés et sous-procédés, recommandés et réputés recommandables, sont justement tombés dans un oubli profond, on se prend à craindre qu'il n'en soit ultérieurement de même pour un grand nombre d'opérations, procédés et sous-procédés édités de nos jours, et qui font la joie, l'orgueil et l'espérance de leurs inventeurs; alors, sans mauvais vouloir et sans précipitation, on examine, on réfléchit, on pèse le pour et le contre, on compare le nouveau à l'ancien, au besoin on demande un supplément d'informations ou une enquête nouvelle avant de se prononcer, et quand on est convaincu que cette temporisation conduit le plus sûrement au bien et garantit le mieux contre l'erreur, non seulement on s'en fait une règle, mais on la préconise vivement pour ses disciples, lesquels, trouvant sans doute la procédure trop longue et la vie trop courte, se jettent dans les aventures, d'où ils reviennent souvent pleins de désillusions, sinon même de regrets.

Mais j'admets, si l'on veut, qu'après avoir incontestablement tenu, pendant une grande partie de ce siècle, le sceptre de la médecine opératoire, nous l'ayons laissé échapper et que d'autres mains le détiennent, il ne s'ensuivrait pas pour cela qu'au jour présent notre thérapeutique fût en état d'infériorité.

En somme, le but final de la pratique est la guérison, et si on peut l'atteindre par différentes voies, il n'est pas, que je sache, d'article de loi qui force à employer bon gré mal gré le fer ou le feu quand on peut réussir aussi bien par les médicaments, l'hygiène ou les moyens de douceur.

Dans une circonstance récente où une simple application topique, bénigne, était mise en parallèle avec des actes opératoires assez violents, quelques confrères prirent la parole pour revendiquer les *droits de la chirurgie*. C'est sans doute les *droits du bistouri* qu'ils voulaient dire. Cette réclamation était quelque peu singulière, car la chirurgie n'a pas de droits, mais seulement un devoir, qui est de soulager ou de guérir le plus simplement et au moins de frais possible. Pour le bistouri, je ne lui connais aucun droit et son seul devoir est d'être très propre et de couper le mieux possible.

Si l'on compare, dans ses tendances générales, la thérapeutique chirurgicale en France et à l'étranger, on peut affirmer, sans crainte d'être démenti, que dans aucun pays elle n'est plus conservatrice que dans le nôtre; que nulle part plus qu'ici on ne se préoccupe :

1° D'utiliser les médicaments, les agents hygiéniques, les moyens chirurgicaux dits de douceur et les opérations non sanglantes;

2° De baser l'ensemble du traitement sur l'étiologie, la pathogénie, la nature, les formes et le degré du mal à combattre;

3° De mettre à profit les enseignements de la physiologie et de la pathologie générale et d'effacer les barrières malencontreusement élevées entre les pathologies interne et externe;

4° D'employer, au cas où la médecine opératoire est nécessaire, les procédés les moins périlleux et les plus faciles à exécuter;

5° D'être éclectique, c'est-à-dire d'accepter comme utile tout moyen thérapeutique, à la condition expresse de déterminer soigneusement les cas fréquents ou rares qui le réclament, et surtout de ne l'appliquer exclusivement ni au hasard ni par séries;

6° D'être opportuniste, c'est-à-dire de peser soigneusement les avantages et les inconvénients de l'action précoce ou tardive, de l'abstention momentanée ou définitive pour arriver à saisir le moment favorable, l'*occasio præceps*;

7° De préciser rigoureusement les indications et contre-indications opératoires, en tenant grand compte de l'état organique des sujets et des maladies constitutionnelles patentes ou latentes dont ils sont atteints;

8° Enfin d'instituer avant, pendant et après l'acte chirurgical, un traitement capable d'en préparer, d'en assurer et d'en rendre définitif le succès.

Or, tout porte à croire que le chirurgien, pénétré de ces principes et les appliquant avec conscience et sagacité, guérira beaucoup de malades, et si les trompettes de la renommée ne portent pas au loin son nom comme s'il avait enlevé un poumon ou lié le tronc basilaire, il pourra se consoler en comptant le nombre de ceux auxquels il aura, sans fracas, conservé la santé ou sauvé l'existence.

Excusez-moi d'entrer dans quelques détails pour prouver que je n'ai point exagéré les mérites et qualités de notre chirurgie française.

J'ai dit qu'elle était conservatrice et qu'elle utilisait sans cesse les moyens non sanglants. Voyez ce qui se passe pour les lésions traumatiques des doigts, de la main et de l'avant-bras, si communes dans les usines en particulier; consultez les statistiques étrangères : il en appert qu'un chirurgien, appelé à soigner ces blessures, ampute, en une ou deux années, plus de doigts, de métacarpiens, de poignets et d'avant-bras que le chirurgien français, le plus occupé, dans toute sa vie. Ce que l'on mutile irrémédiablement ailleurs, nous le conservons, et les blessés se servent très utilement plus tard de membres qu'on croyait d'abord à tout jamais perdus. Notez que c'est avec l'eau phéniquée en bains ou en pulvérisations, et avec le pansement d'Alphonse Guérin, qu'on obtient ces cures si précieuses.

Passons au traitement des maladies articulaires. Combien nous amputons rarement et combien aussi nous sommes sobres de résections! Avons-nous tort sur ce dernier point? Comment le croire quand, après avoir pratiqué nombre de fois ces opérations, nos confrères étrangers les condamnent maintenant ou en restreignent de plus en plus l'usage. On compte dans leurs relevés un grand nombre d'enfants et d'adolescents, ce qui, soit dit en passant, grossit naturellement le total des succès faciles. Eh bien! consultez nos confrères les plus autorisés, MM. Ollier, Lannelongue, de Saint-Germain, demandez-leur combien ils résèquent d'articulations dans le jeune âge et combien ils en guérissent par la thérapeutique non sanglante!

Il y a quelques années, un chirurgien étranger fort distingué visitait mon service, où se trouvent toujours réunies un assez grand nombre d'arthropathies; étonné de ne pas voir de résections pratiquées ou à pratiquer, il en manifesta sa surprise. Je répondis en lui montrant simplement les moyens que je mettais en usage et les résultats que j'obtenais. Il m'écouta silencieusement et sans rien contester, mais le doute était peint sur son visage; il me fit l'honneur de revenir deux ou trois fois dans mes salles, et en partant m'avoua, sans y être sollicité, que ses croyances dans la nécessité de la cure sanglante des arthropathies étaient fortement ébranlées. Il reconnut d'ailleurs l'extrême simplicité d'un traitement où l'on se contente d'associer la bonne attitude du membre, l'immobilisation absolue de la jointure, la compression régulière, la révulsion modérée, mais réitérée, et l'usage intérieur d'une médication appropriée à l'état constitutionnel.

Ajoutons à cette liste nombre de courbures rachitiques qu'on ostéotomise à outrance chez nos voisins et qui se redressent bien et relativement vite sous la seule influence de la thalassothérapie, comme l'attestent sans réplique les moules en plâtre pris avant et après la cure.

Puisque l'ostéotomie est en question, veuillez remarquer que si nous en reconnaissons la valeur orthopédique incontestable et si pour la plupart nous l'avons pratiquée, nous lui préférons de beaucoup, pour le genu valgum, pour certaines ankyloses, avec position vicieuse de la hanche, du coude, et parfois même du genou, l'ostéoclasie, qui, grâce à l'outillage très perfectionné que nous possédons, s'effectue avec une précision, une rapidité, une simplicité que l'ostéotomie ne saurait dépasser, ni même le plus souvent atteindre, avec la bénignité qui vient par-dessus le marché.

Sans doute, la supériorité de l'ostéoclasie en cas de genu valgum, par exemple, est essentiellement due à l'excellence des ostéoclastes de MM. Robin et Collin, mais n'est-il pas juste et à

propos de porter à l'actif de notre chirurgie française les merveilleux instruments dont nous avons enrichi l'arsenal chirurgical et les trésors inépuisables que livrent au monde entier ces grands artistes français qu'on appelle des couteliers. Je crois que, dans cette voie si utile, nos rivaux nous suivent en claudiquant, n'ayant, je suppose, inventé ni l'ostéoclaste actuel, ni l'écraseur linéaire, ni le thermocautère, ni les seringues de Dieulafoy et de Pravaz, pas plus qu'ils n'ont imaginé ni les bougies tortillées, ni la sonde rouge de Nélaton, minuscules découvertes peut-être, mais qui ont tant de valeur en thérapeutique urinaire.

Sur tous les points de notre thérapeutique, on retrouve ces mêmes tendances à éviter les procédés sanglants et à choisir les *acta minoris periculi*. N'est-ce point à cette préoccupation qu'a obéi notre savant collègue, M. Denucé (de Bordeaux), quand, en appliquant la ligature élastique à la cure de l'inversion utérine, il a rendu bénigne et facile une opération nécessaire, urgente parfois, mais jusque-là pleine de danger.

Post majora, minora. Pour les hémorrhoïdes, nous avons abandonné complètement la ligature, l'excision sanglante; quelques-uns conservent encore l'écraseur linéaire ou la cautérisation en masse ou interstitielle; le plus grand nombre se contente de la simple dilatation, qui convient à la presque totalité des cas et réussit 98 fois sur 100.

D'ici à quelques années, on ne traitera plus le phimosis que par la dilatation ou par la transformation en paraphimosis, qu'on guérit si bien sans y toucher, avec du repos et des compresses résolutives.

Dans le même temps, on ne parlera que pour mémoire des innombrables procédés proposés pour la grenouillette ordinaire; tous seront remplacés — y compris le mien, car j'en ai inventé au moins un — par la modeste injection de quelques gouttes de solution caustique avec la seringue de Pravaz.

N'a-t-on pas également gagné du terrain, quand on a employé les injections à l'éther iodoformé dans la cavité des abcès ossifluents et dans le centre des ganglions tuberculeux durs ou ramollis, pour remplacer l'ouverture et le curage dans l'une et l'autre affection; ou encore quand on a remplacé, au moins pour l'immense majorité des cas, le débridement du furoncle et de l'anthrax par la seule pulvérisation phéniquée.

Je m'arrête, loin d'avoir épuisé la somme de mes exemples!

Les moyens de douceur et les opérations minuscules ont surtout un avantage sur lequel on n'insiste pas assez et qu'il convient de mettre en relief : c'est de pouvoir être employés de très bonne heure, dans des cas légers, d'une cure relativement facile, où l'on hésiterait beaucoup à proposer le bistouri, que d'ailleurs le patient refuserait le plus souvent.

Je m'explique : voici un goître commençant et de petit volume; il ne détermine aucune gêne encore et déforme à peine le cou de la jeune femme qui le porte; cependant il est manifestement en progrès et résiste à la médication interne. Que faire? Tenterez-vous d'emblée l'extirpation du corps thyroïde pour prévenir une suffocation future, mais fort éloignée, et allez-vous largement balafrer le col sous prétexte de faire disparaître une difformité à peine visible? Très vraisemblablement la malade et sa famille refuseront un remède si peu proportionné au mal et attendront malheureusement que la tumeur soit devenue grosse, gênante et choquante. Mais au lieu de l'opération sérieuse, et en insistant d'ailleurs sur les inconvénients de la temporisation prolongée, recommandez les injections interstitielles, qui au début donnent tant de succès, et on suivra docilement vos conseils.

Le même raisonnement s'applique aux myômes utérins interstitiels pour lesquels on n'ose entreprendre les périlleuses et difficiles hystéro ou hystérectomies qu'en cas d'accidents graves et chez des femmes épuisées. Dès que le mal vous est signalé et que votre diagnostic est établi, agissez sans retard, instituez le traitement médical avec les bromures, l'ergotine, l'électricité, les eaux thermales enfin, si les ressources de la cliente le permettent; et si cette cure anodine est prolongée suffisamment, la marche du myôme sera le plus souvent enrayée pour toujours.

Vous savez avec quelle répugnance, malades et médecins acceptaient jadis la cure chirurgicale des hémorrhoïdes; par crainte de l'opération, alors même qu'elle fut rendue moins grave par l'usage du fer rouge et de l'écraseur linéaire, on laissait de malheureux hémorrhoïdaires devenir exsangues et cachectiques, quand ils n'étaient pas en plus torturés par les souffrances de la fissure. Dans de telles conditions, alors que l'anémie était profonde et les grands viscères stéatosés, les opérations étaient en réalité dangereuses; mais aujourd'hui, les préjugés de nos confrères et de leurs clients sont dissipés, notre intervention est acceptée aussitôt qu'elle devient utile, parce qu'elle se borne à une simple manœuvre mécanique qui rentre dans le cadre de la petite chirurgie.

L'anecdote suivante vous montrera les dispositions qu'affectent vis-à-vis des opérations sanglantes les gens du monde qui, en somme, ont bien voix délibérative. Je fus appelé, il y a quelques années, dans le faubourg du Temple, près d'un enfant atteint de phimosis. Le mal causait quelques troubles et l'opération était tout à fait indiquée. J'exposai mon opinion au père, qui m'écouta sérieusement, mais ne parut point convaincu; il motivait son hésitation sur ce que, l'année précédente, il avait failli perdre son fils aîné à la suite de la circoncision pratiquée cependant par un des bons chirurgiens de Paris. A quoi je répondis que je ne comptais pas exciser le prépuce, mais faire simplement la dilatation sans effusion de sang et sans autre traitement que des applications d'eau fraîche. Notre homme tout rassuré me croit sur parole et me donne carte blanche; quatre ou cinq jours après, l'enfant était guéri.

Les objections, il est vrai, ne manquent pas, et n'ont jamais manqué à cette pratique modeste qui, il en faut convenir, n'ajoute rien au prestige redoutable de la chirurgie armée. Vers 1840, à Lisfranc qui la préconisait, bien qu'il fût un des opérateurs les plus justement célèbres de son temps, on reprochait ironiquement de faire la *chirurgie du cataplasme (sic)*; aujourd'hui encore les opérateurs raillent les thérapeutes, qu'ils accusent d'agir lentement et de mettre des jours, des semaines et des mois à guérir ce que les vrais actes chirurgicaux suppriment en quelques heures, jours ou semaines. Pour quelques-uns, l'essentiel est d'aller vite, et en conséquence l'on va si vite parfois qu'on ne prend pas même le temps de porter le diagnostic et d'entrevoir les contre-indications.

Si l'on oppose timidement la bénignité et la simplicité des opérations douces et minimes à la gravité et à la difficulté des grandes entreprises chirurgicales, il vous est répondu que la gravité n'existant plus grâce à la méthode antiseptique, il n'y a pas lieu d'en tenir compte, et que la chirurgie devant être faite par des chirurgiens, sa simplicité devient accessoire. Bref, il semble qu'on sacrifie un peu trop le *tutò* au *citò* et que parfois pour aller vite lorsque, par exemple, on tente la réunion immédiate après l'uréthrotomie externe ou la fistule à l'anus, on complique comme à dessein des procédés qui suffisaient à nos pères et qui suffisent encore à la plupart d'entre nous. En signalant ces propensions fâcheuses, je crois pouvoir dire qu'elles sont surtout d'importation étrangère, ce qui me fait espérer que, pour employer le langage du jour, elles ne trouveront pas dans notre pays un milieu favorable à leur culture.

Si, comme on n'en saurait douter, une affection chirurgicale a d'autant plus de chance de guérir qu'on a fait un choix plus judicieux entre les diverses façons de la traiter, l'éclectisme en thérapeutique est un devoir et devient, quand il est appliqué à propos, une qualité maîtresse; par contre, l'exclusivisme est au moins une faute, pour ne pas le qualifier plus sévèrement.

Or, ce n'est jamais à un chirurgien français que vous entendrez dire que la lithotritie doit disparaître du cadre des opérations utiles ou que la taille sus-pubienne doit remplacer toutes les autres méthodes de cystotomie; vous souririez si on vous proposait de traiter tous les rétrécissements de l'urèthre par la dilatation ou par l'uréthrotomie, soit interne, soit externe, et jamais on ne pourra décider la majorité d'entre nous à traiter unifor-

mément toutes les hydrocèles par l'excision de la tunique vaginale et sa suture, ni à tenter pour toutes les hernies indistinctement la cure prétendue radicale.

Avant d'extraire la pierre de la vessie, nos chirurgiens examinent avec soin le volume, la consistance, la composition chimique du ou des calculs, puis l'état de l'urèthre, de la prostate et des reins, enfin l'âge du patient et sa santé générale; ces informations réunies, ils optent suivant les cas pour la lithotritie ou pour l'une des lithotomies : hypogastrique, périnéale, médiane, prérectale, etc.; mais ils sont si peu exclusifs, que tout en considérant la lithotritie comme la meilleure et la plus bénigne des méthodes dans la majorité des cas, ils la déclarent hautement détestable dans des conditions déterminées.

C'est dans le traitement chirurgical, curatif ou palliatif, du cancer du rectum, que nous utilisons le mieux notre propriété de sélection. Les Allemands ne font presque que l'extirpation, lors même qu'elle entraîne l'ouverture du péritoine et la récidive prochaine et inévitable; les Anglais ne font guère que la palliation et pratiquent presque exclusivement la colotomie lombaire. En France, on fait l'ablation des cancers de la région anale encore peu étendus et dont on a l'espoir de dépasser largement les limites. La masse néoplasique remonte-t-elle plus haut, a-t-elle contracté des adhérences avec les organes voisins, vagin ou prostate, on se contente de pratiquer la rectotomie linéaire palliative pour remédier à la diminution du calibre; l'infiltration épithéliale est-elle plus étendue et plus élevée encore, détermine-t-elle des douleurs de rétention et des hémorrhagies, on pratique aussitôt la colotomie iliaque qui soulage rapidement, n'entraîne presque jamais par elle-même la mort, ni même le moindre accident sérieux, et donne des survies tranquilles parfois surprenantes.

Même adaptation des procédés différents aux cas différents pour les cancers de la langue que nous attaquons par la bouche ou par le cou, avec ou sans section médiane du maxillaire, avec ou sans ligature préliminaire de la linguale, en nous servant, comme agents d'exérèse, du bistouri, de la ligature simple ou élastique, de l'écraseur linéaire, de l'anse galvanique, du thermocautère, etc.

Et pour les polypes naso-pharyngiens, que nous abordons par la voûte palatine, par la joue, par le nez, en réséquant, enlevant, ou déplaçant la mâchoire supérieure, et que nous détruisons en une ou plusieurs séances par l'arrachement, la ligature, les cautérisations chimiques, voire l'électrolyse.

N'allez pas croire que l'éclectisme, pour porter ses fruits, exige une longue expérience et une vaste pratique, ce qui le rendrait inaccessible aux jeunes chirurgiens et aux médecins de province qui n'opèrent que par accident. La sélection thérapeutique s'effectue très convenablement avec du bon sens et une instruction qu'on peut toujours acquérir. Peut-être pourrait-on tirer parti d'une formule que j'ai édictée jadis et qui me guide chaque jour dans mes jugements.

Si l'on considère dans tout moyen thérapeutique l'*efficacité*, la *bénignité* et la *simplicité*, il suffit, lorsque deux opérations sont en concurrence, d'examiner comparativement les trois qualités dans chacune d'elles et tout naturellement on choisit celle qui, avec une efficacité égale, présente une bénignité plus notoire et une plus grande facilité d'exécution.

Veut-on, par exemple, désarticuler l'épaule ou la cuisse avec le moins de danger possible? On adopte le principe de la ligature préalable et de la division des tissus de dehors en dedans et l'on parachève presque seul et sans incident ces grandes mutilations. Faut-il, pour pallier un cancer du rectum, recourir à la colotomie? On choisit sans hésiter le procédé de Littre, de préférence à celui de Callisen. Enfin, doit-on, en cas d'œdème de la glotte, ouvrir les voies aériennes? On opte pour l'opération de Vicq d'Azyr, si supérieure à la trachéotomie ordinaire.

C'est la poursuite de la bénignité et de la simplicité relatives qui, en cas de hernie avec gangrène, fait préférer à beaucoup d'entre nous la création d'un anus contre nature à la résection de l'intestin avec suture et réduction immédiate. Certes, la cure est lente dans la première manière, mais la rapidité possible dans la seconde compense mal la grandeur du danger.

Messieurs, je ne voudrais pas prolonger indéfiniment cette plaidoirie ni laisser croire que je trouve notre chirurgie parfaite. Si j'ai montré ses côtés forts et loué ses tendances excellentes, j'en distingue aussi les points faibles et les imperfections. Libre-échangiste par nature, je concède sans peine que nous pouvons et devons même faire à nos rivaux d'utiles emprunts.

Mais je réclame la réciproque et voudrais que la justice que nous rendons aux autres nous fût également rendue. On voudra bien constater que je n'ai attaqué personne, mais seulement défendu avec quelque chaleur notre École française, puisque nul chez nous ne songe à le faire et que nous conservons, même à l'égard des étrangers, une sorte de manie chevaleresque qui frise la naïveté.

En effet, qu'un Français passe la frontière, il se croit obligé de trouver superbe tout ce qu'on lui montre, de le dire tout haut et de l'écrire au besoin. Il croirait discourtois de signaler ce qu'il voit de défectueux, et de mauvais goût de réclamer pour les choses qu'on nous a empruntées ou que nous faisons mieux. *In petto* il sait bien ce qui est mauvais et ce qu'il faut blâmer, mais il se tait.

Or, des étrangers qui viennent chez nous, lisent nos livres et connaissent nos idées, puisqu'ils les mettent à profit, combien peu nous citent en dehors de ceux que nous savons nos amis et qui s'intéressent ouvertement aux progrès de notre science, et que la louange sort difficilement de leur bouche ou de leur plume! N'imitons pas les oublieux et les injustes; restons équitables quand même, mais soutenons nos droits et revendiquons hardiment notre part.

Ce qui fait croire que notre chirurgie n'est pas si fort en décadence et qu'il y a encore quelque chose à gagner dans notre commerce, c'est le concours que nous apportent, à une époque et dans des conditions défavorables, les confrères venus des pays voisins qui honorent notre réunion de leur présence et auxquels je suis heureux de souhaiter la bienvenue en votre nom et d'offrir nos remerciements sincères.

Si le Congrès tout entier acclame avec joie nos amis étrangers, il est du devoir des Parisiens d'exprimer leur gratitude à leurs confrères de province. En les voyant si nombreux, nous apprécions quel intérêt ils portent à nos assises scientifiques et quel désir ils ont d'en assurer le succès.

Salut donc à vous, éminents praticiens de Lyon, de Bordeaux, de Nancy, de Toulouse, de Marseille, de Lille, de Tours et de tant d'autres cités, qui représentez si dignement la chirurgie et qui l'exercez avec tant de talent. Merci d'être venus non pas seulement pour vous instruire, mais aussi pour nous apprendre ce que vous faites et comment vous le faites.

Depuis bien longtemps j'observe avec l'attention la plus sympathique le mouvement chirurgical dans nos départements, et d'année en année je constate de nouveaux progrès. Il y a quarante ans, la province comptait à peine une douzaine de chirurgiens en renom; aujourd'hui, tous les grands centres, comme la plupart des villes de deuxième et de troisième ordre, ont des sociétés médicales à séances et à publications périodiques; on s'y réunit pour se communiquer les faits saillants de la pratique et pour discuter les idées nouvelles; et dans presque chaque *Bulletin* départemental on trouve des documents précieux.

Je ne puis oublier quelle fut ma surprise un jour que, de passage à Boulogne-sur-Mer et assistant à la réunion mensuelle de la Société de médecine, j'entendis le récit de plusieurs cas chirurgicaux qui auraient fait très bonne figure à notre Société de chirurgie, voire même à l'Académie de la rue des Saints-Pères.

Oui, chers confrères, vous pratiquez de plus en plus et au mieux des intérêts généraux une décentralisation précieuse et nécessaire; grâce à vous, les lumières de la science et les secours de l'art se répandent sans cesse et arrivent jusque dans les plus humbles villages. Ainsi vous démontrez l'erreur de ceux qui disent que la grande chirurgie ne peut être faite que dans les

grandes villes et par les grands chirurgiens, oubliant trop les conditions dans lesquelles se trouve la moitié, sinon les deux tiers de notre population. Les pauvres ruraux et les petits citadins ne sont point à l'abri des affections graves exigeant les ressources suprêmes de la chirurgie; mais ils ne peuvent aller les chercher à cent lieues de leur demeure, encore moins attendre que les étoiles de la profession viennent les apporter dans leurs chaumières. Il leur faudrait donc compter sur le bon vouloir de la nature ou se résigner à souffrir et à mourir si vous n'étiez pas là pour les assister, les sauver, les soulager en tous cas, leur faire bénir cette chirurgie bienfaisante, jadis si redoutée, mais aujourd'hui en si juste faveur, depuis qu'entre vos mains elle rend de si grands services.

Il est certain que tous vous ne pouvez pas tout faire et que plusieurs grands actes chirurgicaux sont encore hors de la portée de quelques-uns d'entre vous; mais ces cas sont assez rares et il y a lieu d'espérer qu'ils le deviendront de plus en plus, à partir du jour où on sera parvenu à perfectionner et surtout à simplifier la technique opératoire.

Rappelons-nous ce qui s'est passé pour la fistule vésico-vaginale. Il y a quarante ans, sa cure opératoire était considérée comme si difficile, qu'à peine si à Paris même deux ou trois chirurgiens la traitaient. Bozeman et Marion Sims nous apportent l'excellent procédé que vous connaissez; nous l'appliquons et nous réussissons; puis nous l'apprenons à nos élèves qui, aujourd'hui, la pratiquent si heureusement dans tous les coins de la France, qu'à peine si nous autres, Parisiens, en voyons encore quelques cas rares dans la pratique de l'hôpital ou de la ville.

Applaudissons sans réserve, Messieurs, à cette démocratisation de la chirurgie, si conforme à l'esprit humanitaire et désintéressé de notre race; sans abaisser les grands, elle élève les moyens et les petits et fait entrevoir l'heure où l'on trouvera, sur les points les plus reculés de notre territoire, des esprits éclairés et des mains habiles.

Si les Congrès français de chirurgie hâtent cet heureux événement, ils auront bien mérité de la Science et de la Patrie.

Le discours du président, très souvent interrompu par les marques d'assentiment de l'assemblée, se termine au milieu des plus vifs applaudissements.

Nous commencerons dans notre prochain numéro, la relation des lectures et discussions scientifiques.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 9 mars 1888, a été promu dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. le docteur Audiat, aide-médecin.

— Par décret, en date du 9 mars 1888, a été nommé dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin principal. — M. le docteur Poitou-Duplessy, médecin principal de la marine en retraite.

— Par décision ministérielle, en date du 7 mars 1888, l'appel des médecins de l'armée territoriale aura lieu, en 1888, dans les conditions suivantes (19e corps d'armée excepté) :

260 médecins aides-majors de deuxième classe seront convoqués pour une période de treize jours, en deux séries : ceux de la première série, du 9 au 21 avril, et ceux de la deuxième série, du 28 mai au 9 juin.

Ces médecins seront désignés par les généraux commandant les corps d'armée sur le territoire desquels ils sont domiciliés.

Aucune dispense d'appel ne pourra être accordée, si ce n'est pour des cas de force majeure ou dans l'intérêt des populations. Les demandes qui seraient formulées à ce sujet devront être adressées à MM. les généraux commandant les corps d'armée.

— La Commission administrative de l'hôpital civil de Bône demande un interne en médecine. Pour tous renseignements, s'adresser au maire de Bône, président de ladite commission.

— Un concours pour la nomination à une place de pharmacien dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, sera ouvert le lundi 9 avril 1888, à une heure précise, dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris, quai de la Tournelle, 47.

Les personnes qui voudront concourir devront se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, depuis le lundi 12 mars, jusqu'au mercredi 28 mars, inclusivement de onze heures à trois heures.

— M. le docteur Meynet, médecin adjoint du lycée de Lyon, est nommé médecin dudit lycée en remplacement de M. le docteur Rambaud décédé.

M. le docteur Bard, agrégé, est nommé médecin-adjoint du lycée de Lyon, en remplacement de M. le docteur Meynet.

— M. H. Becquerel soutiendra, devant la Faculté des sciences de Paris, le 15 mars, à une heure et demie, pour obtenir le grade de docteur ès sciences physiques, une thèse intitulée : « Recherches sur l'absorption de la lumière. »

— M. le docteur Guébhard, professeur agrégé, commencera les conférences de physique, le samedi 17 mars 1888, à deux heures et demie de l'après-midi, dans le petit amphithéâtre de la Faculté de médecine, et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Maygrier, professeur agrégé, commencera le cours d'accouchements, spécial aux élèves sages-femmes, le lundi 19 mars 1888, à neuf heures du matin, dans le petit amphithéâtre de la Faculté de médecine, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Seront admises : 1° les élèves sages-femmes en cours d'études depuis le mois de novembre 1887; 2° les élèves sages-femmes qui auront subi avec succès, à la session de mars 1888, l'examen d'admission à la clinique.

Une carte spéciale sera délivrée à chacune des élèves sages-femmes ci-dessus désignées, le mardi 13 mars 1888, à quatre heures de l'après-midi, au secrétariat de la Faculté.

— *Faculté des sciences de Paris.* — Les cours du second semestre de l'année scolaire 1887-1888 s'ouvriront à la Sorbonne, le vendredi 16 mars 1888; ils auront lieu dans l'ordre suivant :

M. le professeur Friedel commencera son cours de chimie organique, 3, rue Michelet, le vendredi 16 mars à dix heures et demie du matin, et le continuera les mercredis suivants à une heure et demie et les vendredis à dix heures et demie. Il traitera des fonctions et étudiera les composés de la série aromatique.

M. le professeur Gaston Bonnier ouvrira son cours de botanique, le vendredi 16 mars, à dix heures et demie du matin, et le continuera les mercredis et les vendredis suivants à la même heure. Il étudiera les principaux groupes des végétaux appartenant à la flore européenne.

M. le professeur Yves Delage commencera son cours de zoologie, anatomie et physiologie comparée, le samedi 17 mars, à trois heures et demie, et le continuera les mardis et les samedis suivants à la même heure. Il étudiera les Annelés. Les travaux pratiques, les conférences et les manipulations auront lieu dans les laboratoires sur des sujets relatifs aux examens de la licence.

M. le professeur Lippmann commencera son cours de physique, le samedi 17 mars, à deux heures, et le continuera les mardis et les samedis suivants à la même heure. Il traitera de l'acoustique et de l'optique.

M. le professeur Hautefeuille commencera son cours de minéralogie, le lundi 19 mars à deux heures trois quarts et le continuera les jeudis et les lundis suivants à la même heure. Il étudiera les caractères généraux des minéraux et les principales espèces minérales.

M. le professeur Hébert commencera son cours de géologie, le mercredi 21 mars, à trois heures, et le continuera les vendredis et les mercredis suivants à la même heure. Il exposera successivement les caractères de chacune des périodes géologiques.

M. Riban, maître de conférences, chargé de cours, ouvrira un cours annexe de chimie analytique, le mercredi 21 mars, à trois heures et demie, à l'amphithéâtre de la rue Michelet, n° 3, et le continuera les mercredis suivants à la même heure. Il traitera de l'analyse quantitative.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris.—L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE . . . . 3 mois : **8** fr. **50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. » — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'étendue du compte rendu du Congrès de chirurgie ne nous permettant pas l'insertion de la séance de l'Académie de médecine, nous nous bornons, pour aujourd'hui, à mentionner les sujets qui y ont été traités.

La séance a été occupée par plusieurs lectures de M. J. Bœckel (de Strasbourg), sur une série d'arthrotomies du genou; de M. Queirel (de Marseille), sur l'antipyrine dans les accouchements; de M. Doyen (de Reims), sur l'érisypèle et la fièvre puerpérale; de M. A. Poncet (de Lyon), sur la luxation pathologique en avant du nerf cubital droit; et par la suite de la discussion sur la prophylaxie de la syphilis, que nous analyserons avec le compte rendu de la séance prochaine.

L'Académie a élu dans cette séance deux correspondants étrangers (deuxième division). Les deux élus ont été : le premier, M. de Saboya (de Rio-Janeiro), par 45 voix sur 49 votants; le second, M. Lusk (de New-York), par 40 voix sur le même nombre de votants. Les autres candidats, portés sur la liste de présentation en troisième ligne *ex æquo*, étaient M. Horsley (de Londres), M. Mac Cormack (de Londres), M. Mac Ewen (de Glasgow), et M. Sayre (de New-York).

Parmi les pièces de la correspondance, nous nous bornerons à signaler les lettres de candidature de MM. Blache et Félix Brémond, pour la classe des associés libres.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. FOURNIER.

De l'urticaire en général et de ses variétés, fièvre ortiée, urticaire chronique, etc. (1).

III

Après avoir étudié sous ses diverses formes l'urticaire de la peau, il convient d'étudier maintenant les manifestations de la maladie sur les muqueuses, c'est-à-dire l'urticaire interne, laquelle est démontrée par des observations nombreuses.

Cette urticaire a été rencontrée sur toutes les muqueuses accessibles à une exploration directe, sur la muqueuse du palais, de la gorge, du pharynx, sur la langue, l'épiglotte. Guéneau de Mussy l'y a observée sous la forme de petites taches d'un rose vif, ressemblant à des plaques d'urticaire. Chez différents malades, déjà atteints d'urticaire externe, on a constaté l'existence de plaques, d'un rouge ardent, faisant relief sur la teinte générale congestive de la muqueuse buccale, ou l'existence de tumeurs rosées, circonscrites, affectant la langue, la luette, les piliers du voile du palais, l'épiglotte, etc. La lésion s'accompagnait de chaleur, brûlure, prurit, sécheresse locale; elle évoluait comme les manifestations ortiées : début soudain, durée éphémère, disparition rapide; et coïncidait ou alternait avec l'éruption ortiée tégumentaire.

Enfin lorsqu'elle siège sur des muqueuses inaccessibles à la vue, elle ne s'en révèle pas moins d'une façon indéniable, par des troubles fonctionnels, rappelant absolument l'allure et la physionomie des manifestations ortiées.

L'urticaire buccale se traduit, outre les taches et tuméfactions appréciables à la vue, par un sentiment d'œdème, de sécheresse, de prurit local, tel parfois lorsqu'elle siège sur la muqueuse linguale, que les malades grattent leur langue contre les arcades dentaires.

A la gorge, elle constitue l'*angine ortiée*, sous forme d'une tuméfaction partielle ou générale des piliers et des amygdales avec rougeur, tension douloureuse, dysphagie, prurit local, etc. Dans le pharynx, l'endermose ortiée est parfois l'origine de crises soudaines de toux quinteuse, agaçante, accompagnée d'une titillation insupportable, comme s'il s'y promenait des fourmis, crises passagères, durant quelques heures, et cessant comme elles sont venues, mais sujettes à répétition.

Il est probable que c'est à des endermoses de même ordre, que sont dus certains phénomènes bizarres, qu'on observe parfois au cours des urticaires, savoir : des coryzas soudains et passagers, avec éternuements incoercibles, prurit nasal et quelquefois flux abondant; des laryngites œdémateuses fugaces mais assez intenses, parfois, pour avoir fait craindre l'asphyxie; des symptômes de dysphagie œsophagienne; des viscéralgies abdominales quelquefois difficiles à localiser, mais d'autres fois affectant très vivement ou l'estomac, ou l'intestin, ou même la vessie.

Comme exemples de localisation stomacale, je citerai le

(1) Suite. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 246.

fait suivant : une jeune femme névropathe, migraineuse, arthritique, et sujette à des crises d'urticaire, était affectée, de temps à autre, de crises violentes de cardialgie nocturnes avec anxiété extrême, tympanisme, nausées, hoquets, vomissements. Puis, dès que la douleur gastrique s'apaisait, une éruption d'urticaire apparaissait sur la peau, pour se dissiper en quelques heures. Quelquefois même on a vu des crises gastriques s'accompagner d'hématémèse. Le docteur Pringle a rapporté l'observation d'un homme de cinquante et un ans, affecté d'urticaire chronique qui, au cours de ses nombreuses crises éruptives souvent accompagnées d'urticaire buccale et pharyngée, vomissait presque régulièrement du sang, en grande abondance. Dans l'une de ces crises, il ne cessa de rendre ainsi du sang pendant vingt-quatre heures, dans une autre il en vomit *deux cuvettes*. Si bien qu'on eût pu croire à l'existence d'un ulcère stomacal, ou même à quelque chose de pire. Mais l'absence de tous symptômes morbides, autres que l'urticaire, forçait bien à conclure à des hématémèses d'ordre purement congestif, dont l'origine se trouvait dans la rupture des capillaires de la muqueuse, sous l'influence d'une poussée d'urticaire.

D'autres fois la localisation se fait sur l'intestin, en se traduisant par des crises analogues d'apparition et de disparition, non moins soudaine, et de durée non moins éphémère, caractérisées tantôt par des coliques sèches, vives, intenses, quelquefois atroces, tantôt par des coliques avec flux intestinal.

Un malade de Guéneau de Mussy, affecté depuis vingt-quatre ans d'urticaire chronique, en est un véritable type par les crises qu'il éprouva à maintes reprises, crises qui alternaient avec l'éruption d'urticaire sur la peau.

Enfin, exceptionnellement il est vrai, on a vu alterner ou coïncider avec l'éruption des crises vésicales, éphémères, caractérisées par des douleurs sus-pubiennes, du ténesme vésical, de la dysurie.

Mais de toutes ces diverses localisations, il en est une beaucoup plus commune que les précédentes, et sur laquelle les observations surabondent, c'est celle qui se produit sur les bronches, et sur les muqueuses pulmonaires, c'est-à-dire l'asthme ortié.

Il consiste tantôt en de simples accès de dyspnée, d'oppression, sans râles ni sibilance, et tantôt en un véritable accès d'asthme, non seulement sans troubles fonctionnels respiratoires, mais encore avec le cortège usuel des signes physiques de l'accès d'asthme ordinaire.

Quant à la relation chronologique réciproque de ces accès d'asthme et d'éruption ortiée, elle est absolument variable, et tous les cas sont possibles. Ainsi tantôt les deux se manifestent synchroniquement; tantôt l'urticaire apparaît le premier sur la peau, puis l'oppression survient pour se dissiper, quand une nouvelle éruption se fait; enfin — cas le plus rare — l'asthme est le premier phénomène, puis apparaît l'urticaire qui semble le juger.

Percy Warner relate l'observation d'un malade, chez lequel des accès d'asthme et de vomissements violents se montrèrent à plusieurs reprises au cours d'une attaque d'urticaire. Ce malade présentait en outre des plaques d'urticaire sur l'arrière-gorge.

Hawkins Ambler cite le cas d'un jeune homme de vingt-cinq ans, sujet, depuis plusieurs années déjà, à des accès d'asthme, qui, après avoir reçu une ondée, fut pris simultanément et d'une crise d'asthme abominable, et d'une éruption confluente d'urticaire qui couvrit le corps, de la tête aux pieds. Les deux phénomènes disparurent ensemble au bout de deux heures.

Ungar rapporte l'observation curieuse d'un malade, qui présentait une telle susceptibilité cutanée que, s'il restait un instant exposé à un fort courant d'air, il était immédiatement affecté d'une éruption d'urticaire intense et, quelques minutes plus tard, d'un accès d'asthme bronchique. Le passage du malade dans une atmosphère chaude amenait la disparition graduelle de l'asthme et de l'éruption.

C'est ainsi que, pour beaucoup de médecins, l'asthme ne serait qu'une urticaire des bronches. Sous cette forme exclusive et absolue la proposition n'est pas acceptable, mais ce qui est vrai, c'est que certains accidents pulmonaires, consistant surtout en des accès de dyspnée ou en une variété d'asthme sec, s'observent fréquemment, en coïncidence ou en alternance avec les manifestations cutanées de l'urticaire, et que c'est à ces accidents que peut être appliquée la dénomination d'asthme ortié.

Le mouvement fluxionnaire n'offre rien d'extraordinaire, rien de spécial; ainsi que Trousseau l'a fait très justement remarquer, il se passe là quelque chose d'identique à ce qui a lieu dans la rougeole, qui a normalement son catarrhe bronchique. Aussi pourquoi l'urticaire n'aurait-elle pas de même ses manifestations sur la muqueuse des bronches, ainsi que sur d'autres muqueuses ?

Jusqu'ici je n'ai parlé de l'urticaire qu'au point de vue des manifestations éruptives; je ne l'ai envisagée qu'en tant que symptôme; il s'agit de voir maintenant ce qu'est l'urticaire en tant que maladie.

Il est évident, par ce qui précède, qu'on a réuni, sous le nom d'urticaire, des symptômes éruptifs provenant d'états morbides très différents, depuis celui qui a pour cause une simple piqûre d'ortie jusqu'à celui qui dérive d'une toxémie mortelle; depuis celui qui s'évanouit en quelques minutes, jusqu'à celui qui peut se prolonger pendant toute la vie.

Dans l'état actuel de la science, nous pouvons catégoriser, sous trois chefs différents, les éruptions ortiées de diverses origines :

1° Un type aigu qui forme une maladie bien définie, ayant son individualité propre : c'est la fièvre ortiée, pseudo-exanthème, sorte de fièvre éruptive au petit pied.

2° Un type chronique, qui semble constituer une affection diathésique, caractérisée suffisamment par sa chronicité : c'est l'urticaire chronique.

3° Un groupe mal défini, artificiel, très complexe, composé d'espèces très diverses, différentes même, qu'on peut appeler les urticaires accidentelles, ou symptomatiques.

La fièvre ortiée ou urticaire aiguë, urticaire fébrile, est certainement un type très commun, bien distinct. Elle est caractérisée par un état fébrile, d'une certaine durée, auquel s'ajoute une éruption d'urticaire, ou mieux, une sorte de fièvre continue, typique, évoluant dans l'espace d'un septénaire environ, et se compliquant d'une série de poussées ortiées à la peau, poussées qui lui impriment une physionomie morbide tout à fait particulière.

La fièvre ortiée procède de la manière suivante : c'est l'état fébrile qui ouvre la scène, et les malades ne présentent, par suite, rien autre qu'un ensemble de troubles généraux identiques à ceux de toute fièvre (malaise général, abattement, accélération du pouls, élévation de la température, frissonnements, horripilations, céphalalgie, inappé-

tence), et d'une durée de quelques heures à deux ou trois jours. Puis l'éruption apparaît, après s'être annoncée par des sensations disséminées de chaleur et de démangeaisons et envahit diverses parties du corps, sous forme d'élevures ortiées plus ou moins abondantes. La maladie est constituée.

Au delà, dans sa période d'état, elle se compose toujours de ces deux termes associés : état fébrile, avec son cortège banal de troubles fonctionnels variés, et manifestations ortiées à la peau.

La fièvre est de moyenne intensité, et continue avec des exanthèmes le soir. Elle s'accompagne d'inappétence, d'état saburral de la langue, parfois de quelques troubles gastriques (nausées, vomissements), bien plus souvent de divers phénomènes nerveux, ayant leur origine naturelle dans le prurit déterminé par l'éruption (insomnie, agacement, énervement, anxiété).

Quant à l'éruption, c'est une éruption ortiée avec les diverses modalités que nous avons déjà décrites : papules à centre blanc et collerette rosée, ou papules simplement congestives du type rubéolique, ou variétés déjà énoncées ou plus habituellement mélange en proportions variables des diverses variétés. Le plus souvent, ce qu'on rencontre est un mélange de papules porcelainiques et de papules simplement congestives rubéoliques.

L'éruption est ou discrète ou confluente. Elle occupe des sièges multiples ; les papules sont disséminées un peu partout : tronc, muscles (notamment aux environs des genoux, et à la face interne des avant-bras), visage, cou, etc., avec le caractère d'ardeur prurigineuse ; de là des démangeaisons vives, intenses, parfois intolérables, de là, la nuit, une insomnie presque absolue.

L'éruption procède par poussées successives qui se répètent de jour en jour ou mieux plusieurs fois dans la même journée, qui s'ajoutent les unes aux autres, suivant le mode subintrant, et qui aboutissent à se remplacer réciproquement, chacune d'elles n'ayant qu'une durée éphémère, variable, de quelques heures à un jour, un jour et demi. De ces poussées, les plus intenses se produisent assez souvent vers le soir ou la première partie de la nuit, en coïncidence avec une exacerbation du mouvement fébrile. Elle est essentiellement mobile et sujette à déplacement, se portant d'un point à un autre du même département cutané, d'un membre sur un autre, ou sur la face, le cou et inversement.

Tel est l'ensemble morbide qui compose la fièvre ortiée. Cet ensemble a une durée variable de quatre à six, sept, huit jours. Lors de la détente terminale, c'est la fièvre qui cède tout d'abord. Elle diminue puis cesse. Avec elle s'évanouissent les troubles généraux symptomatiques ; puis l'éruption persiste encore un, deux, trois jours, et s'efface sans laisser le moindre vestige. La maladie est alors complètement terminée, sans danger de retour ni même de récidive, car ce n'est pas la fièvre ortiée qui est sujette à récidive, contrairement à tant d'autres types d'urticaire, pour lesquels la récidive est non seulement une habitude, mais un fait presque fatal.

Dans certains cas assez rares, la fièvre ortiée se présente à ses débuts, ou dans les premiers jours, avec une exagération singulière de quelques-uns de ses symptômes généraux, ou avec addition de quelques symptômes insolites, graves ou menaçants, qui impriment à la maladie une allure maligne. C'est ainsi que l'on a constaté parfois des accidents tels que ceux-ci : fièvre très intense, avec abattement, adynamie ou bien agitation excessive, anxiété, céphalalgie violente, subdélirium ou même délire ; accidents de lipothymie, syncopes, stupeur, anesthésie, parésie des membres inférieurs, etc. Mais ce n'est là qu'une gravité apparente et les symptômes s'évanouissent, dès le deuxième ou le troisième jour, avec l'invasion de l'éruption, ou peu après.

Au point de vue étiologique, il en est de la fièvre ortiée comme de la plupart des pseudo-exanthèmes ; la cause réelle nous échappe absolument. Tout ce que nous savons, c'est que la maladie se produit à tous les âges, quoique de préférence dans le jeune âge ; en toutes saisons, mais avec une préférence marquée au printemps, et dans les chaleurs de l'été ; qu'elle succède parfois à de brusques changements de température, ou bien à des écarts de régime, à des déplacements, des changements de milieu, comme, par exemple, sur les enfants venus de la campagne à la ville. Nous en avons eu, ces jours derniers, un nouvel exemple chez un petit enfant de cinq ans, qui a pris une fièvre ortiée quelques jours après son arrivée à Paris. Mais à cela, et c'est bien peu, se borne le bilan de nos connaissances étiologiques, et quant à la cause vraie, essentielle, effective, de la maladie, nous l'ignorons absolument.

Malgré ce desideratum, il ne reste pas moins établi, par ce qui précède, que la fièvre ortiée constitue une entité morbide bien définie, constituée par un pseudo-exanthème fébrile, avec détermination à la peau d'une éruption ortiée.

Ce pseudo-exanthème, grâce à l'éruption spéciale qui l'accompagne, se distingue nettement des états fébriles, des fièvres éruptives et des pseudo-exanthèmes, qui pourraient s'en rapprocher par des troubles généraux, plus ou moins semblables, mais qui n'offrent pas la modalité éruptive d'ordre ortié.

D'autre part, il ne se différencie pas moins nettement des autres urticaires, telles que l'urticaire chronique et l'urticaire symptomatique, dont il me reste à parler, et cela non plus par son mode éruptif, qui lui est commun avec ces dernières, mais bien par les troubles généraux, qui servent de cortège à l'éruption ortiée, et qui constituent une sorte de pyrexie, et par l'évolution régulière, et par la durée à peu près invariable qu'affecte cet ensemble morbide.

THÉRAPEUTIQUE

Des vins titrés.

Par M. le docteur A. Delandre.

Depuis une trentaine d'années, la chimie a une tendance manifeste à envahir la médecine, et, s'il est incontestable que parfois elle est allée trop loin, on ne peut nier qu'elle a fait faire à l'art de guérir de notables progrès en nous permettant maintenant d'établir sûrement le diagnostic des affections rénales, du diabète, de l'albuminurie et de bien d'autres maladies. Mais ce n'est pas tout, grâce à cette science, nous connaissons aujourd'hui le principe actif de la plupart des substances végétales employées en thérapeutique. Ces substances, en effet, quoique appartenant à une même espèce, n'ont parfois entre elles qu'une ressemblance en quelque sorte extérieure. Voyez la digitale, l'aconit, la belladone, etc., ici elles agissent plus énergiquement qu'on ne le voudrait ; là, on n'en obtient aucun effet. Il n'est pas un praticien qui n'ait eu l'occasion de constater ce fait.

Il n'en est plus ou il n'en devrait plus être ainsi, l'analyse chimique permettant de déterminer la valeur, la richesse en digitaline, en aconitine, en atropine, etc., de chacune de ces plantes.

Ce que nous venons de dire s'applique tout particulièrement au quinquina et, comme tous nos confrères, nous avons été appelé bien des fois à l'observer.

Peu de médicaments sont aussi fréquemment prescrits que les vins de quinquina et cependant il n'en est pas de plus variables quant aux principes qu'ils renferment et partant quant à leurs effets sur l'organisme. Le plus souvent, il faut bien l'avouer, leur action est entièrement nulle. Cela tient aux procédés défectueux employés dans leur préparation et à l'anarchie — qu'on nous passe cette expression — qui règne dans le commerce des quinquinas.

En 1792, on ne connaissait que quatre espèces de quinquina, aujourd'hui on en compte plus de cent variétés, mal définies, mal caractérisées, et c'est pour cela que les analyses donnent des résultats présentant entre eux de si notables différences. Sans parler des falsifications, ces différences reconnaissent pour causes principales le pays de provenance, l'épuisement du terrain, le mode de culture, etc.; ainsi, par exemple, il est reconnu que les espèces acclimatées dans les Indes anglaises et les possessions hollandaises sont ordinairement fort riches en alcaloïdes et que la proportion de ceux-ci augmente sous l'influence du *moussage*, c'est-à-dire de cette opération qui consiste à couvrir et à entourer de mousse les parties annulaires des tiges qui ont été décortiquées.

Il a été également reconnu que les racines de quinquina âgées de dix-huit mois à deux ans sont proportionnellement beaucoup plus riches en quinine que les écorces de la tige. Au milieu d'une telle confusion, comment le praticien consciencieux se guidera-t-il? « Uniquement par l'analyse, répondait, il y a une vingtaine d'années, le savant chimiste Ossian Henry. C'est le seul moyen, disait-il, de ne pas mériter le reproche que Celestino Mutis, le grand historien des quinquinas, adressait aux médecins de son temps quand il leur disait : L'emploi du quinquina a été abandonné aux charlatans et prescrit au hasard. »

En résumé, si l'on veut, en ce qui a trait aux vins de quinquina, une bonne préparation, toujours identique à elle-même, sur les effets de laquelle le praticien peut sûrement compter, l'écorce du Pérou doit être essayée, titrée et, dans ces essais, dans ce titrage, il faut déterminer et la dose de son principe extractif et la quantité des alcaloïdes qu'elle renferme.

Notre maître, Ossian Henry, est bien, sur cette question, l'homme le plus compétent de cette époque, et ce qui le prouve, ce sont les remarquables travaux sur les quinquinas qui lui valurent le grand prix Montyon à l'Académie des sciences. Après avoir publié plusieurs méthodes d'analyse des quinquinas, et entre autres le procédé alcaloïmétrique au moyen du tanin, il appartenait à O. Henry de tenter d'apporter un peu d'ordre dans les préparations qui ont cette substance pour base. C'est ce qu'il fit en créant le *vin de quinquina titré diastasé*; le *vin de quinquina ferrugineux diastasé* et le *vin de quinquina iodé diastasé*. Ce sont des vins, ainsi qu'il l'a dit lui-même, de composition définie, d'une richesse, par conséquent, toujours égale et, pour être mieux compris, titrés à la manière des monnaies et des bijoux d'or et d'argent.

A l'aide de la diastase et d'un procédé nouveau, Ossian Henry put fixer, sans avoir à redouter aucune action chimique, à côté du quinquina, l'iode d'une part et le fer de l'autre.

Grâce au titrage dont je parlais plus haut, ces vins contiennent exactement et d'une manière définie tous les principes solubles et utiles du quinquina. C'est là leur supériorité sur toutes les autres préparations similaires. Nous pouvons d'autant plus l'affirmer que nous avons eu, il y a quelques jours, entre les mains plusieurs échantillons de prétendus vins de quinquina qui ne renfermaient absolument aucun des principaux agents de l'écorce du Pérou.

Puisque j'ai été conduit à parler des vins de quinquina titrés d'Ossian Henry, je crois devoir ajouter qu'ils sont d'un goût fort agréable, ce qui est d'un grand prix pour les enfants et les personnes difficiles.

Les docteurs Liger, Arnal, James, Henry fils, Richelot, de Ranse, Cazenave, Laroche, etc., ont déjà publié sur ces vins de très intéressantes observations.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

(TROISIÈME SESSION)

Séance du 12 mars 1888. — Présidence de M. Verneuil.

COMMUNICATIONS

De la résection du poignet dans les cas d'ankylose. — M. OLLIER (de Lyon) s'applique à démontrer que cette opération est efficace et non dangereuse. Pratiquée très rarement jusqu'à ces dernières années, elle est devenue une opération simple et nullement dangereuse depuis l'antisepsie. Auparavant, on ne pouvait songer à l'appliquer au traitement de l'ankylose, puisque celle-ci était le résultat même de la résection du poignet.

M. Ollier en a obtenu de très bons effets, en appliquant, à cette opération particulière, les principes généraux des résections orthopédiques, qu'il a fait connaître dans la précédente session. Les résultats orthopédiques et fonctionnels auxquels il est arrivé justifient, selon lui, cette résection pratiquée dans des conditions déterminées. Un des premiers résultats de cette opération est le rétablissement d'une articulation mobile et énergiquement automobile; ce résultat remarquable s'explique de la façon suivante : Autrefois on considérait comme nécessaire le sacrifice de la plupart des tendons; or il est facile de conserver tous les tendons dans une intégrité telle, qu'ils reprennent tous leurs fonctions. Non seulement on obtient des poignets mobiles, mais encore on les obtient d'une parfaite solidité. La main peut se mobiliser dans un rayon de 40 à 45 degrés; cela est parfaitement suffisant pour tous les mouvements ordinaires de la vie.

M. Ollier a pu faire deux autopsies de deux anciennes résections du poignet, et il a constaté qu'entre l'extrémité cubitale inférieure et l'extrémité supérieure du carpe, il s'était formé un coussinet ostéo-fibreux, et de petits noyaux osseux disséminés. Pour juger des résultats de cette opération, on faisait écrire les opérés; or, l'écriture n'est pas un moyen de juger de l'étendue des mouvements; plusieurs des opérés de M. Ollier ferment le poing; ils soulèvent à bras tendus des haltères de 8 à 18 kilogrammes. Cela prouve la solidité de la nouvelle articulation. Il n'est pas jusqu'aux mouvements du pouce, qui sont récupérés en grande partie. Grâce à l'antisepsie, cette opération est absolument apyrétique, et exempte de toute complication.

Ablation du larynx. — M. DEMONS (de Bordeaux) croit qu'il est permis d'espérer qu'on trouvera un jour un remède spécifique contre le cancer, mais jusque-là, le seul moyen de le combattre est l'opération, aussi large et aussi radicale que possible. Il en est, à ce point de vue, du cancer du larynx, comme du cancer de l'utérus ou d'autres régions; il y a lieu de penser que certains cancers du larynx pourront être guéris par l'ablation totale de cet organe; c'est là une question d'indications. Jusqu'ici la statistique des ablations du larynx pour cancer était très mauvaise; cela tient à ce qu'au début, cette opération n'a été pratiquée que dans des cas où le cancer était très avancé; la statistique a donc été assombrie par les mauvais cas. Il n'en sera certainement plus de même le jour où, comme pour l'utérus, comme pour la mamelle, l'ablation large et radicale du larynx sera faite dans les cas où le cancer sera encore limité exclusivement à cet organe.

M. Demons a pratiqué deux fois l'extirpation du larynx : dans le premier cas, il s'agit d'un homme de quarante-quatre ans, ayant eu la syphilis et présentant depuis un an des symptômes manifestes de cancer. C'était un épithélioma ayant débuté par l'épiglotte, envahi successivement tout le larynx, la base de la langue; les ganglions étaient pris. On dut faire la trachéotomie

d'urgence. Le malade souffrait beaucoup, réclamait avec instance une opération radicale. M. Demons ne crut pas devoir la lui refuser. Ce malade a vécu neuf mois sans récidive; puis celle-ci s'est faite sur la base de la langue. C'était là un cas très défavorable, et cependant le malade a vécu neuf mois sans souffrir; or, en supposant qu'il les eût vécus avec son cancer, comment les aurait-il vécus? Dans le second cas, c'était un homme de cinquante-sept ans, souffrant depuis longtemps de la gorge, ayant eu également la syphilis. Il eut sur la corde vocale gauche un petit polype qui fut enlevé par Krishaber. La corde vocale droite devint bientôt le point de départ d'un épithélioma avec tous ses caractères. Celui-ci resta limité au côté droit du larynx. Au mois de mai, M. Demons pratiqua l'ablation totale du larynx parce que le côté gauche avait été envahi. Mais l'affection était restée limitée à la cavité laryngienne; les cartilages étaient indemnes; il n'y avait pas de ganglions. M. Demons fit une incision transversale au-dessous de l'os hyoïde et fit partir de cette incision une incision verticale allant jusqu'au voisinage de la plaie faite pour la trachéotomie. Il décolla le périchondre avec une rugine, sépara le pharynx de l'œsophage et extirpa complètement le larynx. L'opération avait duré une heure trois quarts; les suites furent bonnes, il n'y eut pas de fièvre; un mois après, le malade était complètement guéri. Il n'a pas de larynx artificiel; depuis dix mois qu'il a été opéré, il jouit d'une parfaite santé; il ne peut pas parler, mais il chuchotte de façon à se faire très bien comprendre; il est, en somme, très heureux de son sort. Le diagnostic d'épithélioma a été confirmé par l'examen histologique. L'ablation du larynx, pratiquée dans ces conditions, ne vaut-elle pas mieux que la trachéotomie préventive seule? La vie que mène cet homme depuis dix mois n'est-elle pas cent fois préférable à la vie misérable qu'il aurait menée s'il avait conservé son larynx cancéreux?

De ce fait, M. Demons croit pouvoir conclure que, s'il faut rejeter l'extirpation totale du larynx dans les cas de cancer à marche rapide, à invasion ganglionnaire précoce, etc., elle peut rendre les plus grands services dans les cas d'épithéliomas à marche lente et restant limités à l'organe primitivement atteint.

M. DUPONT (de Lausanne) a pratiqué, il y a dix-huit mois, l'extirpation totale du larynx sur un malade atteint de cancer, qui est encore actuellement bien portant. Il a apporté une modification dans le procédé opératoire : on sait que le grand danger est l'introduction du sang dans la trachée. La canule de Trendelenburg, destinée à parer à ce danger, présente cet inconvénient que le moindre accès de toux peut la faire rejeter au loin. C'est pourquoi M. Dupont a imaginé de renverser la trachée et de la fixer par un point de suture dans cette position, de façon que son axe ne se trouve plus dans celui de la plaie.

M. MOLLIÈRE (de Lyon) a pratiqué une extirpation partielle du larynx sur un homme de soixante ans, atteint d'un épithélioma de la région arythénoïdienne. Il s'est servi de la canule de Trendelenburg; il n'est pas tombé une goutte de sang dans la trachée. L'anesthésie avait été pratiquée avec l'éther par cette canule. Il a fait l'incision très longue, n'a eu qu'une hémorrhagie insignifiante, a bien enlevé toute la partie malade, a réuni la plaie superficielle, a nourri le malade seulement pendant deux jours avec la sonde œsophagienne et n'a retiré la canule de Trendelenburg que le dixième jour. L'opération a été des plus faciles et ses suites des plus simples. Le malade parle de façon à se faire entendre. Quand le cancer est limité, comme dans ce cas, on peut espérer obtenir une guérison définitive.

La séance est levée.

Séance du 13 mars 1888 (matin). — Présidence de M. Verneuil.

COMMUNICATIONS

De la conduite à suivre dans les blessures par coup de feu des cavités viscérales (exploration, extraction, opérations diverses). — M. CHAUVEL (du Val-de-Grâce) a étudié les effets produits par les *petits projectiles* pénétrant dans les cavités viscérales. Après avoir rappelé la manière de faire des anciens chirurgiens, il se demande ce que les méthodes actuelles de pansement ont pu apporter comme modification dans la thérapeutique des plaies pénétrantes des cavités splanchniques. Au crâne, à la poitrine, les conditions de la blessure sont toutes particulières, la mort est souvent immédiate à cause de l'importance des organes lésés; si le blessé survit, le projectile seul ainsi que l'orifice de la plaie, sont les sources de l'infection. Le premier cas échappe à la chirurgie; et, si le malade ne succombe pas, il n'y a qu'à occlure antiseptiquement la plaie extérieure, afin de fermer l'entrée aux germes infectieux.

Pour l'abdomen, les conditions sont tout autres; la mort immédiate est rare, et l'infection ultérieure est la règle; mais ici, l'infection vient non pas du dehors, mais de l'intérieur : elle provient des matières intestinales ou stomacales, de la bile ou de l'urine, dont la perforation d'un viscère a permis l'épanchement.

Il n'y a donc aucune comparaison à établir entre les blessures abdominales et les plaies pénétrant le crâne et la poitrine.

La conduite à tenir dans les cas de coups de feu de l'abdomen a été envisagée de deux façons différentes. M. Chauvel retrace complètement l'historique de la question; il nous montre Baudens, qui propose et pratique l'ouverture du ventre, la section et la résection de l'intestin; il nous fait voir son exemple suivi par Legouest, Otis, Pirogoff et tant d'autres; mais, à côté de cela, il met en parallèle la pratique de MM. Larrey, Verneuil, Socin, etc., qui combattent l'intervention et préconisent l'abstention. Rappelant enfin les dernières discussions de la Société de chirurgie (1), les statistiques américaines les plus récentes, celles qui sont fournies dans la thèse de M. Barnard (Paris, 1887), M. Chauvel reprend la formule qu'il a présentée à la Société de chirurgie et dit : « Toute plaie pénétrante de l'abdomen avec lésion d'un des viscères contenus dans sa cavité doit être traitée par la laparotomie. »

En additionnant toutes les statistiques, et sans se dissimuler ce qu'elles peuvent avoir d'imparfait, étant données les conditions dans lesquelles ces statistiques peuvent être faites en temps de guerre, M. Chauvel réunit 5003 cas de plaies abdominales, donnant une mortalité de 80 p. 100. C'est à ces chiffres, portant sur des quantités aussi considérables de blessures, qu'il faut ajouter le plus de créance, car rien n'est variable comme les statistiques particulières, les unes donnant 95 p. 100 de mortalité, les autres 25 p. 100. D'ailleurs, si ces statistiques pèchent, c'est certainement par exagération de la bénignité, car tous ou presque tous les cas de guérison ont été publiés, et il n'en est certes pas de même des cas de mort, volontiers laissés dans l'oubli.

M. Chauvel reconnaît d'ailleurs que le pronostic varie suivant certaines conditions, telles que le calibre du projectile, l'état de vacuité ou de réplétion du tube digestif; et il rappelle que si M. Reclus, dans ses recherches expérimentales sur les chiens, a pu obtenir de brillants résultats, c'est qu'il avait auparavant purgé ses animaux et qu'il les avait ensuite maintenus à la diète. Or ce sont là des conditions exceptionnelles chez l'homme.

Avec les armes actuelles, sur le cadavre du moins, on peut dire que les plaies viscérales se trouvent *en ligne droite*, entre l'orifice d'entrée et l'orifice de sortie, et que l'on ne trouve plus ces trajets curvilignes, observés autrefois. Ces plaies entraînent la mort de deux façons, soit par l'hémorrhagie, que Mac Cormack a bien étudiée, soit par la péritonite septique consécutive aux épanchements des liquides intestinaux.

C'est contre ces deux facteurs qu'il faut savoir lutter, c'est contre eux qu'il faut armer le jeune chirurgien, en lui faisant négliger un peu plus les amputations, si en honneur dans nos amphithéâtres, et en le familiarisant davantage avec la chirurgie abdominale.

Sur 41 faits de laparotomie, pratiqués depuis 1880 pour plaies

---

(1) Michaux. De l'intervention chirurgicale dans les traumatismes du tube digestif, *Gazette des hôpitaux*, Revue générale, 1887, p. 801 et 844.

de l'abdomen, il y a 12 guérisons, soit 29 p. 100. Aucune statistique de non-intervention ne peut rivaliser avec celle-là; et si l'on étudie ces faits dans le détail, on voit que l'intervention, dans les six premières heures, a donné 40 p. 100 de guérisons; dans les douze premières heures, 30 p. 100, et *qu'elle a toujours été mortelle après vingt-quatre heures.*

Dans ces conditions, M. Chauvel pense qu'il ne faut pas attendre et que l'intervention est indiquée le plus rapidement possible.

M. DELORME (du Val-de-Grâce). L'intervention chirurgicale directe dans les blessures de l'intestin par armes de guerre est une opération des plus rationnelles et son utilité est affirmée déjà par un certain nombre de succès. Est-ce à dire que, à l'heure actuelle, elle puisse et doive être rangée parmi les opérations d'urgence de la chirurgie de guerre? Nous ne le pensons pas.

Lorsqu'un habitant de nos grandes villes a, dans une tentative de suicide ou d'homicide, l'abdomen traversé, l'intestin perforé par un projectile, il trouve, dans le grand hôpital où nous le supposons rapidement transporté, les conditions les plus favorables pour la réussite du traitement direct que peut nécessiter son état. La gravité du traumatisme dont il est atteint, l'importance de l'intervention que sa blessure réclame font immédiatement concentrer sur lui toute l'attention, toute la sollicitude du chirurgien et de ses aides; la laparotomie est pratiquée dans une salle surchauffée, à atmosphère bien antiseptique, par un chirurgien muni d'un matériel irréprochable et abondant, entouré d'un personnel secondaire exercé, et cela au milieu du calme nécessaire pour la poursuite d'une opération délicate et sans que le chirurgien ait le moindre souci du temps dépensé pour la mener à bien. Que le succès puisse couronner les efforts de l'opérateur, on n'a pas de peine à le comprendre, le contraire seul pourrait étonner.

Mais combien autre est la situation dans laquelle se présente le soldat blessé sur un champ de bataille, frappé par une balle animée d'une plus grande vitesse, sidéré par un choc intense, souvent en état de mort apparente; il a d'abord à attendre de ce fait de longues heures avant d'être relevé de la place où il est tombé. Puis ce ne sera qu'après avoir subi un transport rude et accidenté, souvent à assez longue distance, qu'il recevra les soins d'un chirurgien du premier échelon sanitaire important, de l'ambulance.

Le local dans lequel est établie cette ambulance n'a plus rien des dispositifs compliqués et si utiles de cette salle d'opération, préparée en vue de la pratique des interventions abdominales. C'est une installation des plus primitives, suffisante à peine pour permettre de faire les opérations expéditives et les plus urgentes de la chirurgie de bataille, une tente, une chambre de ferme, de maison de village, parfois une grange, un hangar, un abri quelconque, c'est-à-dire des locaux mal éclairés, sales, difficiles ou impossibles à chauffer. Là, il ne saurait être question du calme nécessaire à la pratique d'une opération méticuleuse, et le plus souvent très longue; les impressions terribles, les vicissitudes mêmes de la lutte s'y font à tout instant sentir sur tout le personnel, enfin le temps presse, absorbé qu'il est par des centaines de blessés qui réclament des soins, dont l'urgence est tout aussi grande et l'utilité moins contestable que celles de ceux que demande le blessé frappé d'un coup de feu à l'abdomen. Ne serait-il pas presque blâmable le chirurgien qui, dans des conditions si misérables, incompatibles avec le succès, consentirait à aller à la recherche d'un intestin lésé?

Dans les hôpitaux de campagne, pourrait-il en être autrement?

Quand, dans les grandes luttes, ces hôpitaux se rapprochent du champ de bataille pour venir en aide aux ambulances, leur encombrement est si rapide, qu'on ne saurait songer à y faire autre chose que les opérations d'urgence, qu'on pratique dans les ambulances mêmes. Lorsqu'au contraire ces hôpitaux, dans des conditions plus régulières et moins actives de fonctionnement, viennent se substituer à ces ambulances, vingt-quatre, quarante-huit heures après la lutte, il est trop tard pour agir, car s'il est un point sur lequel s'accordent même les partisans déclarés de l'intervention directe, c'est la rareté des guérisons fournies par les opérations pratiquées après les premières vingt-quatre heures. A en croire Morton, les laparotomies, jusqu'ici suivies de succès, auraient été faites sept à huit heures seulement après l'accident, et ces opérations se seraient terminées par la mort lorsqu'elles ont été exécutées vingt-trois heures après le traumatisme.

Les conditions si défectueuses de la pratique de la chirurgie en campagne nous semblent limiter ici, dans la plus large mesure, les indications de l'intervention directe et immédiate appliquée aux plaies intestinales. Ce ne pourrait être, à notre sens, que sur les blessés de combats de peu d'importance, rapidement transportés dans des ambulances, particulièrement bien aménagées, c'est-à-dire dans des conditions extérieures favorables, mais malheureusement exceptionnelles, qu'il y aurait lieu de recourir à cette opération.

Nous désirerions maintenant nous arrêter un instant à l'appréciation de quelques-unes de ces contre-indications ou au moins de ces causes d'insuccès :

1° Les *blessures par les éclats un peu volumineux des obus*, qui représentent des lésions étendues, multiples, complexes, mélange de plaies attrites et de contusions avec tendance au sphacèle; ces blessures se présentent, le plus souvent, dans des conditions fâcheuses pour le succès de l'intervention, et il pourrait y avoir lieu de discuter l'opportunité de cette dernière si ces traumatismes n'étaient si souvent compliqués d'un choc traumatique très accusé qui contre-indique l'opération.

2° La *multiplicité* habituelle des plaies laissées sur le petit intestin par les balles qui pénètrent l'abdomen, ne peut plus être aujourd'hui considérée comme une contre-indication à l'opération, depuis les heureux résultats obtenus dans des cas où l'intestin présentait de nombreuses perforations. On ne saurait cependant méconnaître que cette multiplicité des lésions allonge beaucoup l'opération, complique les recherches, contribue à aggraver le choc, qu'elle impose fréquemment l'excision des portions d'anses d'intestin, et que l'affrontement définitif, en pareil cas, est moins sûr et peut avoir, au point de vue du cours des matières intestinales, des conséquences que n'a pas la simple suture.

Nous avons cru remarquer dans quelques expériences cadavériques, que nous avons faites en 1881, que, dans les perforations transversales de l'abdomen par projectiles, les lésions de l'intestin étaient plus nombreuses que dans les perforations antéro-postérieures.

3° Quand la balle qui atteint l'abdomen est *animée d'une très grande vitesse*, l'extension fréquente des lésions à distance contribue à assombrir le pronostic et à rendre plus incertain le succès d'une intervention directe. Quand, sur un intestin contenant des liquides ou une certaine quantité de matières molles, on tire une balle de fusil de guerre animée d'une grande vitesse, on trouve souvent, à une distance variable du point frappé, des éclatements qui ouvrent largement la cavité de l'intestin et, outre ces éclatements, des déchirures partielles de la paroi. Les caractères de ces dégâts, leur multiplicité, les difficultés d'application ou l'insuffisance des moyens d'action utilisés contre certains d'entre eux, le choc intense qui, en pareil cas, accompagne le plus souvent le traumatisme, nous ferait douter du succès de l'intervention directe. A défaut des renseignements fournis par le blessé sur la distance à laquelle il a été tiré, les dimensions des orifices extérieurs pourraient fournir des renseignements au chirurgien sur la vitesse du projectile qui a produit ces lésions étendues.

Nous croyons devoir borner là nos réflexions sur certaines causes locales d'insuccès de la laparotomie appliquée aux coups de feu de l'intestin par les projectiles de guerre, et, pour nous résumer, nous dirons :

Les blessés, qui présentent des plaies de l'intestin par armes de guerre, ne se trouvent que très exceptionnellement, en campagne, dans des conditions qui permettent de pratiquer la laparotomie.

Les installations défectueuses du chirurgien, la longueur et la complication de l'opération, rendent celle-ci inapplicable dans

les ambulances. D'un autre côté, quand le blessé est repris par les hôpitaux de campagne, il est trop tard pour agir.

Dans les conditions propices d'installation et d'état du blessé, nous penserions, jusqu'à plus ample informé, qu'il y a avantage à intervenir, étant donnée l'épouvantable mortalité des plaies intestinales produites par les projectiles et abandonnées à elles-mêmes ou traitées par des moyens médicaux.

La principale contre-indication tirée de l'état local serait, pour nous, la nature de la blessure produite par un volumineux éclat d'obus ou par une balle animée d'une très grande vitesse.

La multiplicité des plaies assombrit le pronostic de l'opération sans la contre-indiquer.

M. PONCET (de Cluny) fait l'histoire des contusions de l'abdomen par les gros projectiles, il rappelle ces épanchements considérables de sang, dus à l'effleurement du boulet, et renvoie aux observations si intéressantes de Larrey, de Legouest, d'Otis et de Chenu. Dans certains cas la mort peut être immédiate, dans d'autres elle est consécutive à la péritonite, due à une rupture viscérale, péritonite développée dans les heures qui suivent la blessure. Enfin, dans certains cas, fort intéressants à mentionner, il n'existe aucune ecchymose pariétale; le blessé est un peu déprimé, mais il n'y a aucune réaction péritonéale. Ce n'est que le dixième jour que, tout d'un coup, se déclarent les phénomènes de péritonite, ou d'abcès stercoral. Ce qui s'est passé est facile à expliquer, il y a eu contusion violente de l'intestin, gangrène du point contus, et du dixième au douzième jour à la chute de l'eschare, s'est effectuée une ouverture intestinale qui a amené un épanchement diffus ou circonscrit dans le péritoine.

Ces faits s'observaient encore avec les gros projectiles pleins, des guerres de l'empire, ils sont exceptionnels aujourd'hui. Sans parler de la balle du fusil Lebel, qui perfore et pénètre sans contondre, M. Poncet étudie surtout les éclats d'obus. Sur des obus de fonte, remplis à mi-charge de poudre, on a pu recueillir cinq cents éclats de volumes différents, pesant de 200 à 10 et 15 grammes, sans compter une poussière de grains métalliques, violemment projetés au loin. Ces éclats sont contournés, irréguliers, hérissés et essentiellement contondants.

Les nouveaux projectiles en acier, chargés à la mélinite, se projettent en éclats nombreux dont les bords sont coupants comme un couteau. La force d'explosion est telle, et la vitesse de projection si grande, que les éclats sont projetés dans un espace de 1200 mètres, 300 mètres en arrière, 900 mètres en avant; de plus, ces morceaux d'acier sont à une température élevée, et quelques minutes après, il est encore impossible de les tenir à la main, tellement ils sont brûlants.

Les conditions d'intervention sont donc modifiées, et le pronostic est beaucoup plus grave qu'avec les anciens projectiles.

M. PAUL RECLUS proteste contre la proportion de mortalité attribuée aux plaies de l'abdomen par balles de *révolver*. La bénignité relative de ces blessures ne tient pas, comme on l'a dit, à l'absence de perforation intestinale. Sur trente-sept plaies de l'abdomen en effet, une fois seulement la balle a respecté les viscères, on peut donc conclure cliniquement, que plaie pénétrante de l'abdomen est l'équivalent de plaie pénétrante du tube digestif.

Malgré cette perforation intestinale constante, le docteur Saint-Laurent dans sa thèse a pu réunir vingt-cinq cas de guérison. Noguez est arrivé à cinquante cas, et si l'on ajoutait, à ces cas de blessures par balles de petit calibre, les blessures à l'arme blanche, on dépasserait facilement le chiffre de cent guérisons.

Cette absence de symptômes péritonéaux tient à plusieurs causes.

Souvent, comme l'a montré Travers, il y a bien longtemps, la muqueuse intestinale fait hernie à travers l'orifice de la blessure, qui se trouve ainsi oblitéré, et M. Reclus a pu faire passer de l'eau, dans un intestin perforé par une balle de révolver, sans qu'une goutte de liquide tombât dans le péritoine.

Dans d'autres cas, l'inflammation, qui se développe autour de la plaie, amène des adhérences entre l'anse perforée et les anses voisines, et il se forme ainsi une oblitération de nature inflammatoire. Enfin la contraction musculaire de l'intestin suffit parfois pour fermer les petits orifices. Que ce soit l'une ou l'autre de ces raisons, il n'en est pas moins vrai, que souvent l'épanchement intra-péritonéal est évité. On trouve la preuve de ce fait dans la thèse de Barnard, si souvent citée par les partisans de l'intervention. C'est ainsi que, dans quinze cas, la laparotomie fut pratiquée, et a permis de constater *de visu* l'étendue des lésions : il y a neuf cas où il n'y a eu aucune effusion de liquide intestinal dans le péritoine, et dans certains de ces cas cependant, l'intervention avait eu lieu vingt heures après la blessure.

Aussi, en présence d'une plaie de l'abdomen par balle de révolver, M. Reclus conseille de ne point intervenir chirurgicalement d'abord, mais d'établir une compression abdominale énergique, de maintenir le malade à une diète absolue, et de le mettre sous l'influence de l'opium à haute dose ; de cette façon on évitera les épanchements intestinaux et on mettra le malade dans les meilleures conditions de guérison ; mais, si le traitement reste inefficace, si des symptômes de peritonite se déclarent, alors il faudra intervenir. Le danger que court le malade sera l'excuse de cette laparotomie dont le pronostic est fort grave. Ce serait en effet une grande erreur de comparer cette laparotomie avec suture, section et résection intestinale, cette laparatomie où le chirurgien doit dérouler et mettre à nu tout le paquet intestinal, avec une simple laparotomie exploratrice, de courte durée et sur un péritoine non infecté.

M. TRÉLAT n'a pas de cas nouveaux à présenter, en dehors des deux cas qui lui sont propres et qui ont soulevé la discussion dernière de la Société de chirurgie ; mais il tient à dire que, dans les statistiques, on n'a pas tenu compte des blessures de l'estomac et du gros intestin qui seraient moins graves, ce qui allège d autant la statistique des plaies de l'abdomen en général.

Les plaies de l'intestin grêle sont infiniment plus graves et commandent l'intervention. M. Trélat ne compte guère sur l'oblitération due à la hernie de la muqueuse. Cette éversion de la muqueuse est certaine, elle a été figurée très exactement par Mac Cormack, mais elle ne saurait constituer un bouchon suffisant. Il faut donc intervenir, mais il faut intervenir rapidement, au moindre signe, à la moindre alerte, sitôt que la plus minime complication apparaît ; il ne faut pas attendre que la péritonite soit généralisée et opérer un agonisant. En agissant suivant cette règle, on n'aura plus à regretter, à l'autopsie, de ne pas avoir opéré un blessé dont les lésions étaient facilement curables.

M. LÉON LABBÉ présente l'observation d'un homme de vingt-neuf ans, alcoolique, morphiomane, à foie gros et gras, qui se tire de haut en bas un coup de révolver de 9 millimètres dans la région précordiale. Pour des raisons d'ordre privé on dut transporter le blessé à son domicile. La tentative de suicide avait eu lieu à six heures du soir, ce n'est qu'à onze heures que le malade fut reporté dans son lit. Vers minuit, la température qui jusque-là était très basse se releva à peu près à la normale et le malade fut pris d'impérieux besoins d'aller à la selle. Le lendemain matin, l'intervention fut jugée nécessaire à cause de quelques phénomènes péritonéaux non douteux, tels que vomissements bilieux, douleurs abdominales vives et ballonnement du ventre.

A l'incision, un flot de sang s'échappa de l'abdomen, l'on peut évaluer sa quantité à 1500 grammes environ. L'intestin grêle fut déroulé en commençant par le cæcum et vers le milieu de l'iléon, M. Labbé put rencontrer quatre ouvertures doubles de l'intestin, puis une autre plus près du jejunum, soit dix perforations, enfin une plaie du mésentère avec lésion d'une petite artériole, qui évidemment avait fourni le sang épanché. Les sutures furent pratiquées par la méthode de Lembert, l'intestin fut facilement réintégré et après un lavage soigné qui débarrassa la cavité abdominale des matières intestinales qui y étaient épanchées, le ventre fut refermé. Le malade mourut la nuit suivante.

De ce résultat malheureux, M. Labbé conclut qu'il a été regrettable d'avoir retardé autant le moment de l'intervention, aussi il ne saurait adopter les opinions de M. Reclus et il conseille, dès qu'une perforation abdominale est constatée, d'intervenir de suite par la laparotomie.

M. VASLIN (d'Angers) rapporte une série de faits tirés de sa pratique ayant trait à des plaies craniennes et à des plaies abdominales. Un de ces faits est des plus intéressants: un jeune homme de vingt-deux ans reçoit, à deux centimètres au-dessous de l'ombilic, un coup de révolver; le projectile traversa l'abdomen et sortit par la région lombaire gauche. Le traitement médical fut commencé, mais des phénomènes de péritonite se manifestant, la laparotomie fut pratiquée et permit de trouver une anse d'intestin perforée de part en part. Un pont très mince de substance saine séparait les deux orifices. L'intestin fut réséqué et suturé. Le côlon descendant était également atteint, et de sa blessure étaient sorties quelques matières fécales; les bords de la plaie furent adossés. Malgré quelques vomissements qui suivirent l'opération, les suites en furent bonnes et le vingt-deuxième jour le malade était complètement guéri.

M. NIMIER (du Val-de-Grâce) lit un mémoire sur le traitement des plaies pénétrantes de poitrine par petits projectiles et compliquées d'hémothorax; il donne les conclusions suivantes:

Quand une plaie pénétrante de poitrine s'accompagne d'un hémothorax menaçant pour la vie du blessé, on doit, de préférence à tout autre moyen, arrêter l'écoulement du sang par la ligature du vaisseau lésé quand cette ligature est praticable. Quand un hémothorax existe et qu'apparaissent chez le blessé les accidents généraux de l'infection, on doit aussitôt ouvrir largement la plèvre pour l'évacuer et la désinfecter.

L'exploration des plaies pénétrantes de poitrine ne mérite pas la condamnation formulée contre elle par Dupuytren.

— Au début de la séance ont été nommés présidents d'honneur pour diriger les séances :

MM. Demons (de Bordeaux), Duplay, Guyon, Lannelongue, Le Fort, Panas, Perrin, Rochard (de Paris), Saboya (de Rio-de-Janeiro), Socin (de Bâle), Thiriar (de Bruxelles).

La séance est levée.

Séance du 13 mars 1888 (soir). — Présidence de M. Socin (de Bâle).

COMMUNICATIONS

De la conduite à tenir dans les blessures par coups de feu des cavités viscérales. — M. VERCHÈRE. Dans les discussions, dans les traités classiques, dans les mémoires ayant trait aux blessures de l'intestin par armes à feu, deux causes de mort principales sont décrites: l'hémorrhagie, la péritonite. C'est de cette dernière que je veux parler ici. Tout le monde connaît sa description, ballonnement du ventre, douleur violente de l'abdomen, vomissements, fièvre vive, 40 degrés, etc. Or beaucoup de blessés, atteints de perforation intestinale, présentent un ensemble de symptômes tout différents: facies abdominal, température normale, pouls rapide, ample ou petit, ballonnement du ventre; indolence absolue de l'abdomen que l'on peut impunément malaxer, percuter; vomissements parfois fécaloïdes. Le blessé s'éteint au 8e, 10e, 12e jour. Ce n'est que le dernier jour que la température monte brusquement à 40 degrés.

Je n'ai pas besoin d'insister sur le diagnostic entre ce tableau clinique et celui que l'on décrit pour la péritonite traumatique. Mais une chose frappe, c'est l'identité avec le tableau symptomatique présenté par la hernie étranglée, ou l'étranglement interne.

A l'autopsie, pas d'adhérences, pas de pus. Parfois un peu d'épanchement séro-sanguinolent, quelquefois fétide. Pas d'épanchement des matières fécales.

Ne peut-on pas comparer la pathogénie de cette mort avec celle de la hernie étranglée : paralysie intestinale, absence de gaz intestinaux, infection générale?

Cette pénurie de symptômes montre combien il est difficile de trouver les premiers vestiges de la réaction péritonéale comme le recommandait, ce matin, M. Trélat. C'est donc un traitement prophylactique qu'il faut suivre : prévenir l'épanchement gazeux. Pour ce faire, un seul procédé, c'est l'intervention hâtive, précoce, oserai-je dire avec les Américains, exploratrice.

Quant au traitement post-opératoire, après une entérorrhaphie solide, n'est-il pas indiqué, dans l'hypothèse d'infection facilitée par la paralysie intestinale, et la présence d'un véritable pseudo-étranglement, de réveiller la contractilité de l'intestin. Lavage de l'estomac, antisepsie intestinale par le naphthol, telle que la recommande M. Bouchard; enfin, lavements purgatifs tels que les recommandent les ovariotomistes dans des cas analogues, sur lesquels je ne peux insister ici, mais que j'étudie dans un mémoire devant paraître dans la *Revue de chirurgie*.

M. CHAVASSE (du Val-de-Grâce) est partisan de l'intervention hâtive dans les plaies pénétrantes de l'abdomen. En particulier pour les plaies de l'intestin grêle, cette intervention doit avoir lieu avant même la réaction péritonéale, le blessé étant voué à une mort certaine si l'on n'intervient pas. M. Chavasse se montre plus réservé pour les plaies du gros intestin. Il ne croit pas que l'on doive intervenir sur le champ de bataille, l'antisepsie et l'outillage, dans ces conditions, étant forcément insuffisants. On ne doit pratiquer l'opération que dans les places fortes ou les hôpitaux de campagne. Quant aux blessures du foie, l'intervention est le plus souvent nécessitée par l'hémorrhagie. Il n'est pas partisan de la suture du foie.

Des plaies de tête par arme à feu. — M. CASTEX communique quatre observations à l'appui de l'abstention dans ces plaies. Ces observations ont été prises dans le service de M. Richet.

Première observation : Une femme reçoit de son mari un coup de révolver au-dessus du conduit auditif; plaie pénétrante, issue de matière cérébrale; pas de cathétérisme, lavages au sublimé; pas de fièvre, suites bonnes. Trois semaines après, on découvre une saillie résistante dans le vestibule de la bouche. L'avertisseur électrique de Trouvé démontre que ce n'est pas la balle, on s'abstient. Depuis le premier jour persiste une contracture du masséter, sauf cette contracture, la malade ne présente pas d'accidents et sort guérie. Ce fait prouve la tolérance de la substance cérébrale pour les projectiles.

Deuxième observation : Homme de vingt-neuf ans, coup de révolver au-dessus du conduit auditif, abstention, pansement à l'iodoforme ; il existe une certaine agitation cérébrale, de la paralysie faciale. Cet homme avait des habitudes alcooliques ; il sort un mois après avec sa paralysie faciale et sans avoir présenté aucun accident grave.

Troisième observation: Il s'agit d'une balle qui a pénétré dans le fond de l'orbite, même tolérance, même absence d'accidents, même abstention que dans les cas précédents.

Quatrième observation : Coup de révolver au vertex, plaie pénétrante, paraplégie, guérison deux mois après sans intervention.

On peut conclure de ces faits que le cerveau tolère très bien les corps étrangers métalliques. Après MM. Richet, Verneuil, Reclus, M. Castex apporte ces nouveaux faits à l'appui de cette manière de voir ; il semble que le projectile se familiarise avec la substance cérébrale. Des lavages antiseptiques fréquents, des insufflations d'iodoforme, des applications de glace sur la tête suffisent généralement pour empêcher toute réaction inflammatoire ou septicémique. L'intervention peut être indiquée plus tard et se fait alors dans des conditions de moindre danger.

Hématome orbitaire. — M. PANAS communique l'observation d'un enfant âgé de quatre ans, d'une bonne santé habituelle, sans antécédents personnels ou héréditaires, qui lui est amené avec une exorbitis gauche assez considérable. Les paupières sont gonflées, sans changement de coloration de la peau ; la pupille est dilatée ; à l'ophthalmoscope, les milieux de l'œil sont transparents ; l'acuité visuelle est nulle, la perception lumineuse est

très diminuée ; il y a une fluctuation manifeste au bord de l'orbite. Une ponction exploratrice indique qu'il s'agit d'un hématome et que la paralysie est due à la compression des nerfs ciliaires. L'exorbitis se reproduit.

Cet enfant a des épistaxis par la narine gauche, côté de l'œil atteint; en même temps il a des vomissements, de la diarrhée, des troubles dyspeptiques. Une incision fait de nouveau disparaître les phénomènes de compression et l'exorbitis, la glande lacrymale qui était déplacée reprend sa place. On traite l'état général, on donne du sirop de perchlorure de fer ; localement, acide borique. Le cœur, les vaisseaux, la rate, le foie, les poumons de cet enfant ne présentent rien de particulier. Quelle est donc la pathogénie de cet hématome? Cet enfant a des épistaxis fréquentes et des phénomènes dyspeptiques. On sait que, dans la dyspepsie, dans la dilatation de l'estomac, il existe des phénomènes vaso-paralytiques réflexes. Or, dans ce cas, l'hématome n'est qu'un des effets, effet exceptionnellement rare, de ces troubles vaso-paralytiques reflexes se rattachant, ainsi que les épistaxis, à la dyspepsie.

De la cholécystectomie. — M. THIRIAR (de Bruxelles) annonce que les trois malades auxquels il a pratiqué cette opération, et dont il a communiqué les observations dans la première session du Congrès (voy. *Gaz. des hôp.* 1885, p. 354) sont, depuis, restés très bien portants. Il fait connaître un cas de laparotomie pour calculs biliaires qui a été communiqué à la Société de chirurgie (voy. *Gaz. des hôp.* 1887, p. 1269). Enfin, il donne une nouvelle observation de cholécystectomie, qu'il a pratiquée le 24 juillet 1887, sur une femme de trente-neuf ans, qui a été prise pour la première fois, le 10 janvier 1881, de coliques hépatiques suivies d'ictère. Depuis cette époque, elle eut des coliques hépatiques tous les quinze jours. Tous les traitements employés restèrent sans résultats. Chaque crise était suivie d'ictère. On trouva, une seule fois, quelques calculs dans les selles. Devant l'inefficacité absolue du traitement médical et sur les instances de la malade, M. Thiriar se décida à pratiquer l'ablation de la vésicule biliaire. L'opération fut faite avec toutes les précautions antiseptiques; il fit une incision de 10 à 12 centimètres le long du bord externe du grand droit de l'abdomen; celui-ci fut incisé; le côlon étant écarté, on arriva directement sur la vésicule qui était hypertrophiée; M. Thiriar la détacha du foie, détruisit les adhérences très solides qui l'unissaient au duodénum, finit par l'isoler suffisamment pour pouvoir placer sur elle une pince courbe et l'excisa d'un coup de ciseau; il appliqua sur le champ opératoire une éponge imbibée de sublimé, procéda à la toilette intestinale et appliqua un pansement au sublimé. L'opération avait duré une heure et demie. Sauf quelques vomissements, les suites furent très simples.

L'ablation de la vésicule du fiel n'est pas une opération dangereuse; elle permet de rendre très promptement la santé à des malades qui souffrent cruellement. La cholécystectomie paraît préférable à la cholécystotomie ainsi que le prouvent les statistiques de ces deux opérations.

Kystes dermoïdes. — M. LANNELONGUE fait une communication sur les kystes dermoïdes craniens de la région fontanellaire antérieure. Jamais ces tumeurs ne sont reconnues à la naissance et jamais, quand on les découvre, on ne porte d'emblée le diagnostic de kyste dermoïde. Récemment encore, M. Lannelongue recevait, dans son service, un enfant de dix ans qui portait, au-dessus de l'orbite, une tumeur d'une transparence parfaite, pulsatile, presque réductible, si bien que toutes les personnes qui suivaient la visite diagnostiquèrent une méningocèle. M. Lannelongue fit une incision qui lui permit de confirmer le diagnostic de kyste dermoïde que seul il avait porté. Ces tumeurs qui acquièrent assez rapidement le volume d'une noisette croissent rapidement jusqu'à la puberté où elles atteignent le volume d'une pomme d'api. Elles sont molles, presque fluctuantes, reposent sur le crâne, soulèvent la peau sans y adhérer et sont entourées d'un bourrelet saillant. Elles sont plates à la partie inférieure qui repose sur le crâne et ce bourrelet fait croire qu'elles s'enfoncent dans la cavité cranienne ce qui, avec leurs caractères de réductibilité et de pulsations, les fait prendre pour des méningocèles. Or, il n'existe pas dans la science un seul exemple de méningocèle des fontanelles antérieures. Ce siège seul, avec les caractères qui viennent d'être indiqués, permet donc de diagnostiquer un kyste dermoïde.

Relativement à la pathogénie de ces tumeurs, M. Lannelongue rappelle avoir donné les raisons pour lesquelles elles occupent toujours la ligne médiane et le plus souvent la fontanelle antérieure. A quelque point de la ligne médiane qu'elles se développent, elles ne peuvent faire saillie au dehors, que là où l'ossification manque à la naissance, c'est-à-dire aux fontanelles.

Comme traitement, il faut enlever ces tumeurs et détruire leurs parois, quel que soit l'âge du sujet.

M. OLLIER a observé trois faits semblables à celui que vient de communiquer M. Lannelongue : dans l'un de ces faits, il s'est servi du fond du kyste pour remplacer le cuir chevelu. Dans un autre fait, il s'agissait d'un jeune homme de vingt-trois ans, dont la tumeur était grosse comme le poing. M. Ollier enleva cette tumeur, et douze jours après, alors que le malade à peu près guéri était sur le point de quitter l'hôpital, il se déclara une méningo-encéphalite à laquelle il succomba.

De l'utilité des grandes incisions dans les œdèmes charbonneux à marche rapide. — M. POLOSSON (de Lyon) communique un cas de pustule maligne, avec œdème à marche extrêmement rapide : dès le lendemain, le cou était le siège d'un œdème considérable, le malade avait de la dysphagie, et était sur le point d'asphyxier. M. Polosson fit donner du chloroforme, excisa la pustule maligne avec le thermocautère, et fit sur l'œdème vingt-cinq incisions de 10 centimètres. Le malade, en se réveillant, n'eut plus de gêne pour respirer et la guérison fut très prompte. Dans ces cas à marche rapide, ces incisions doivent être faites dès la période initiale. Comment agissent-elles? par action mécanique. Le meilleur moyen de débarrasser l'économie des bouillons de culture qui menacent l'existence, c'est de les évacuer.

Découverte et suture du nerf radial dans l'aisselle. — M. LE PRÉVOST (du Havre) rapporte l'observation d'un garçon de seize ans, qui, à la suite d'une fracture de l'humérus mal traitée, eut une pseudarthrose; et comme le nerf radial avait été divisé, il avait en outre une paralysie radiale. Il était ainsi depuis dix mois, lorsque M. Le Prévost proposa une double intervention, la suture osseuse et la suture nerveuse. Il pratiqua la première opération en avril 1887; il rechercha le bout inférieur du radial qu'il trouva facilement; mais il ne put trouver le bout supérieur; il ne s'occupa alors que de la pseudarthrose et fit la suture osseuse. Le résultat obtenu fut des plus satisfaisants, mais la paralysie radiale persistait. Cinq mois après cette première intervention, il alla à la recherche du bout central du radial, mais cette fois directement dans l'aisselle, par une incision de son bord postérieur. Il trouva très aisément ce bout central et le sutura au bout inférieur. Ce jeune homme est aujourd'hui guéri, et de sa pseudarthrose et de sa paralysie du radial.

Tumeurs ganglionnaires du cou et de l'aisselle. — M. VASLIN (d'Angers) lit un travail sur les indications de l'ablation des tumeurs ganglionnaires du cou et de l'aisselle; il insiste sur les nécessités d'enlever ces tumeurs ganglionnaires, quelque volumineuses et quelque nombreuses qu'elles soient; il cherche à démontrer qu'à l'aide de grandes incisions on peut toujours facilement y arriver, et entre dans des détails sur la technique opératoire. Il cite plusieurs observations à l'appui.

Traitement des fractures du coude. — M. BERTHOMIER (de Moulins) fait une communication sur le traitement des fractures du coude chez les enfants et les adolescents, par l'immobilisation en extension et supination. Voici les conclusions de ce travail.

Lorsque l'on traite par la flexion ou la demi-flexion les fractures du coude chez les enfants, il se produit les deux phénomènes suivants :

1° La flexion se produit dans le foyer de fracture et non pas dans l'articulation.

2° Le fragment inférieur subit un mouvement de translation en avant avec saillie de l'épitrochlée si l'enfant est tombé le bras écarté du corps, saillie de l'épicondyle si la chute a eu lieu le bras rapproché du corps. De sorte que l'ankylose ou la raideur articulaire que l'on observe fréquemment dans ce cas tiennent au défaut de réduction ou de coaptation des fragments et non pas à l'arthrite consécutive, à une fracture articulaire. Si l'on met le bras dans l'extension après une traction légère, la coaptation est parfaite, les fragments sont maintenus en arrière par l'olécrane, en avant par le périoste qui est toujours décollé et qui, chez les enfants, présente une épaisseur beaucoup plus grande que chez l'adulte. Recherches antérieures de physiologie pathologique. Statistique des cas traités par cette méthode. Observations nouvelles.

Appareil stérilisateur portatif. — M. DE BACKER (de Roubaix) présente un appareil destiné à assurer l'antisepsie et l'asepsie au moment de l'opération. Cet appareil, qui a la forme d'une valise et dont le poids est de vingt-huit livres, se compose d'une sorte de manchon en métal, dans lequel on place les instruments et les pièces de pansement. Ce manchon est lui-même contenu dans une boîte munie à sa partie inférieure d'une lampe à alcool. Cette boîte contient de la paraffine qui, comme on le sait, est solide à froid et liquide à chaud. Grâce à la disposition de cette étuve à la paraffine, on peut facilement porter les instruments et les objets de pansement à la température de 115 à 130 degrés, et cette température s'obtient très rapidement au moment voulu.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, tout en trouvant cet appareil très ingénieux, conteste le principe sur lequel il est basé. Il considère ce surchauffement des instruments comme un procédé de luxe. Pour lui, la stérilisation des instruments par la chaleur est inutile. On les stérilise parfaitement par des procédés purement chimiques. Le baignage dans les substances antiseptiques paraît suffisant à M. Lucas-Championnière. Il faut éviter de compliquer la chirurgie. L'absolu dans la stérilisation n'est pas ce qu'il faut poursuivre.

M. DE BACKER pense que deux précautions valent mieux qu'une.

Du diabète phosphatique. — M. CERNÉ (de Rouen) fait une communication sur le diabète phosphatique et son influence dans la production des lésions chirurgicales, analogue à celle du diabète sucré, mais d'un pronostic moins grave. Il cite plusieurs cas de gangrène observés chez des enfants. L'un avait subi une résection du genou pour une tumeur blanche ; en quelques jours les lambeaux se gangrénèrent en partie. Un autre enfant de dix ans, placé dans une gouttière, eut une eschare du talon après trois jours. Dans ces cas, il y avait de la phosphaturie.

M. VERNEUIL observe actuellement dans son service un homme qui était atteint d'un énorme anthrax de la nuque et qui était glycosurique. Les pulvérisations phéniquées ont eu facilement raison de l'anthrax et la glycosurie a disparu en même temps, mais elle a été remplacée par de la phosphaturie.

M. CERNÉ n'a pas observé cette substitution d'un diabète à l'autre.

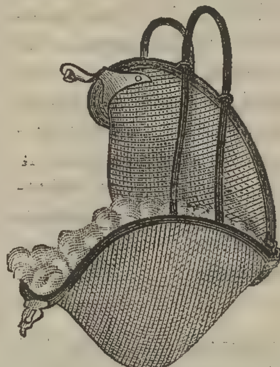
La séance est levée.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

La muselière du docteur Reynal O'Connor.

Cet appareil, destiné à filtrer l'air pendant la respiration afin de le débarrasser des corps étrangers et nuisibles, a été construit avec soin par M. Collin.

Il se compose de deux masques en tissu métallique très fin et nickelé qui peuvent s'ouvrir et se fermer au moyen d'un petit ressort. Les masques ont la forme conique pour pouvoir s'adapter sur la bouche et le nez, et ils sont bordés tout le tour par un caoutchouc pour ne pas léser les joues. L'appareil est maintenu en place par deux rubans élastiques qu'on met derrière les oreilles sans causer la moindre gêne. La filtration de l'air se fait au moyen d'une couche d'ouate hydrophile que l'on place entre les deux masques et qui peut se changer à volonté.



M. le docteur Reynal O'Connor l'a fait expérimenter par des ouvriers qui travaillent dans des ateliers dont l'atmosphère est remplie de poussières de toutes sortes et il a vu l'ouate devenir sale au bout de deux heures d'usage, en arrêtant toutes les poussières qui auraient été absorbées par les ouvriers et qui auraient causé, comme l'on sait, des maladies broncho-pulmonaires. Il a trouvé que l'ouate, selon le principe de M. Pasteur, se remplissait de microbes divers après l'avoir fait porter pendant vingt-quatre heures, par un malade d'hôpital qui n'était pas sorti de la salle de toute la journée, et cette ouate se salissait aussi, mais à un moindre degré, dans une salle d'autopsie.

M. le docteur Reynal O'Connor conseille l'emploi de son appareil aux mineurs, casseurs de pierres, marbriers, tourneurs en métaux et toutes sortes d'ouvriers exposés à respirer des poussières ; mais l'application la plus importante qu'il lui donne c'est au point de vue chirurgical, car, se fondant sur les expériences récentes de Brown-Séquard, il croit que la toxicité de l'air expiré est un grand danger pour les opérations chirurgicales et il conseille de l'employer au point de vue antiseptique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 8 mars 1888, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Abrial, Léonardon-Lapervanche, Sarda, Maréchal, Delattre, Jacob, Delobel, Delaborde, Ygouf, Foucher, Mouret et Gaboriaud.

— Par décision ministérielle, en date du 9 mars 1888, M. Mackiewiez, médecin-major de deuxième classe au 72e d'infanterie, a été désigné pour le 8e chasseurs à cheval, par permutation avec M. le médecin-major de deuxième classe Février.

— *École de médecine de Reims.* — M. le professeur Grandval est nommé secrétaire de ladite École, en remplacement de M. Gentilhomme, décédé.

— M. G. Le Mesle, paléontologiste, est nommé membre de la commission chargée de poursuivre, en 1888, les études scientifiques sur le territoire de la régence de Tunis.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Constantin James (de Paris).

— M. le professeur Hayem commencera le cours de thérapeutique et matière médicale, le lundi 19 mars 1888, à cinq heures de l'après-midi, dans le petit amphithéâtre de la Faculté de médecine, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

— M. le docteur Villejean, professeur agrégé, commencera des conférences de chimie médicale, le lundi 19 mars 1888, à une heure de l'après-midi, dans le petit amphithéâtre de la Faculté de médecine, et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. » — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE (3e session). Séances du 14 mars 1888. — De la sollicitation expérimentale des phénomènes émotifs chez les sujets en état d'hypnotisme. — Nouvelles.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

(TROISIÈME SESSION)

Séance du 14 mars 1888 (matin). — Présidence de M. LARREY.

COMMUNICATIONS

De la valeur de la cure radicale des hernies au point de vue de la guérison définitive. — M. SOCIN (de Bâle) fait une communication qui peut se résumer dans les propositions suivantes :

1° La guérison radicale de la hernie inguinale ou crurale par un traitement opératoire est possible ;

2° Cette opération est le complément obligé de toute kélotomie entreprise pour étranglement herniaire, sauf dans les cas où l'intestin ne peut ou ne doit pas être réduit ;

3° La cure radicale d'une hernie non étranglée est indiquée : *a.* chez les jeunes sujets des deux sexes au-dessous de vingt ans, lorsque le traitement classique, par le bandage, ne réussit pas à maintenir réduite la hernie d'une manière complète et absolument permanente ; *b.* chez les adultes, lorsque le bandage ne contient pas *facilement*, *complètement* et sans douleur ;

4° Les chances de succès sont d'autant plus grandes que le sujet est plus jeune et que la hernie est plus petite et moins ancienne ;

5° L'existence d'une hernie double chez le sujet opéré, ou d'autres hernies chez les ascendants, diminue les chances de succès ;

6° Le travail corporel ne favorise pas les récidives ;

7° Le port d'un bandage après l'opération est inutile, souvent nuisible ;

8° L'opération est sans danger dans les cas simples, le danger n'existe que chez les sujets très âgés, quand la tumeur herniaire est énorme, et que les téguments en sont ulcérés ; enfin, quand l'ablation d'une grande partie de l'épiploon est indispensable ;

9° L'opération consiste dans l'ablation totale du sac *au-dessus de son collet*. La suture des piliers n'est qu'exceptionnellement nécessaire ;

10° Dans les hernies congénitales, la dissection du sac herniaire peut offrir des difficultés ; cependant elle réussit dans la grande majorité des cas. La partie inférieure doit être conservée pour servir à refaire au testicule une tunique vaginale propre ;

11° Dans les cas d'ectopie avec atrophie du tissu glandulaire, le testicule doit être enlevé avec le sac.

M. LÉONTÉ (de Bucharest) appelle tout particulièrement l'attention sur un procédé nouveau de cure radicale des hernies, procédé qu'il pratique depuis le 15 octobre 1885. C'est surtout à propos de la hernie inguinale, qu'il s'est appliqué à modifier la pratique couramment suivie par la plupart des chirurgiens. Voici en quoi consiste sa manière de faire :

Les précautions aseptiques anté-opératoires sont prises tout d'abord : bain général, purgation, lavage et désinfection de la région à l'aide de la solution de sublimé corrosif et du savon noir. Il procède ensuite à l'opération de la manière suivante, le malade étant plongé dans une anesthésie chloroformique complète.

Premier temps. — Incision des téguments, couche par couche, le long de la tumeur, à partir de son collet jusqu'à son fond. Incision du sac et réduction, dans l'abdomen, de son contenu ; lorsqu'il y a des adhérences s'opposant à la réduction des viscères, il les détache afin de pouvoir réduire. Quant à l'épiploon, au lieu de le réséquer à la manière de la plupart des auteurs, il le réduit aussi ; ce n'est que dans le cas d'altération qu'il le résèque.

Après avoir ainsi réduit le contenu herniaire, la face interne du sac de même que celle de son collet se trouvent être exposées et prêtes à subir les manœuvres suivantes, qui ont pour but de détruire et d'oblitérer le trajet herniaire et qui constituent le second temps.

Second temps. — Traction à l'aide de la main gauche sur le sac et son collet, de manière à rendre apparent l'orifice abdominal du collet et à exposer ainsi la portion de séreuse abdominale, voisine de cet orifice. A ce niveau et pendant qu'il exerce la traction, il fait une incision circulaire de la séreuse à l'aide du bistouri ou des ciseaux courbes ; immédiatement les deux bords séreux résultant de l'incision s'écartent l'un de l'autre, laissant à nu le tissu cellulaire sous-jacent. La séreuse du bord supérieur de l'incision a même de la tendance à se recroqueviller en dedans ; l'auteur favorise ce recroquevillement en décollant et refoulant cette séreuse, soit à l'aide de l'ongle, soit avec la pince. C'est ainsi que se trouve oblitéré l'orifice supérieur du trajet herniaire ; pour compléter cette occlusion, à l'aide du catgut, il fait une suture en bourse de toute la surface dépourvue de séreuse qui résulte de l'écartement des deux bords de l'incision circulaire.

Cessant alors toute traction sur le sac, voici comment M. Léonté traite celui-ci : au lieu de le réséquer, comme on l'a généralement conseillé, il le conserve au contraire et, afin d'obtenir la réunion de ses parois, il pratique seulement un raclage superficiel de toute l'étendue de sa face interne à l'aide d'une curette de Volkmann. Lorsque la surface interne du sac est congestionnée et irritée, comme cela a lieu dans les hernies étranglées, par exemple, il se borne à l'aviver incomplètement, à l'aide de la solution phéniquée forte ou de la solution au chlorure de zinc.

Troisième temps. — M. Léonté termine l'opération en ajustant avec un fil d'argent ou un fil de soie les parois du sac et celles des téguments qu'il comprend dans la même suture.

Quant au pansement, il consiste dans l'application de gaze iodoformée et d'une quantité d'ouate nécessaire pour une bonne

compression. Il fixe le tout à l'aide d'un spica inguinal double, fait avec des bandes de gaze. Une autre bande de caoutchouc termine ce pansement, et, pour mieux assurer la compression, il applique par-dessus un coussin de sable.

La guérison obtenue, il n'astreint nullement ses opérés à porter un bandage herniaire quelconque.

M. Léonté a obtenu, par ce procédé, sept succès sur les sept malades qu'il a opérés. La réunion s'effectua toujours par première intention. Quant à la récidive, il n'en a pas constaté une seule jusqu'à présent; chez le premier de ses opérés, le résultat se maintient depuis deux ans et demi.

En résumé, voici, dit l'auteur, quels sont les avantages de ce procédé, en conservant le sac : 1° la durée de l'opération devient moins longue et moins pénible; 2° on ne s'expose pas à intéresser les organes du cordon; 3° on renforce l'occlusion de l'orifice supérieur du collet par la réunion des parois du sac, qui donnent par leur adhésion un véritable pilier soutenant la cicatrice.

M. **THIRIAR** (de Bruxelles) a commencé à pratiquer la cure radicale des hernies, dès les premiers mois de l'année 1886. Depuis cette époque, il a eu l'occasion d'opérer vingt-six cas de hernie, soit douze fois pour lever l'étranglement et quatorze fois pour débarrasser les malades de leur infirmité.

Sur les douze malades atteints de hernie étranglée et qu'il a opérés, il a tenté sept fois la cure radicale, avec un succès opératoire véritable et complet. Il n'a pas essayé de faire cette opération sur les cinq autres malades et cela pour divers motifs qu'il serait trop long, dit-il, d'indiquer. Cependant parmi ces cinq derniers cas, il croit devoir signaler un cas de mort. Il s'agit d'un individu qui fut amené à l'hôpital, alors qu'il était *in extremis*; il présentait tous les signes de la glycosurie, avec bronchopneumonie et affection du cœur. Lorsque, quelques jours après l'opération, cet homme succomba, le ventre était intact, et il n'existait pas la moindre suppuration.

Sur les quatorze cures radicales, entreprises de propos délibéré, il n'y a eu qu'une seule mort, celle d'un vieillard de soixante-quatre ans, alcoolique avéré, qui succomba, le seizième jour après l'opération, des suites d'une encéphalite. L'autopsie démontra l'intégrité de la cavité péritonéale.

En résumé, de cet exposé, il résulte que les vingt et une opérations de cure radicale, faites par M. Thiriar, n'ont donné lieu qu'à un seul décès lequel, encore, n'a eu lieu que par suite de circonstances indépendantes de l'opération elle-même.

L'auteur ajoute que deux de ces malades étaient porteurs de hernies doubles. L'un d'eux fut opéré de ses deux hernies le même jour; l'autre subit les deux opérations à un intervalle de deux mois.

Quant au procédé opératoire M. Thiriar suit exactement la méthode de M. Lucas-Championnière, si ce n'est qu'il suture toujours les anneaux, draine à travers la peau du scrotum, et ne fait plus porter de bandage à ses opérés.

Passant ensuite aux indications de la cure radicale, il déclare ne pas opérer tous les sujets, atteints de hernie, mais intervenir seulement dans certaines conditions, c'est-à-dire :

1° Lorsque la hernie est irréductible;

2° Lorsque la hernie est congénitale, et qu'elle s'accompagne d'ectopie testiculaire;

3° Lorsque la hernie est incurable;

4° Lorsque la hernie est douloureuse;

5° Lorsque la hernie est difficilement maintenue et que les sujets sont exposés à l'étranglement de celle-ci, en raison de leurs occupations;

Toutes conditions dans lesquelles la cure radicale est une excellente opération.

M. **MOLLIÈRE** (de Lyon). Il est certain que les hernies se développent sous l'influence de causes qui nous échappent absolument. Il suffit, pour l'affirmer, de rappeler que les hernies sont très souvent héréditaires, et que, chez certains sujets, il y a une véritable diathèse herniaire puisque, sans s'être livrés à des travaux pénibles, ils présentent à la fois des hernies ombilicales, crurales doubles et inguinales doubles. D'où il suit que, toute hernie, radicalement guérie par une opération, a une certaine tendance à récidiver. Ce que l'on doit donc entendre par cure radicale, c'est la suppression de l'infirmité déterminée par la hernie, et le procédé actuellement employé peut se résumer dans ces deux mots : la suppression du sac. La suture des piliers, l'enroulement du sac refoulé dans l'anneau, ne sont que des détails opératoires de peu d'importance; la cure radicale d'aujourd'hui c'est l'ablation de la hernie.

L'auteur passe en revue les objections formulées contre l'opération, c'est-à-dire sa gravité et les difficultés qu'elle présente, pour les réfuter absolument, soutenant que c'est, au contraire, une opération bénigne en soi, et beaucoup plus facile même que la kélotomie classique et qui, de plus, donne des résultats durables. M. Mollière cite un de ses malades, opéré depuis plus de six ans d'une hernie inguinale volumineuse avec perforation intestinale et suture perdue, auquel il fit la dissection et l'extirpation du sac et qui n'a jamais eu de récidive, quoiqu'il portât après l'opération un bandage absolument fantaisiste.

Il a fait l'extirpation du sac, dans des cas de hernies non étranglées mais incoercibles, et toujours elle lui a donné des résultats favorables.

Il insiste sur ce fait, que la dissection du sac herniaire, *presque dans le ventre*, est une opération excessivement facile, qu'elle est par elle-même sans gravité, et applicable à toutes les variétés de hernies. Il ajoute que, quand il s'agit de hernies gangrénées, l'isolement facilite singulièrement l'opération, car rien, en pareil cas, de plus simple que l'établissement d'un anus contre nature, rien de plus simple aussi que la réduction avec fixation, et que la suture perdue.

Quant à la hernie ombilicale, on peut aussi l'isoler, mais, pour y parvenir, il faut isoler l'ombilic et l'enlever; par cet artifice opératoire, la kélotomie dans l'exomphale est des plus simples; on pratique ensuite la ligature du sac, et la guérison est radicale.

Enfin, chez tous ces malades, M. Mollière a conseillé le port d'un bandage, et cela parce qu'il a surtout affaire à des gens du peuple, se livrant à des travaux pénibles; mais, en raison de leur cherté et de leur rapide usure, ils sont très vite abandonnés. Néanmoins, ces opérés sont restés guéris.

En résumé, et l'auteur y insiste de nouveau en terminant, la dissection du sac est une opération facile, inoffensive, et ses résultats sont durables.

M. A. **ROUTIER** a, depuis qu'il est chirurgien des hôpitaux de Paris, pratiqué 14 fois l'opération dite de la cure radicale, et a toujours fait l'extirpation du sac sans la suture des piliers; aucun décès n'a eu lieu; l'accident le plus grave qu'il ait observé, alors que la réunion primitive totale a manqué, n'a consisté qu'en un peu de suppuration du trajet du drain. Une fois, cependant, il a voulu supprimer complètement le drainage; il en est résulté un phlegmon des bourses dont le malade a, du reste, bien guéri.

Ces 14 cas comprennent : 1 épiplocèle de la ligne blanche; 1 énorme hernie ombilicale, 12 hernies inguinales.

Au début, M. Routier n'a opéré que des cas de hernies irréductibles; il a ainsi rencontré cinq fois le gros intestin dans le sac, adhérent par ses parois, ses appendices ou son méso, qui avait glissé. Trois fois c'était l'épiploon qui, malgré un séjour au lit prolongé, malgré l'emploi de purgatifs, etc., etc., n'avait pas pu rentrer, il était adhérent. Une fois le sac était double, le premier ne contenant qu'une grosse masse d'intestin, le second rempli d'épiploon adhérent. Dans un cas, la hernie était congénitale et le sac très adhérent aux éléments du cordon. Une autre fois, M. Routier a fait, en même temps que la cure de la hernie, la cure d'une hydrocèle volumineuse par la résection d'une grande partie de la vaginale.

Malgré les difficultés qu'il a eues à retrouver ses malades, il a pu cependant en revoir 6 sur 14, le plus récent datant de quinze mois. En voici les résultats :

Les 2 cas de hernie ombilicale ou para-ombilicale sont radicalement guéris; les 4 cas de hernie inguinale revus sont aussi restés guéris.

Tous six ont donc été, grâce à la cure radicale, débarrassés de leur infirmité.

Le procédé de choix est l'extirpation totale du sac, lié à sa base aussi haut que possible, avec réunion et drainage de la plaie cutanée.

En résumé, et c'est par les conclusions suivantes que l'auteur termine sa communication :

1° L'opération dite cure radicale par extirpation est bénigne, quand elle est faite antiseptiquement;

2° On doit l'appliquer dans tous les cas où, selon la formule de M. Trélat, une hernie ne peut être complètement, constamment et facilement contenue par un bandage;

3° On doit l'appliquer encore dans tous les cas de kélotomie pour étranglement où l'intestin peut être maintenu dans l'abdomen sans crainte de perforation;

4° L'opération paraît donner les meilleurs résultats dans les cas de hernies ombilicales ou para-ombilicales.

M. TRÉLAT critique les mots de cure *radicale* des hernies, auxquels il propose de substituer ceux de cure *opératoire*. Il n'admet pas qu'une hernie, facilement maintenue par un bandage ou habituellement réductible, soit soumise à la cure dite radicale, car 40 p. 100 des malades qu'on opère ainsi sont encore assujettis à porter un bandage après l'opération, sous peine de récidive.

Au contraire, dès qu'une hernie ou une portion quelconque d'une hernie est irréductible ou difficile à contenir, elle devient justiciable de l'opération de la cure dite radicale. Dans ces conditions, et pour les cas heureux, la guérison totale en est la conséquence, l'infirmité a disparu.

La bénignité de cette opération joue un très grand rôle dans la faveur dont elle est l'objet; elle est des plus remarquables. Il y a dix-huit mois environ, préparant une leçon sur la cure dite radicale des hernies, il avait réuni, au hasard, une série de 160 cas de cure radicale sans un seul mort. Les discussions qui ont eu lieu récemment à la Société de chirurgie, sur le même sujet, ont donné une seconde série de 130 cas, sans un seul mort également. Enfin, depuis dix-huit mois, cette opération a été pratiquée 17 fois encore dans mon service, et sans un seul mort également: 10 par moi-même, 4 par M. Paul Segond et 3 par M. Barette, mon chef de clinique. Sur ces 17 nouveaux cas, la réunion immédiate a été obtenue 15 fois, et 2 fois nous avons eu quelques gouttelettes de pus.

Bref, sur un total de 307 opérations, la mortalité a été 0. Elle est d'ailleurs évaluée, en moyenne, pour tous les cas connus, à 0,4 p. 100. Aussi une opération qui n'a, pour ainsi dire, pas de mortalité et qui a pour but de prévenir des accidents sûrement mortels chez les individus menacés, et qui, dans les cas les moins menaçants, réduit au minimum les chances de ces accidents ou même les supprime tout à fait, une pareille opération, dit M. Trélat, devait entraîner les chirurgiens et les a, en effet, entraînés à la pratiquer.

M. JULES BŒCKEL (de Strasbourg) ne veut pas présenter la statistique complète de tous les cas de hernie qu'il a traités par la cure radicale, mais seulement les 12 malades qu'il a pu suivre pendant un temps suffisamment long après l'opération, pour bien connaître les résultats de la cure radicale.

Ces 12 cas se dédoublent ainsi :

1° Cinq cas de hernies non étranglées, dont 3 entièrement réductibles, mais non coercibles, et 2 en partie réductibles;

2° Sept cas de hernies non étranglées.

Dans la première catégorie, 4 fois la hernie avait été abandonnée à elle-même, c'est-à-dire que les malades n'avaient jamais porté de bandages; 1 fois la hernie s'était reproduite. Bref, la hernie, dans plusieurs cas, était devenue énorme au point de rendre tout travail impossible. L'opération était donc parfaitement justifiée.

Dans la deuxième catégorie, le fait de l'étranglement suffirait à lui seul pour légitimer la cure radicale, le débridement étant préalablement fait, bien entendu.

Les résultats obtenus ne sont pas des plus encourageants, bien que l'opération soit excellente en soi. En effet, sur ces 12 opérés, l'auteur compte 2 morts, 10 guéris.

Parmi les premiers, l'un avait une hernie énorme descendant jusqu'au milieu de la cuisse; il était, de plus, alcoolique; il est mort, le cinquième jour, de septicémie aiguë occasionnée par une gangrène des bourses avec phlébite des veines y contenues, sans trace de péritonite. L'autre, alcoolique également, a été emporté dans un accès de delirium tremens, seize jours après l'opération. La guérison de la plaie était *absolue* le sixième jour, sans une goutte de pus ni la moindre trace de péritonite.

Sur les 10 cas restant, M. Bœckel a constaté 2 récidives, peu après la guérison de la plaie. Cependant la hernie, qui n'était pas coercible antérieurement à l'opération de cure radicale, l'est devenue postérieurement. Aujourd'hui, après sept ans, elle est facilement maintenue par un bandage.

Trois opérés sont restés guéris depuis sept et six ans. Ils portent tous les trois, par précaution, un bandage, bien qu'il n'y ait pas la moindre tendance à la reproduction de la hernie. Chez l'un d'eux, il y avait, outre la hernie, une épiplocèle irréductible; chez l'autre, la hernie était mal contenue.

Enfin, 2 autres opérés sont restés guéris, depuis un an l'un et quatre mois l'autre; la guérison en ce qui les concerne semble bien définitive, mais le temps écoulé depuis l'opération est trop court pour permettre un jugement définitif.

En résumé, si l'on en excepte un qui a été perdu de vue, M. Bœckel compte sur 9 opérés : 3 cas sans récidive, depuis 7 et 6 ans; 1 depuis 3 ans; 1 pendant 2 ans et demi, puis tendance à la récidive; 1 depuis 1 an; 1 depuis 4 mois; 2 cas avec récidive immédiate mais la hernie, incoercible avant l'opération, est actuellement bien maintenue.

En ce qui concerne le procédé opératoire, après avoir pratiqué presque tous les procédés qui ont été tout d'abord préconisés, c'est à celui qui a été récemment décrit par M. Lucas-Championnière que M. Bœckel s'est rallié, dans ces derniers temps, comme étant certainement le plus efficace.

M. Bœckel termine sa communication par la relation d'un cas tout récent de cure radicale d'une hernie ombilicale remarquable par le volume absolument extraordinaire de la hernie et la rapidité de la guérison.

Il s'agit d'une femme de quarante-sept ans ayant eu trois couches et deux fausses couches, et dont la hernie ombilicale remontait à dix-huit ans et était survenue à la suite d'un accouchement gémellaire. Cette hernie présentait un volume tel qu'elle masquait entièrement les organes génitaux externes et descendait jusqu'au tiers moyen de la cuisse, la femme étant couchée sur le dos. Son diamètre transversal mesurait $0^m,415$ et son diamètre vertical $0^m,30$. L'opération pratiquée le 23 février dernier exigea :

1° La résection d'une bande d'épiploon longue de $0^m,39$ et large de $0^m,09$;

2° L'excision du sac herniaire sur une étendue de $0^m,21$ de longueur sur 0,16 de largeur à gauche et de $0^m,21$ de longeur sur $0^m,18$ de largeur à droite.

Guérison absolue sans une goutte de pus.

M. LE DIBERDER (de Lorient) communique un travail dont les conclusions sont :

1° Le tissu conjonctif sous-péritonéal joue un grand rôle dans la guérison des hernies;

2° Ce rôle consiste dans la production d'un tissu cellulo-graisseux d'abord, fibro-graisseux ensuite, qui, dans certaines conditions, peut oblitérer l'orifice herniaire.

M. PAUL SEGOND. L'opération qui fait le sujet de la discussion d'aujourd'hui mérite-t-elle bien le nom de cure *radicale*? L'auteur a pratiqué 44 fois cette opération : 14 fois pour des hernies non étranglées, 30 fois comme un complément opératoire du traitement de l'étranglement herniaire.

Ces 44 observations lui ont laissé l'impression générale suivante au point de vue de la bénignité de l'opération, de ses résultats immédiats et de sa valeur définitive.

1° La bénignité de l'opération ne lui laisse aucun doute. Il laisse de côté les 30 cas d'étranglement qui lui ont donné 3 décès, dont 2 sont ceux de vieillards morts de congestion pulmonaire et 1 est un jeune homme guéri de sa hernie, mais qui est mort ensuite de tétanos, d'où il conclut qu'en somme, dans le cas d'étranglement, la cure radicale n'augmente pas réellement la gravité de la situation. Quant aux 14 autres opérés de hernie non étranglée, aucun d'eux n'est mort. D'où il suit que la cure radicale est une opération très bénigne.

2° Comme résultat immédiat, M. Segond déclare que tous ses opérés en ont été ravis. L'un d'eux, opéré en 1884, et auquel il avait conseillé de porter un bandage, l'a enlevé au bout d'un an. Par suite sa hernie a reparu, mais il avait été tellement satisfait de sa première opération qu'il est revenu trouver l'auteur au mois de décembre dernier pour lui demander de pratiquer de nouveau, sur lui, la cure radicale.

3° Relativement à la valeur définitive de l'opération, M. Paul Segond a revu la moitié de ses malades dans un délai de trois à huit mois, et peut déclarer que, en somme, deux de ses opérés ont obtenu un résultat définitif. Quant aux autres, ceux qui ont porté un bandage ont conservé un véritable bénéfice de leur opération, ceux qui n'en ont pas porté ont perdu, au contraire, tous les bénéfices de la cure.

En résumé donc : bénignité de l'opération ; résultat immédiat excellent ; résultat ultérieur parfait si les malades consentent à porter un bandage, imparfait, au contraire, s'ils ne veulent pas s'y astreindre. Le bandage est donc le complément de la cure dite radicale, et cette opération est parfaitement indiquée dans tous les cas de hernie incoercible et mal ou non réductible.

Au point de vue opératoire, les règles à suivre sont celles qui ont été formulées par M. Lucas-Championnière : dissection, résection du sac et ligature du collet aussi haut que possible. Mais l'opération n'est pas praticable dans tous les cas, notamment chez les sujets où la dissection peut compromettre l'existence du cordon, la vitalité du testicule. En pareille occurrence, le procédé opératoire doit être modifié.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE a fait quatre-vingt-une opérations de cure radicale, soit en cas d'étranglement, soit pour des hernies non étranglées. Les plus anciennes remontent à sept ans, les résultats ont été excellents et, jusqu'au moment de la discussion qui a eu lieu sur cette question à la Société de chirurgie, sa mortalité avait été absolument nulle. Depuis lors, il a perdu un de ses opérés, mais il faut tenir compte de ce fait que les conditions étaient des plus mauvaises.

L'opération n'a pas été faite dans son service, mais dans un autre hôpital dont le personnel n'était pas habitué aux précautions et aux soins usités dans la cure radicale. Le malade était un emphysémateux, et sa hernie extrêmement volumineuse. L'opération n'a pas duré moins de deux heures dix minutes. La journée du lendemain avait été bonne, lorsqu'à neuf heures du soir des accidents de congestion pulmonaire se sont déclarés ; la nuit suivante le malade succombait. M. Lucas-Championnière est convaincu que, dans son service, cet homme eût guéri comme tous ses autres opérés.

Aussi ce 81e cas ne modifie-t-il nullement son opinion.

Quant à la question du bandage à appliquer à la suite de l'opération, il ne le considère comme utile que dans certains cas.

Relativement aux indications de la cure radicale des hernies, M. Lucas-Championnière n'est pas en parfait accord avec M. Paul Segond, mais il croit devoir étendre l'indication d'opérer aux petites hernies, surtout à celles qui ont de la tendance à grossir, car la déchéance organique est une conséquence fréquente des grosses hernies, ainsi qu'il a eu maintes fois l'occasion de l'observer. De plus aussi, la congestion pulmonaire est un accident plus à redouter chez les sujets âgés et dans les cas de hernie volumineuse. De là, donc encore, l'indication de se hâter d'intervenir, afin d'empêcher une hernie de prendre un trop grand accroissement.

M. RICHELOT fait une communication, dont voici les conclusions :

1° Dans les hernies simples, peu volumineuses, des adolescents et des adultes, la cure radicale est absolument bénigne et donne les meilleures chances de guérison définitive. Elle est indiquée si le malade l'accepte ou la désire.

2° Dans les hernies volumineuses ou compliquées des adultes, les dangers de la cure radicale sont très minimes et n'existent que dans les cas les plus graves, alors que l'intervention s'impose. La guérison définitive de la hernie est moins fréquente, mais on obtient toujours la guérison des symptômes alarmants.

3° Chez les vieillards et les cachectiques, les bénéfices de la cure radicale ne compensent pas les dangers.

4° La chirurgie actuelle est assez sûre d'elle-même, pour corriger des infirmités et prévenir des accidents ; elle n'en est plus réduite à soulager des moribonds.

M. ED. SCHWARTZ rapporte l'observation d'une cure radicale d'une grosse hernie de l'S iliaque, irréductible, chez un sujet tuberculeux, âgé de trente-six ans, laquelle datait de dix-huit ans, présentait le volume d'une tête d'adulte, et constituait une véritable infirmité. L'opération eut lieu le 23 avril 1887 ; tout se passa très bien, la réunion fut complète, excepté au niveau du drain supérieur où il se forma, le sixième jour, un petit abcès qui, une fois vidé et lavé à l'eau phéniquée, se ferma très rapidement. Six semaines plus tard, le malade quitta l'hôpital avec un bandage inguinal, à pelote très large, soutenant la région herniaire.

Au mois d'octobre suivant, l'examen révéla une reproduction de la hernie, reproduction à laquelle avaient grandement contribué les efforts de toux, la tuberculose pulmonaire ayant continué à évoluer. Quelque temps après, cet homme a succombé aux progrès de sa phthisie, mais sans avoir aucunement souffert de sa hernie qui, d'ailleurs, n'avait pas augmenté.

C'était un cas éminemment défavorable, puisque le sujet était tuberculeux, et M. Schwartz ne croit pas, en admettant qu'il n'ait pas été emporté par la phthisie, qu'aucun autre procédé eût pu être absolument efficace.

L'observation montre que la suture des piliers, même par une large surface, est insuffisante pour constituer une barrière solide, tant soit peu durable, à l'issue des viscères. L'auteur n'hésiterait pas, si les mêmes circonstances se représentaient, à fermer la large brèche de la paroi, à l'aide d'un bouchon cutané, comme le conseille et l'a fait avec succès M. Lucas-Championnière. Si M. Schwartz ne l'a pas fait dans le cas actuel, c'est parce qu'il lui semblait que c'était là un fait très favorable pour la suture des piliers ; malgré cela la reproduction n'a pas tardé à avoir lieu, puisque, quatre mois après l'opération, on pouvait déjà constater l'existence d'un orifice herniaire.

Il est vrai que l'auteur n'avait pas pratiqué la ligature du collet du sac. Ce qui l'en avait empêché, c'était son adhérence intime aux piliers et sa minceur qui le faisaient ressembler à un large collet de hernie ombilicale ; il ne croit pas que la ligature pratiquée au-dessous de l'anneau, avec refoulement dans l'abdomen, puis suture des piliers, eût donné, au point de vue de la récidive, un meilleur résultat, puisqu'il est convenu que c'est surtout le retrait du collet, lié dans le ventre, et l'effacement de toute cavité ou dépression, qui constituent une des dispositions les meilleures contre la reproduction de la hernie.

Un second point, qui n'intéresse pas directement la question de la cure radicale, paraît devoir être mis cependant en lumière dans cette observation ; c'est la cause de l'irréductibilité de l'énorme hernie que portait le malade. Il n'y avait pas traces d'adhérences, et malgré cela, le sac largement ouvert, il fut impossible de rentrer les viscères ; l'irréductibilité était due à une sorte d'infiltration œdémateuse de l'intestin et des franges épiploïques, qu'il fut impossible de faire diminuer par les manipulations auxquelles ils furent soumis. On fut forcé de débrider un

anneau déjà très large, puisqu'on pouvait y introduire deux doigts facilement, et ce ne fut qu'alors que la réduction fut possible. C'est là une cause d'irréductibilité peu fréquente, qui a cependant déjà été signalée. En effet, M. Malassez, en 1872, a apporté à la Société anatomique une observation dans laquelle une anse intestinale atteinte d'inflammation chronique ancienne, devint absolument irréductible par suite du volume considérable qu'avaient acquis les parois du viscère.

M. LE BEC. Le cas de hernie qui fait le sujet de ce mémoire est assez rare. Il s'agit d'une hernie de l'appendice iléocæcal qui était adhérent et suppuré, et dont il a obtenu la guérison par la cure radicale.

Ce qu'il y a de plus remarquable c'est l'aspect insolite de la maladie, qui avait des apparences d'une tuberculose funiculaire, de telle sorte que l'affection paraissait facile à guérir par la suppression du bandage herniaire dont le sujet, un homme de cinquante-neuf ans, se servait depuis longtemps. Cet homme, à son arrivée à l'hôpital, était porteur d'une fistule située à la partie moyenne du scrotum, à droite, et laissant suinter du pus en petite quantité. Le testicule paraissait sain, le cordon était tout entier couvert par le trajet fistuleux, et le tout formait une masse du volume du petit doigt, mamelonnée, allongée, un peu sensible, partant du testicule et remontant jusqu'à l'anneau inguinal externe.

Le malade présentait aussi une ancienne hernie inguinale du même côté, pour laquelle il portait le bandage, d'ailleurs mal fait, dont nous venons de parler.

Pensant que la cure radicale de la hernie mettrait fin aux accidents, en permettant d'en supprimer la cause supposée, c'est-à-dire la pression exercée par ledit bandage, M. Le Bec se décida, au mois de février 1887, à intervenir et à pratiquer la cure radicale. C'est alors que dans la dissection du sac, il se trouva tout à coup en présence de l'appendice iléo-cæcal, lequel était adhérent au sac, s'était enflammé et avait donné lieu à un abcès devenu, depuis lors, fistuleux.

L'opération réussit très bien, elle comporta la résection de cet appendice. Un petit abcès se forma, le onzième jour, sur la cicatrice, au niveau de l'anneau inguinal, il contenait deux cuillerées à café de pus crémeux, et était le résultat d'un drainage imparfait. Trois semaines plus tard le malade était tout à fait guéri. Au bout de cinq mois il allait parfaitement bien, il portait un bandage et pouvait travailler.

La séance est levée.

Séance du 14 mars 1888 (soir). — Présidence de M. VERNEUIL.

COMMUNICATIONS

Résection du bord inférieur du thorax. — M. LANNELONGUE rappelle la communication qu'il a faite à l'Académie des sciences sur les collections purulentes de la glande hépatique, ainsi que l'observation d'un enfant auquel il a réséqué la partie inférieure du thorax pour un abcès tuberculeux du foie. Il apporte aujourd'hui un nouveau fait. Il s'agit d'un enfant qu'il vit pour la première fois, le 27 février, dans le service de M. Cadet de Gassicourt. Deux mois auparavant cet enfant avait eu une tuberculose péritonéale, puis un abcès tuberculeux qui s'était ouvert dans le cæcum. Il semblait guéri, lorsque, quelques semaines plus tard, il fut atteint d'une péri-hépatite; il eut un abcès péri-hépatique qui s'ouvrit dans le poumon. Après cette vomique il avait été notablement mieux; puis la fièvre s'alluma de nouveau, la température remonta à 40 degrés; la collection purulente s'était reformée et cet enfant étant perdu M. Lannelongue se décida à l'opérer. Sur le lit à opération, il fut pris de nouveau d'une vomique et d'une hémoptysie considérable. Malgré cela, M. Lannelongue fit une ponction dans le dernier espace intercostal du côté droit, il s'échappa un flot de pus; il fit une incision avec le bistouri qui lui permit d'introduire le doigt dans la cavité de l'abcès. Cette cavité fut largement ouverte avec le thermocautère; il extirpa les côtes inférieures, jusqu'à la sixième; il s'était établi un courant entre l'issue du pus et l'entrée de l'air dans cette cavité; dès que la partie inférieure du thorax fut enlevée, tout cessa. Depuis, l'enfant va mieux; la température est tombée à 38 degrés, la fistule pulmonaire s'est fermée et cet enfant se nourrit bien. M. Lannelongue a fait des expériences sur le cadavre qui lui permettent d'affirmer que l'on pourrait de même ouvrir un abcès enkysté du bord supérieur du foie. Cette résection du thorax pourrait être faite temporairement, c'est-à-dire que les côtes étant seulement écartées on pourrait les remettre en place une fois l'abcès vidé.

Traitement chirurgical de la tuberculose de la vessie. — M. GUYON dit que le diagnostic de tuberculose vésicale est possible et même facile; on peut la reconnaître de bonne heure, on constate habituellement la coïncidence d'une lésion génitale avec la lésion vésicale. M. Guyon a longtemps pensé que la tuberculose vésicale relevait du traitement général; il n'avait obtenu que de mauvais résultats de l'introduction directe dans la vessie de substances modificatrices : ses malades traités par des moyens médicaux arrivaient souvent à un état satisfaisant, aussi ne vient-il pas proposer la substitution du traitement opératoire au traitement médical. Toutefois la pensée qu'il a eue d'agir chirurgicalement a été fortifiée par les résultats de l'ouverture sus-pubienne de la vessie pour des affections graves de cet organe, il a donc cherché à obtenir la cure radicale de la cystite tuberculeuse par l'ouverture de la vessie. Il a pratiqué deux fois cette opération dans ces conditions.

Première observation : Un jeune homme de vingt-quatre ans, faisant son service militaire dans la cavalerie, est atteint d'une cystite qui, une fois établie, ne cède plus à aucun moyen et va toujours s'aggravant. Il s'agissait bien évidemment d'une cystite tuberculeuse. Ce jeune homme n'avait jamais eu de blennorrhagie. Il avait des douleurs que la morphine elle-même ne parvenait plus à calmer. M. Guyon ouvrit la vessie dont il trouva la muqueuse granulée, rouge; il dilata le col de la vessie, appliqua sur la muqueuse de l'huile iodoformée, saupoudra la surface interne d'iodoforme, établit un drainage, et fit passer des bandelettes d'iodoforme par la plaie. Depuis, la santé de ce malade est restée bonne, il n'a ni pus, ni bacilles dans ses urines. Il n'a aucune trace de lésion génitale. Depuis trois ans qu'il a été opéré, il semble guéri.

Deuxième observation : Homme de quarante ans, bronchites et hémoptysies antérieures, cystite persistante, absence de blennorrhagie, absence de lésions génitales concomitantes, bacilles dans les urines. Les traitements locaux et généraux, l'iodoforme à l'intérieur et en instillations dans la vessie n'ayant pas amené de soulagement, M. Guyon se décida à opérer ce malade au printemps dernier. La vessie étant ouverte par la région sus-pubienne, il en fit le grattage et la cautérisation au fer rouge. Ce malade a encore de la cystite, mais il n'a plus de bacilles dans les urines.

De ces deux cas l'on peut conclure qu'il est possible d'attaquer la tuberculose vésicale par l'opération; pour ces cas la taille hypogastrique est préférable à la taille périnéale.

Hystérectomie vaginale. — M. DEMONS (de Bordeaux) constate que, depuis sa première communication sur ce sujet, la question a fait un grand pas. Il veut examiner si les conclusions qu'il a formulées sont encore justifiées et si les modifications qui ont été apportées dans cette opération ont une réelle valeur. Il n'entend parler que de l'extirpation de l'utérus pour cancer. Au point de vue des indications de cette opération, il distingue trois espèces de cancer : 1° le cancer limité au col; 2° le cancer limité au corps, justiciable de l'hystérectomie; 3° le cancer ayant dépassé les limites de l'utérus et seulement justiciable d'un traitement palliatif. Dans la technique opératoire, il y a deux questions, celle de l'hémostase et celle de l'abaissement de l'utérus. Pour l'abaissement M. Richelot a proposé un crochet pouvant pénétrer dans l'intérieur de l'utérus et l'attirer en prenant un point d'appui sur ses parois saines, solides, et non friables. C'est

là un moyen avantageux. Pour l'hémostase, M. Richelot a substitué complètement l'emploi de la pince hémostatique de Péan à la ligature; il a systématisé et généralisé un moyen employé jusqu'ici seulement à titre d'exception. Relativement à l'hémostase, il faut distinguer deux variétés d'utérus, une qui s'abaisse facilement et une qu'il est très difficile d'abaisser. Pour ces dernières, l'application des pinces n'est pas aussi facile qu'on pourrait le croire. M. Richelot reproche à la ligature d'être d'une application difficile, peu sûre, et de ne donner qu'une hémostase incomplète et illusoire. M. Demons reproche aux pinces de ne pas mettre toujours à l'abri des hémorrhagies, d'amener souvent du sphacèle du ligament large, de retarder la guérison ; il leur fait un reproche plus grave : on peut, dit-il, pincer l'uretère, amener une fistule de ce canal et se trouver ultérieuremeut dans la nécessité de pratiquer la néphrectomie. Le rectum et la vessie peuvent également être saisis. M. Richelot a donc été trop loin en généralisant et en systématisant, comme il l'a fait, le procédé d'hémostase par les pinces à demeure. Dans la plupart des cas la ligature est préférable à la forcipressure. La résection du vagin proposée par M. Richelot est une bonne chose, mais il n'y faut pas trop insister, car c'est toujours dans les ligaments larges que se fait la récidive.

M. PÉAN regrette que ceux de ses collègues qui s'occupent de la question en discussion continuent à ne pas tenir compte de ses premières hystérectomies vaginales totales, qui datent déjà de 1882, et qui ont été faites avant celles de M. Demons.

Elles ont été publiées à cette époque, et présentées à l'Académie de médecine. Il était donc facile aux opérateurs, qui ont suivi son exemple, de les consulter. Ils auraient vu que la méthode de pincement temporaire et définitif des vaisseaux du vagin, de l'utérus et des ligaments larges, au cours de l'opération, lui appartient, de même que pour les autres organes chirurgicaux. Il a démontré d ailleurs, autrefois, que ceux qui ont eu recours, après lui, à cette méthode, ont pris des instruments tout faits chez les fabricants, et n'ont fait que l'imiter. Sa technique opératoire lui semble, cependant, n'avoir pas été toujours bien comprise. On s'est occupé exclusivement du pincement définitif, sans parler des services non moins importants, que rend le pincement temporaire. C'est ce dernier qui, convenablement appliqué avec deux ou plusieurs pinces à mors longs, droits ou courbes, permet de détacher rapidement l'utérus sans perdre de sang. C'est lui qui permet, après l'ablation de l'organe, d'attirer, d'abaisser les ligaments longs, et de les lier en deux moitiés sans difficultés, et sans crainte d'hémorrhagies. C'est encore lui qui permet d'éviter ces ligatures, si on veut le rendre définitif en laissant les pinces à demeure. Or, comme M. Péan a appliqué le premier ces deux procédés et comme les observations ont été publiées, il est impossible de ne pas en tenir compte. Reste à déterminer les cas dans lesquels il faut préférer la ligature ou le pincement définitif des ligaments larges, méthodes qui sont aussi précieuses l'une que l'autre. M. Demons pense qu'il est préférable de laisser les pinces à demeure, quand l'utérus est petit, mobile et facile à extraire, et il recourt à la ligature quand l'utérus est volumineux : c'est le contraire qui doit avoir lieu, ainsi qu'une expérience déjà longue l'a démontré à M. Péan.

M. TERRIER fait une communication sur les suites immédiates et éloignées de l'hystérectomie vaginale pour cancer. Il s'étonne d'entendre encore discuter le manuel opératoire; il considère aujourd'hui cette opération comme absolument réglée. Autant il trouvait difficile l'hystérectomie vaginale avec la ligature, autant il la trouve facile avec le pincement. Sur 18 opérations, il a eu 14 succès opératoires et 4 insuccès. Sur ces 4 morts, 2 sont dues à des hémorrhagies dans des cas où il avait employé la ligature, 1 mort par shock, 1 par hémorrhagie secondaire. Depuis qu'il s'en tient exclusivement au pincement, M. Terrier n'a plus eu jamais d'hémorrhagies.

Quant aux résultats éloignés de l'hystérectomie vaginale pour cancer, sur les 14 cas de succès opératoires, M. Terrier en distrait 3 pour causes diverses, hystérectomie incomplète, etc. Restent 11 opérations sur lesquelles il a eu 7 récidives rapides. Sur les 4 guérisons, l'une date de deux ans et neuf mois, une autre d'un an et neuf mois, une troisième de plus d'un an, dans le quatrième cas, il s'agissait d'un adénome de la cavité utérine. En résumé : la technique de l'hystérectomie vaginale est aujourd'hui parfaitement réglée; c'est une opération grave puisqu'elle donne 22 p. 100 de mortalité; la récidive se fait dans un bref délai, 70 fois sur 100, on ne compte que 3 p. 100 de guérisons.

M. ROUTIER lit un travail sur l'hystérectomie vaginale, au point de vue du cancer du corps de l'utérus. Ce cancer de la muqueuse utérine est celui qui reste le plus longtemps localisé. L'hystérectomie vaginale est donc parfaitement indiquée dans ces cas. M. Routier en a fait trois dans ces conditions. Dans le premier cas, la récidive a eu lieu après six mois ; dans le second, l'opération a été faite en novembre 1887 et la malade est encore guérie; dans le troisième, l'opération date seulement d'un mois.

Première observation : Femme de cinquante-cinq ans, douleurs, pertes d'eaux rousses, grattage de l'utérus, l'examen des produits de grattage semble indiquer un fibrome ou une métrite chronique; dilatation du col avec une tige de laminaire, aspect cancéreux, hystérectomie, col sain, guérison sans incidents. Peu de temps après noyaux cancéreux dans le vagin, loin de la section. Six mois après l'opération, carcinome généralisé du péritoine, mort rapide.

Deuxième observation : Femme de cinquante-sept ans, pertes rosées, douleurs, grattage, diagnostic : cancer du corps de l'utérus, hystérectomie; opération simple et facile pratiquée le 8 novembre 1887; la malade va bien.

Troisième observation : Femme de cinquante-six ans, pertes sanguines, mauvais état général, étroitesse de la vulve, diagnostic douteux, toucher intra-utérin; on reconnaît un cancer; hystérectomie vaginale il y a un mois; la malade va bien.

Ainsi il s'agit de femmes ayant passé l'âge de la ménopause, présentant des douleurs et des pertes d'eau rousse. Le cancer du corps de l'utérus doit être combattu de bonne heure par l'extirpation totale. Il faut donc faire un diagnostic rapide; celui-ci est d'autant moins facile qu'on ne peut pas s'en rapporter à l'examen histologique des fragments retirés par le curage.

M. POZZI fait une communication sur les indications et la technique de l'hystérectomie vaginale pour cancer. Voici ses conclusions :

1° L'hystérectomie vaginale est devenue une opération assez bénigne pour qu'on puisse légitimement l'appliquer à tous les cas réservés précédemment aux *amputations sus et sous-vaginales du col.*

2° Cette opération est contre-indiquée comme dangereuse et inutile, dans les conditions suivantes :

a) Envahissement des ligaments larges, rendu probable par l'absence de mobilité de l'organe et la difficulté de son abaissement, après l'anesthésie.

b) Envahissement secondaire ou primitif du vagin, même lorsqu'il est très limité.

c) Le volume considérable du corps de l'utérus cancéreux, rendant laborieux ou impossible son extraction sans morcellement.

L'hystérectomie dite palliative, avec ou sans résection du cul-de-sac vaginal, faite dans tous les cas de ce genre, est une opération qui doit être rejetée. Les dangers, très augmentés alors, sont hors de proportion avec les avantages qu'elle peut procurer.

3° Dans tous les cas où une opération radicale ne doit pas être tentée, le traitement chirurgical *palliatif* est d'un très grand secours contre l'hémorrhagie, le suintement ichoreux et les douleurs.

L'opération consistera dans l'évidement et le grattage méthodique des tissus malades, suivis de cautérisation au fer rouge.

4° La curette tranchante qui fait une sorte de sélection naturelle entre les tissus sains et les tissus dégénérés, lorsqu'elle est bien maniée, est préférable au bistouri. L'opération ainsi faite est une opération réglée. Par suite les mots de *curettage* ou d'*évidement* sont préférables à celui d'*amputation irrégulière sus-vaginale du col.*

Le fer rouge, qui agit principalement sur les parties malades restées en place, dont la vitalité est moindre que celle des tissus sains, complètera très efficacement l'action de la curette. Il peut être porté sans danger, avec les précautions convenables, jusqu'au fond de la cavité interne.

5° Dans le cas de *cancer du col et du corps*, non propagé, mais dans lequel le volume de l'utérus rend son extraction dangereuse par la voie vaginale, le traitement palliatif précédent (curettage suivi de cautérisation ignée) sera préféré à l'extirpation totale par la voie abdominale (opération Fréund).

6° La forcipressure à demeure ne donne pas une sécurité complète contre l'hémorrhagie surtout primitive. Elle expose au pincement et à la compression des organes voisins. Elle rend plus difficile l'antisepsie et plus douloureux le pansement.

7° La forcipressure à demeure est donc un *procédé de nécessité* qui ne doit pas être subtitué comme *procédé de choix* à la ligature, celle-ci doit porter successivement sur les parois vaginales divisées et sur les ligaments larges, après renversement de l'utérus. Dans les cas où l'utérus seul est envahi, où il est resté mobile et facile à abaisser, la ligature n'offre pas de difficultés réelles. On peut dire que la forcipressure à demeure n'est réellement nécessaire que dans une hystérectomie qui n'aurait pas dû être entreprise.

M. RICHELOT accorde à M. Pozzi et à M. Demons qu'il est difficile de placer les pinces quand l'utérus ne descend pas ; mais la ligature est alors impossible. C'est à tort que l'on prétend qu'avec les pinces la guérison est plus longue et que les accidents sont plus menaçants. De même, si dans un cas où l'infiltration néoplasique infiltrait le ligament large, l'uretère a été pincé, il y a d'autres faits où l'uretère a été enserré dans les ligatures. A cet égard, le danger est le même pour les deux méthodes. La méthode du pincement est une simplification et un perfectionnement qui a aidé à la vulgarisation de l'hystérectomie.

M. TERRILLON fait une communication à propos de quinze hystérectomies abdominales pour fibromes volumineux. L'examen de ces cas et de soixante autres cas de fibromes utérins, lui permet de poser les conclusions suivantes :

L'hystérectomie abdominale est une opération grave ; elle doit être réservée aux fibromes développés du côté de l'abdomen, volumineux, suffisamment mobiles et causant des hémorrhagies rebelles et continues ou des troubles dus à la compression des organes voisins.

On doit lui préférer l'ablation des ovaires et des trompes, dans les cas de fibromes petits, ou de moyen volume, et capables de compromettre l'existence, surtout par hémorrhagies.

Un grand nombre de fibromes abdominaux provoquent des accidents pendant une période variable de la vie. Ces accidents peuvent être mortels ; aussi, quand ils deviennent menaçants, il est nécessaire de pratiquer une des deux opérations : *Hystérectomie abdominale ; Ablation des ovaires.*

Si ces accidents ne sont pas assez graves pour mettre la vie en danger, on peut, par des moyens médicaux divers, les atténuer et même les arrêter, jusqu'à la fin de la période dangereuse, qui peut se prolonger souvent au delà de cinquante et cinquante-cinq ans. Les malades jouissent alors d'une guérison apparente, mais qui rend la vie normale ou du moins supportable.

Les seuls fibromes, qui font le sujet de ce travail, sont ceux qui occupent le segment supérieur de l'utérus et qui font saillie dans l'abdomen, sans proéminer du côté du col de l'utérus ou du vagin.

Les fibromes qui ont une tendance à se développer du côté de la cavité utérine ou vers le col, se prêtent à d'autres considérations et réclament des opérations différentes.

Lymphangiomes. — M. MONOD (de Paris), à propos d'un cas de lymphangiome caverneux observé par lui, présente quelques remarques sur la définition et l'histoire des lymphangiomes vrais.

Il résume d'abord son observation : Petite fille de huit mois, portant depuis l'enfance sur l'épaule une tumeur qui, au moment de l'examen, avait acquis le volume d'un œuf de poule. Les caractères cliniques de cette tumeur étaient ceux d'un kyste à parois très épaisses.

On reconnut après l'ablation qu'il s'agissait d'un lymphangiome caverneux circonscrit, c'est-à-dire d'une production essentiellement constituée par des cavités cloisonnées, tapissées par un endothélium, semblable à celui des vaisseaux lymphatiques remplis par un liquide séreux. A l'œil nu la masse avait l'aspect spongieux des tumeurs caverneuses.

M. Monod part de ce fait pour montrer que l'on a trop souvent confondu jusqu'ici les *lymphangiectasies* avec les *lymphangiomes.*

Rappelant la définition reçue de l'angiome sanguin, à savoir, celle d'une tumeur dans la constitution de laquelle entrent des vaisseaux de formation nouvelle (Cornil et Ranvier) et appliquant cette conception au *lymphangiome*, il réserve cette dernière désignation aux tumeurs d'origine lymphatique, dans lesquelles on peut admettre ou démontrer la néo-formation de vaisseaux ou de lacunes lymphatiques.

Appliquer le nom de lymphangiome aux simples dilatations lymphatiques, équivaudrait à donner le nom d'angiome aux dilatations des veines (varices) ou des artères (anévrysmes), ce que personne ne voudrait soutenir.

Le lymphangiome ainsi compris est une tumeur fort rare.

M. Monod n'a trouvé dans la littérature médicale que deux cas qui puissent être rapprochés du sien, l'un appartenant à Reitchel et l'autre à Middeldorpf.

Il déduit de ces faits quelques considérations sur l'*anatomie pathologique*, les *symptômes* et le *pronostic* de ces tumeurs et conclut, pour ce qui est du *traitement*, à leur extirpation, qui est sans danger.

Restauration du tendon fléchisseur du pouce. — M. MONOD présente ensuite un malade dont il a parlé autrefois à la Société de chirurgie. A la suite d'une plaie, le tendon du fléchisseur du pouce avait été coupé. Pour rétablir la continuité entre les deux bouts éloignés, M. Monod interposa un tendon de lapin entre les deux extrémités tendineuses et le sutura. On peut voir aujourd'hui, sur le malade présenté, que la flexion du pouce est complète et forte.

Tumeur érectile du visage guérie par l'électrolyse. — M. SCHWARTZ (de Paris) rapporte une intéressante observation de tumeur érectile du visage guérie par l'électrolyse : il s'agit d'une jeune femme dont la moitié gauche de la face était absolument déformée par une énorme tumeur érectile, s'étendant du front au cou, envahissant l'oreille et le pourtour de la cavité buccale, la lèvre supérieure gauche était énorme, boursouflée, et la déformation était telle que M. Schwartz compare la figure de sa malade à un véritable museau d'animal. Cet énorme angiome formait une vaste nappe sanguine dont tous les points communiquaient largement entre eux. Cette tumeur fut attaquée, le 11 juillet 1885, par l'*électrolyse* et la guérison a été patiemment poursuivie jusqu'à ces derniers mois, c'est-à-dire pendant deux ans et demi.

Des photographies ont été prises au cours du traitement et l'on reste surpris du remarquable résultat qui a été obtenu.

M. BOUDET (de Paris) expose la technique opératoire qu'il a suivie dans l'observation que vient de rapporter M. Schwartz.

M. REDARD dit que, depuis deux ans, il a adopté l'électrolyse dans le traitement des tumeurs érectiles. Il cite plusieurs cas de sa pratique de tumeurs érectiles volumineuses de la face guéries par ce procédé. Il rappelle les conclusions de son mémoire lu au Congrès de Washington.

L'électrolyse est la méthode de choix dans le traitement des tumeurs érectiles et cirsoïdes. Elle réussit là où d'autres méthodes échouent. Elle met à l'abri, grâce à une technique opératoire régulière, de tout accident d'eschare, de suppuration, etc. Elle agit avec sûreté et précision.

La piqûre, avec l'aiguille positive seule, doit être recommandée dans la majorité des cas.

M. Redard recommande l'emploi de courants faibles de 10 à

20 milli-ampères. Il se sert depuis longtemps de plusieurs aiguilles, 4 à 8, plongées à la fois dans la tumeur et réunies à un même fil.

Il renverse le courant pendant quelques secondes dans le but d'éviter le caillot adhérent qui se produit au pôle positif et qui, arraché, donne lieu à une petite hémorrhagie.

Avec des courants faibles il pense que cette pratique n'a aucun inconvénient et dans ses nombreuses électrolyses il n'a jamais eu aucun accident.

Technique des corsets orthopédiques. — M. REDARD attire l'attention sur les services que rendent, en orthopédie, les corsets faits par le chirurgien lui-même sans le secours d'aucun fabricant spécial : les corsets pouvant être renouvelés fréquemment à mesure que le sujet grandit et que la difformité se modifie, n'exigeant pas de surveillance spéciale et d'un prix très peu élevé.

A l'exemple d'un grand nombre d'orthopédistes français et étrangers, il a adopté, dans la pratique, des corsets extrêmement simples et de construction facile. Il pense que, dans la pratique privée, ces corsets sont très utiles et préférables aux appareils compliqués et pesants, coûtant très cher, construits d'une façon empirique, et qui aggravent souvent les difformités.

Il indique la façon pratique de confectionner des corsets en plâtre, en gutta-percha, en feutre, en silicate de potasse. Il montre un certain nombre de corsets plâtrés, légers, élastiques et néanmoins résistants. A l'exemple de Sayre, il se sert presque toujours de corsets amovibles. Il démontre que si ces corsets ont donné des accidents, cela tient à une technique défectueuse ou à l'oubli de quelques préceptes importants.

M. Redard indique la façon simple et pratique d'appliquer des corsets en feutre poroplastique ou en gutta-percha.

Pour les corsets en silicate de potasse, il recommande de mouler très exactement, sur le thorax et le tronc, de la toile métallique à mailles serrées de 3 millimètres environ, assez flexible.

On peut, dit-il, avec avantage se servir de deux plaques en toile métallique, l'une pour la face antérieure, l'autre pour la face postérieure du tronc, que l'on réunit ensuite par des bandes imprégnées de silicate de potasse. Il se sert d'une petite quantité d'alcool, que l'on ajoute au silicate et qui permet d'obtenir une dessiccation très rapide.

La face interne de ces corsets doit être recouverte par une peau douce, au niveau des parties saillantes on peut ajouter des plaques en feutre. M. Redard montre que les corsets qu'il présente, jouent le rôle de cuirasses qui prennent des points d'appui multiples sur le tronc, et assurent le repos des parties lésées, immobilisent et redressent même dans certains cas.

Scoliose due à un accroissement inégal des membres inférieurs. — M. BILHAUT (de Paris) en rapporte plusieurs cas. De l'examen de ces cas il croit pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Dans toute scoliose, surtout au début, il faut rechercher si les membres inférieurs sont d'égale longueur;

2° Dans le cas où l'inégalité des membres inférieurs sera manifestement constatée, on devra attribuer la scoliose à cette cause, si toutefois d'autres causes ne peuvent être invoquées;

3° Le traitement immédiat devra, dans ce cas, consister dans l'emploi de semelles supplémentaires disposées en dedans et en dehors de la chaussure; on rétablira ainsi l'équilibre;

4° Les scoliotiques devraient suivre un traitement destiné à activer l'accroissement du membre inférieur incomplètement développé (exercices spéciaux);

5° Ces malades devraient être soumis au massage, aux exercices gymnastiques, quelquefois à l'électricité, à l'hydrothérapie, ces moyens permettront d'enrayer les déviations de la colonne vertébrale, et de les atténuer dans les limites du possible.

Rétroversion utérine. — M. BERRUT (de Paris) dit qu'à l'état de position normale de l'utérus, quand on pratique le toucher, la femme étant debout, on ne peut atteindre la face postérieure du col, ni le cul-de-sac vaginal postérieur. Si on atteint ce cul-de-sac, c'est qu'il y a rétroversion utérine. Cette rétroversion peut être passagère ; dans ce cas, il n'y a besoin d'aucun traitement; si elle est permanente et douloureuse, il faut pratiquer la réduction et la maintenir.

La séance est levée.

DE LA SOLLICITATION EXPÉRIMENTALE

DES PHÉNOMÈNES ÉMOTIFS CHEZ LES SUJETS EN ÉTAT D'HYPNOTISME.

Nous extrayons du rapport de M. Dujardin-Beaumetz à l'Académie de médecine la relation des principales expériences faites devant la Commission académique et celles qu'elle a faites elle-même.

Le premier soin de la Commission fut de fixer les limites de ses recherches. S'inspirant des motifs mêmes qui avaient amené sa nomination, la Commission décida que, laissant de côté les points soulevés récemment par les grandes questions d'hypnotisme et de suggestion, elle ne s'occuperait exclusivement que des expériences faites par notre collègue.

Voici le programme qu'elle institua :

Dans une première séance, M. Luys reproduirait ses expériences telles qu'il avait l'habitude de les faire, puis, dans des séances ultérieures, notre collègue renouvellerait ces mêmes expériences, mais alors avec un dispositif spécial dont la Commission fixa exactement les bases.

Comme dans de pareilles recherches, pour éviter toute cause d'erreur, il était important que ni le sujet en expérience, ni l'expérimentateur, ni même les membres de la Commission eussent connaissance des substances médicamenteuses employées, il fut décidé que la préparation de ces substances serait confiée à une personne étrangère à la Commission. Ce fut M. Vigier, qui fut chargé de ce soin.

M. Vigier remit à la Commission seize tubes; dix de ces tubes renfermaient chacun 10 grammes d'une solution médicamenteuse. Six autres tubes renfermaient des substances à l'état de poudre; ils étaient enveloppés de papier blanc adhérent aux parois du verre et empêchant absolument de voir le contenu de ces tubes, qui étaient aussi semblables entre eux.

Des numéros d'ordre étaient appliqués sur chacun de ces tubes et des plis cachetés, reproduisant ces numéros, permettaient de connaître à un moment donné leur contenu.

Un tube vide, identique quant à l'extérieur aux précédents, fut joint à ces seize tubes. Tel était le matériel expérimental que la Commission allait mettre en œuvre dans ses recherches.

Voici comment la Commission entendait diriger ces recherches.

M. Luys choisirait le sujet qu'il croirait le plus apte à reproduire devant la Commission les effets qu'il avait observés et qu'il avait décrits dans sa communication et il placerait ce sujet dans les conditions les plus favorables; puis notre collègue, mettant en usage la méthode expérimentale qu'il a instituée, utiliserait, en les choisissant au hasard, les tubes, et on noterait avec grand soin, dans des procès-verbaux acceptés par M. Luys et les membres de la Commission, les différents symptômes qui se produiraient sous l'influence de chacun de ces tubes.

Comme, dans sa communication, M. Luys affirmait qu'il avait obtenu avec les mêmes substances médicamenteuses des résultats sensiblement similaires, la Commission décida en outre que l'on changerait quelques-uns des numéros des tubes contenant des solutions médicamenteuses et que l'on expérimenterait à nouveau ces tubes ainsi modifiés. Un pli cacheté devait contenir la transposition des numéros ainsi opérée. Puis lorsque la Commission se reconnaîtrait suffisamment édifiée par les différentes expériences faites sous ses yeux, elle procéderait à l'ouverture des plis cachetés et comparerait entre elles les observations contenues dans les procès-verbaux. Ce programme expérimental fut scrupuleusement suivi.

Dans la première séance, M. Luys, ayant pris pour sujet d'expérience la nommée E... sur laquelle ont été reproduites la plupart des recherches dont il est question dans sa communication, plaça ce sujet, par l'occlusion des paupières, dans un état qu'il considère comme la première période de l'état hypnotique, la phase léthargique caractérisée essentiellement par l'apparition d'une hyperexcitabilité neuro-musculaire toute spéciale au niveau de certains points de l'économie.

Une fois la malade dans la période léthargique, M. Luys prend un de ses tubes et le place d'abord sur le côté gauche du cou, puis sur le côté droit; il le présente ensuite, à distance cette fois, devant les différents organes des sens, oreilles, yeux, bouche, et il termine en plaçant le tube toujours à distance en avant du cou.

Dans cette première séance, la Commission vit se reproduire sous ses yeux les principaux phénomènes que M. Luys a décrits dans sa communication et l'action à distance du sulfate de spartéine, de l'essence de thym, de l'ipéca et enfin du haschich fut identique à la description qu'en a donnée notre collègue. Les symptômes que M. Luys avait soin de nous faire connaître avant l'application de chacun des tubes suivaient exactement la marche et l'évolution qu'il nous avait signalées.

Trois autres séances furent consacrées à l'examen des différents tubes fournis par M. Vigier; la marche adoptée dans chacune d'elles fut identique à celle que M. Luys avait suivie dans la première séance et le sujet en expérience fut toujours le même.

Ce qui frappa surtout la Commission, dans cette nouvelle série de recherches et avant l'ouverture des plis cachetés, ce furent les points suivants: d'abord la similitude des phénomènes observés quel que fût le tube dont on se servit, ce qui paraît résulter de la symptomatologie très limitée des phénomènes provoqués sous l'influence de tubes mis en expérience. Cette symptomatologie se rapporte en effet aux manifestations suivantes: à des contractures plus ou moins généralisées qui vont même quelquefois jusqu'à l'opistothonos, à des mouvements passionnels et en particulier à des mouvements de colère ou de joie, à des sentiments émotifs variables, soit de terreur ou de tristesse, soit de gaîté ou de satisfaction, à des phénomènes d'asphyxie, d'apnée et de congestion du cou et de la face, surtout lorsque le tube est placé en avant du corps thyroïde, enfin à des périodes de somnambulisme dans lesquelles la malade répond aux questions qu'on lui adresse et manifeste à haute voix les sentiments qu'elle éprouve. En dehors de ces symptômes que l'on trouve notés dans presque toutes les observations, peu ou pas d'autres manifestations bien nettes et bien appréciables, de telle sorte qu'il était pour ainsi dire impossible à la Commission, avant l'ouverture des plis cachetés, de dire à quel médicament on pouvait attribuer la production de phénomènes aussi mobiles et aussi changeants.

Un autre point, tout aussi important, avait frappé la Commission, c'est l'action du tube vide. Cette action a été des plus marquées et des plus énergiques et même plus intense qu'avec la plupart des tubes contenant des solutions médicamenteuses. En effet, si l'on se reporte à la relation des phénomènes provoqués par ce tube vide, on voit que, placé à gauche, il produisit de la contracture de tout le côté gauche, puis une contracture généralisée à tout le corps; que mis devant les yeux il provoqua une terreur invincible et telle que la malade se recula très vivement en repoussant le fauteuil sur lequel elle était assise. Ces mêmes phénomènes se reproduisirent avec plus d'intensité lorsque le tube fut placé sur la partie latérale droite du cou. Enfin, ce même tube vide, présenté au-devant du cou, provoqua le gonflement du corps thyroïde, la congestion de la face, de l'apnée et du cornage.

Quand la Commission eut ainsi suivi les expériences faites par M. Luys avec les différents tubes que M. Vigier lui avait remis, elle procéda à l'ouverture des plis cachetés.

Elle constata alors qu'aucune relation ne paraissait exister entre les symptômes manifestés et le tube mis en expérience. Ce fait est mis en lumière par quelques exemples pris dans les procès-verbaux des séances annexés à ce rapport.

Voici, par exemple, l'action comparée des effets produits par le tube nº 10 et par le tube nº 5. Le premier de ces tubes renfermait 4 centigrammes de sulfate de strychnine pour 10 grammes d'eau. Placé du côté gauche du cou, il produisit les phénomènes suivants: la malade se gratta la tête, le tronc, les jambes, retira son peigne et se décoiffa; elle se frotta les yeux, puis elle poussa quelques gémissements et prononça quelques paroles:

Je ne vois pas, je n'entends plus, je suis trop jeune pour être aveugle, dit-elle, et en même temps elle fait des gestes comme si elle cherchait à se diriger dans l'obscurité. Placé à droite du cou, ce même tube amena le sourire; la malade exprime sa satisfaction, elle dit qu'elle voit, qu'elle entend et elle parle avec reconnaissance de M. Luys qui, depuis sept ans, dit-elle, lui donne ses soins.

Placé en avant du cou, le tube amena l'apnée et la suffocation.

Il est bien difficile de trouver dans ce tableau symptomatique la moindre trace de l'action pharmaco-dynamique que nous connaissons tous du sulfate de strychnine et par une coïncidence fort étrange, c'est une des rares observations où nous n'avons constaté ni contractures, ni convulsions.

Avec le tube nº 5, qui renfermait 4 centigrammes de nitrate de pilocarpine pour 10 grammes d'eau, on constate au contraire, lorsqu'il est placé à gauche du cou, des contractures très violentes de tout le corps, du strabisme et du rétrécissement des pupilles.

Ces phénomènes sont encore plus accusés quand le tube est placé à droite et quand il est mis à distance en avant du cou, il survient de l'opisthotonos, de l'apnée et du gonflement du corps thyroïde.

Comme on le voit, rien dans ce tableau qui puisse rappeler l'action sialagogue si intense de cette substance.

Cette même bizarrerie d'action se retrouve avec le chlorhydrate de morphine, avec le tube contenant 4 centigrammes de sulfate de spartéine, etc.

Les effets produits par les tubes renfermant des poudres sont tout aussi incertains et tout aussi incoordonnés et les manifestations ne sont nullement en rapport avec la substance mise en expérience.

Mais ce qui montrera, mieux que je viens de le faire, l'étrange mobilité et l'extrême incertitude des phénomènes produits par les substances médicamenteuses placées à distance, c'est que la même substance amène chez le même sujet des phénomènes absolument différents.

Dans les dix tubes renfermant des solutions, remis par M. Vigier, il s'en trouvait trois, les tubes 1, 4, 7 qui renfermaient de l'eau distillée et si l'on se reporte aux procès-verbaux des séances, on voit que ces trois tubes ont produit des effets dissemblables.

Enfin pour donner plus de poids à cette démonstration, la Commission a pu constater que le même médicament, expérimenté à huit ou quinze jours d'intervalle, a produit des effets dissemblables.

Suivent les conclusions que nous avons reproduites dans le compte rendu du numéro du 8 mars 1888.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 13 mars 1888, a été promu dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Avrilleaud, aide-médecin, docteur en médecine.

— Par décision ministérielle, en date du 14 mars 1888, les officiers du corps de santé militaire, dont les noms suivent, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir :

Médecin-major de première classe. — M. Fluteau, pour le 7e d'artillerie.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Lebesgue, pour le 25e d'infanterie; — Collignon, pour le 148e d'infanterie; — Simon, pour le 2e bataillon de chasseurs à pied; — Redon, pour le 1er tirailleurs algériens; — Éon, pour le 32e d'infanterie.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Marchand, pour le 24e dragons; — Lepagnez, pour le 74e d'infanterie; — Gruet, pour le 159e d'infanterie; — Dupeyron, pour l'École militaire préparatoire d'infanterie des Andelys; — Belliard, pour l'emploi de surveillant à l'École du Val-de-Grâce; — Morin, pour le 3e bataillon d'infanterie légère d'Afrique.

Médecins aides-majors de deuxième classe. — MM. Arnaud, pour le 27e bataillon de chasseurs à pied; — Bouchet, pour le 155e d'infanterie.

Pharmacien-major de deuxième classe. — M. Manget, pour la Pharmacie centrale des hôpitaux militaires, à Paris.

— Par décision ministérielle, en date du 13 mars 1888, MM. les pharmaciens-majors de première classe Fromond, de l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains, et Haas, désigné pour l'hôpital militaire de Nancy, sont autorisés à permuter, pour convenances personnelles.

— *Corps de santé de la marine.* — MM. les médecins de la marine, dont les noms suivent, ont reçu les affectations ci-après indiquées :

Médecins de première classe. — M. Bastian, désigné pour embarquer sur le bâtiment central de la réserve; — M. Canoville, nommé secrétaire du Conseil de santé à Lorient; — M. Cauvin, désigné pour embarquer sur le *Duguesclin*, en corvée; — Kuenemann, désigné pour embarquer sur le *Chasseur*, en corvée.

Médecins de deuxième classe. — M. Audiat, désigné pour embarquer, comme médecin-major, sur l'*Indre*; — M. Bonain prend la prévôté d'Indret, en remplacement de M. Rétière; — M. Flandrin, désigné pour continuer ses services à la Réunion, en remplacement de M. Mittre; — M. Gandelin, désigné pour embarquer sur *Laclochetterie*, en qualité de médecin en sous-ordre; — M. Ono dit Biot, destiné aux batteries d'artillerie à Brest; — M. Recoules, destiné à l'*Élan*, à Cherbourg, en remplacement de M. Besson; — M. Touren, désigné pour servir à Groix.

Aides-médecins. — M. Marchandon, chargé du service médical du bataillon d'infanterie de marine détaché à Saintes.

— Par arrêté préfectoral, en date du 1er mars 1888, « nul ne pourra, à l'avenir, être nommé aux fonctions de médecin du Dispensaire de salubrité de la Seine, s'il ne réunit les conditions suivantes :

1° Être Français, âgé de moins de trente-cinq ans; 2° avoir [illegible] admis à concourir; 3° avoir subi, avec succès, les [illegible]uves du concours qui consistent en : une épreuve [illegible]res scientifiques et hospitaliers; une épreuve écri[illegible] deux heures sur un sujet relatif aux affections [illegible]iennes et à la gynécologie; deux épreuves ora[illegible] diagnostic de dix minutes chacune, après dix min[illegible] préparation.

Le jury du concours sera nommé par le préfet de police sur la présentation du doyen de la Faculté de médecine. Il sera choisi parmi les membres des corps scientifiques suivants : les membres de l'Académie de médecine, les professeurs et agrégés de la Faculté de médecine, les médecins, les chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux, les médecins titulaires de Saint-Lazare.

Le président du jury sera désigné dans l'arrêté de nomination. — Le jury sera composé de cinq juges et d'un suppléant. — Tous les médecins du Dispensaire cesseront leurs fonctions à l'âge de soixante-cinq ans. »

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur H. Blot, membre de l'Académie de médecine, et de M. le docteur Martineau, médecin de l'hôpital de Lourcine.

— Le lundi 7 mai 1888, à midi précis, il sera ouvert, dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique à Paris, avenue Victoria, n° 3, un concours pour les prix à décerner aux élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices civils de Paris.

Tous les internes en pharmacie, étant tenus de prendre part à ce concours, doivent se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, de onze heures à trois heures. Le registre d'inscription sera ouvert le mardi 3 avril, et sera clos le lundi 23 avril à trois heures.

— M. le docteur Ribemont-Dessaignes, professeur agrégé, chargé de cours, suppléant M. le professeur Tarnier, commencera le cours d'accouchements et des maladies des femmes et des enfants, le lundi 19 mars 1888, à midi, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

Le cours aura pour sujet : la grossesse normale; l'accouchement naturel; la délivrance et l'état puerpéral.

— M. le docteur Raymond, professeur agrégé, commencera ses conférences de pathologie interne, le lundi 19 mars 1888, à quatre heures, dans le petit amphithéâtre de la Faculté de médecine, et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure

— *Faculté des sciences de Paris.* — Les conférences sur des sujets indiqués par MM. les professeurs, et que les étudiants ne sont admis à suivre, qu'après s'être fait inscrire au secrétariat de la Faculté et sur la présentation de leur carte d'entrée, auront lieu aussi dans l'ordre suivant à partir du 16 mars.

A. — *Sciences naturelles.* — M. Joannès Chatin, professeur adjoint, les lundis et jeudis à dix heures, dans l'amphithéâtre d'histoire naturelle. Il traitera de l'étude des organes et des fonctions de nutrition.

M. Pruvot, maître de conférences, fera des conférences de zoologie le mardi, au laboratoire de zoologie, à midi, et le samedi, à l'amphithéâtre d'histoire naturelle, à onze heures et demie.

M. Vesque, maître de conférences, fera des conférences de botanique, les lundis et les jeudis à midi, dans la salle des conférences.

M. Vélain, maître de conférences, fera les lundis et jeudis, à neuf heures du matin, des conférences sur diverses parties de la géologie. Les élèves seront exercés au laboratoire de géologie, à la détermination des roches et des principaux fossiles caractéristiques des terrains, les mardis, mercredis, vendredis et samedis, de neuf heures à onze heures et demie.

B. — *Sciences physiques.* — M. Pellat, maître de conférences, traitera de la capillarité et de la propagation de la chaleur. Ses conférences auront lieu les lundis à huit heures, et les jeudis à quatre heures, dans l'amphithéâtre de physique. — Les conférences d'agrégation auront lieu les jeudis et les vendredis, à huit heures, dans l'annexe du laboratoire de physique.

M. Janettaz, maître de conférences, fera, dans le laboratoire de minéralogie, les mardis et les samedis, à huit heures et demie du matin, des conférences sur la minéralogie.

M. Joly, maître de conférences, fera les mardis et les samedis, à dix heures et demie du matin, dans la salle du rez-de-chaussée, escalier n° 2, des conférences de chimie, sur des sujets indiqués par MM. les professeurs Debray et Troost. Les conférences d'agrégation auront lieu, les lundis et les jeudis, à cinq heures, dans le laboratoire.

M. Mouton, maître de conférences : les travaux auront lieu les lundis, mercredis et jeudis, à neuf heures du matin, et les vendredis à huit heures du matin, dans le laboratoire d'enseignement de physique.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 34. — MARDI 20 MARS 1888. 61e ANNÉE. MARDI 20 MARS 1888. — N° 34.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris.—L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. D. — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

(TROISIÈME SESSION)

Séance du 16 mars 1888 (matin). — Présidence de M. ROCHARD.

COMMUNICATIONS

Des suppurations chroniques de la plèvre et de leur traitement; opérations de Létievant et d'Estlander, indications, contre-indications et résultats définitifs. — M. LÉON LE FORT. Tous les chirurgiens sont d'accord pour reconnaître que l'opération d'Estlander est une bonne opération, mais il faut aussi savoir qu'elle ne réussit pas toujours et dans tous les cas, notamment si le foyer purulent de la cavité pleurale présente de très grandes dimensions.

L'auteur cite, à ce propos, l'observation de deux malades qui sont encore actuellement dans son service, à l'hôpital Necker.

Le premier de ces deux malades est guéri, mais il conserve encore une fistule dont le trajet présente une longueur qui n'est pas moindre de 32 centimètres, ainsi que le démontre le stylet que l'on y introduit facilement, trajet qui remonte jusqu'à la partie supérieure du poumon. M. Le Fort a essayé d'obtenir l'occlusion de la fistule par deux séances d'électrolyse; il est parvenu seulement à enflammer le trajet fistuleux, mais en définitive le résultat a été absolument négatif. Il en a été de même de l'emploi de bougies roulées dans l'alun. Cependant l'état général du malade n'est pas mauvais.

Le second opéré avait une cavité pleurale purulente assez grande; M. Le Fort lui réséqua pour la première fois, il y a deux ans, cinq côtes sur une étendue d'environ 5 à 6 centimètres; les dimensions du foyer purulent en ont subi une diminution; cependant, la fistule ne s'est pas fermée. Le trajet persistant, il a répété l'opération d'Estlander en réséquant cette fois jusqu'à la troisième côte. L'occlusion du trajet n'a pas été obtenue, et M. Le Fort se proposait de pratiquer prochainement une nouvelle opération lorsqu'un petit accident est arrivé, il y a trois semaines, dans les conditions suivantes :

Plusieurs fois il avait fait des injections exploratrices dans le but de se rendre un compte exact, par la quantité de liquide introduit, de la capacité du foyer pleural. Une dernière fois donc, il pratiquait une injection de 100 grammes de liquide lorsque, tout à coup, avant même que la dose entière eût pénétré dans la cavité purulente, le malade se renversa brusquement sur son lit, comme frappé de mort subite. Grâce à l'électricité, il revenait à lui au bout de quelques instants, mais présentant une paralysie complète du membre supérieur et incomplète du membre inférieur gauche, avec perte de l'intelligence et état mental particulier.

Mais pour en revenir à la question qui constitue l'ordre du jour de la séance, M. Le Fort fait remarquer combien souvent l'on est, depuis quelques années, amené à pratiquer l'opération d'Estlander. Et, se rappelant les premières opérations d'empyème auxquelles il a assisté il y a trente-quatre ans, il s'est demandé si le traitement que l'on suit, depuis un certain temps, après l'opération de l'empyème, ne rend pas plus fréquente la formation des fistules pleurales nécessitant ultérieurement l'opération d'Estlander.

Autrefois, on se contentait de placer une mèche dans la plaie costo-thoracique; actuellement, on place un et même jusqu'à deux drains en permanence, lesquels, restant ouverts, constituent une porte d'entrée à la pénétration de l'air dans la cavité pleurale. C'est là, en réalité, une mauvaise pratique, car l'existence d'une ouverture permanente a pour effet, sur un poumon déjà plus ou moins fortement rétracté par la maladie, de combattre la tendance qu'il pourrait avoir conservée à se dilater et à reprendre une certaine ampliation. La rétraction de l'organe pulmonaire persiste donc, en pareille occurrence, ainsi que la capacité de la cavité purulente.

D'où il suit qu'au lieu de conserver une ouverture permanente, on devrait chercher, de préférence, à obtenir l'occlusion de la cage thoracique.

M. THIRIAR (de Bruxelles) a opéré, depuis quatre ans, 13 malades qui ont nécessité 19 opérations. Deux fois la thoracoplastie n'a été que le premier temps de la pneumotomie; une fois elle a été faite d'après le procédé de Scheede. Un seul de ses opérés est mort par suite d'une pleuro-pneumonie aiguë. Onze sont radicalement guéris; un seul est sorti avant sa guérison de l'hôpital, il avait encore une petite fistule suppurante.

Ces résultats lui ont donné la plus grande confiance dans l'opération d'Estlander, à laquelle il a toujours recours dans les cas de suppuration chronique intarissable de la plèvre, existant depuis longtemps et se compliquant de fistules. Il y a recours aussi dans les cas de pleurésie interlobaire purulente. C'est alors le premier temps de la pneumotomie.

Dans ce genre d'affection, la collection purulente se forme dans la cavité qui sépare les uns des autres les différents lobes du poumon qu'elle refoule; subitement cette collection s'ouvre dans les bronches et les malades expectorent constamment un pus fétide; ils tombent dans le marasme et la mort arrive, si on n'intervient pas. Il faut alors faire d'abord la résection des côtes pour produire les affaissements de la cavité purulente et obtenir un passage à travers le tissu pulmonaire. M. Thiriar a pratiqué deux fois une telle opération.

Son premier opéré a été présenté à l'Académie de médecine de Belgique. C'était un jeune homme de vingt-deux ans, atteint de pleurésie interlobaire qui s'était ouverte dans les bronches. Son état était désespéré quand M. Thiriar intervint. Il lui réséqua le

27 août : $0^m,07$ de la cinquième côte, $0^m,095$ de la sixième côte, $0^m,08$ de la septième et $0^m,05$ de la huitième ; puis, par cette ouverture, il pénétra à travers le tissu pulmonaire dans la cavité suppurante qu'il draina et désinfecta soigneusement. L'état général ne tarda pas à s'améliorer et, au bout de peu de temps, la guérison était complète.

Dans sa seconde opération il s'agit d'un tailleur, âgé de cinquante ans, tombé malade en octobre 1887. Le 7 novembre il fut pris de toux opiniâtre et évacua par la bouche une quantité considérable de pus. Depuis lors l'expectoration fut incessante et d'une fétidité extrême. L'état général était détestable. Le 5 décembre, au moyen d'une incision transversale, faite dans le dos au-dessous de l'omoplate, M. Thiriar lui enleva $0^m,075$ de la neuvième côte, $0^m,08$ de la huitième, $0^m,05$ de la septième et $0^m,04$ de la sixième.

Il fit plusieurs ponctions aspiratrices et exploratrices avant de pouvoir trouver le siège exact de la cavité. Celle-ci trouvée, il incisa transversalement les parties molles et le tissu pulmonaire et arriva dans la cavité qu'il draina et désinfecta. Le 16 janvier il put enlever le drain et la guérison est aujourd'hui complète.

Il faut évidemment attribuer cet heureux résultat en grande partie à la large thoracoplastie qu'il a faite ; elle favorisa, en effet, singulièrement l'affaissement de la cavité suppurante.

L'opérée que M. Thiriar a perdue était âgée de quinze ans ; il lui avait enlevé sept côtes au moyen d'une simple incision transversale. Elle se refroidit, contracta une pleuropneumonie du côté sain et succomba quelques jours après.

De dix opérés qui restent, sept ont été opérés une seule fois et sont radicalement guéris ; un enfant de onze ans a été opéré deux fois avant de se rétablir ; un jeune homme de vingt ans a été opéré trois fois, puis a subi l'opération de Scheede, c'est-à-dire qu'il lui réséqua une large bande de la paroi thoracique. Il trouva dans la cavité un drain énorme, de 42 centimètres de long ; c'était là la cause de la persistance de l'affection. En quelques semaines la guérison fut complète.

Une jeune femme de vingt-neuf ans a été opérée trois fois. Elle était hystérique et, pour se rendre intéressante, s'était amusée à s'introduire trois petits drains n° 2, longs, respectivement, de 21, 15 et 10 centimètres ; M. Thiriar lui retira, après ces aveux, ces corps étrangers ; elle est sortie de l'hôpital avant sa guérison complète.

Quant à sa technique opératoire, M. Thiriar fait dépendre le siège, l'étendue et la longueur de sa résection, du siège et de l'étendue de la cavité suppurante. Il vaut mieux, dit-il, réséquer deux côtes de plus qu'une de moins, et il est arrivé à réséquer, de parti pris, sept côtes au moins. Il fait cette résection au point du thorax qui est le plus éloigné du poumon. C'est donc presque toujours à la partie antérieure qu'il opère, aussi a-t-il l'habitude de détacher les côtes de leurs attaches cartilagineuses. Après avoir essayé les différentes incisions prop sées, il a adopté la simple incision transversale qui lui permet aisément de réséquer le nombre des côtes qu'il désire et obtient ainsi la réunion par première intention. Enfin il évite les injections dans la plèvre et favorise le retrait des parois par l'application d'une bande élastique.

M. JULES BŒCKEL (de Strasbourg) a pratiqué, de 1880 à ce jour, douze fois l'opération d'Estlander : neuf fois, avec succès, cette opération se terminant par la guérison, trois fois sans autre résultat que la mort des malades, succombant peu après l'intervention chirurgicale.

Parmi ces derniers, deux étaient minés par la phthisie et le décès est survenu le quatrième et le neuvième jour. L'autopsie a révélé chez l'un d'eux une vaste caverne du sommet ; chez l'autre il existait, avant l'opération, des signes avancés de tuberculose. Aussi M. Bœckel regrette-t-il de ne pas s'être borné purement et simplement à faire l'opération de l'empyème, car la résection des côtes lui paraît avoir hâté la mort.

Quant au troisième malade ayant succombé, il était à fois cardiaque et albuminurique. L'indication de vider la plèvre était formelle, mais M. Bœckel reconnaît qu'il eût dû, comme dans les deux cas précédents, s'abstenir de faire la résection et se borner à l'incision de l'espace intercostal. Le malade aurait assurément vécu plus longtemps.

D'où il suit que l'abstention doit être la règle chez les tuberculeux confirmés, chez les cardiaques et les albuminuriques ; d'où il suit aussi que ces trois insuccès ne doivent pas être imputés à l'opération elle-même, d'autant plus que ces trois opérés devaient fatalement succomber à courte échéance.

Reste neuf opérés qui ont tous guéri : six d'une façon définitive et durable, un d'une façon temporaire, c'est-à-dire qu'il guérit sans fistule, au bout de cinq mois, pour mourir trois semaines plus tard de néphrite albumineuse ; deux incomplètement, soit en conservant indéfiniment une fistule.

Dans les six cas de guérison définitive, il faut noter trois cas d'empyème à petite cavité, dont le début ne remontait qu'à trois mois. La guérison définitive se fit en cinq ou six semaines, pour deux de ces opérés, et pour le troisième en vingt et un jours sous deux pansements. Dans les trois autres cas l'empyème était plus ancien ; il datait de huit mois et d'un an. Chez ces trois derniers, deux et trois opérations successives furent nécessaires.

Enfin, chez ces six opérés, la guérison s'est maintenue depuis sept ans et sept mois pour le plus ancien, puis deux ans et trois mois, deux ans et six mois, deux ans et sept mois, enfin, quatorze et dix mois pour les plus récents.

Malgré l'étendue des résections, M. Bœckel n'a jamais observé de difformité consécutive du rachis. Il est vrai que toutes ces opérations ont été faites sur des adultes, sauf deux où il s'agissait de jeunes sujets, mais ici la résection fut relativement parcimonieuse.

Tels sont les résultats obtenus par M. J. Bœckel, à la suite de l'opération d'Estlander ; ils amènent l'auteur à exprimer les réflexions suivantes :

Les insuccès fréquents de l'opération sont dus, à ce que l'on ne fait pas la résection assez large.

Il est préférable de commencer par une résection limitée, quitte à la parfaire ultérieurement, mais alors d'une façon complète, si au bout de trois ou quatre semaines la plaie ne montre pas de tendance à la guérison. Il faut alors attaquer résolument la partie postérieure de la cage thoracique, en dépassant largement l'angle des côtes, et en faisant au besoin la résection d'une portion de l'omoplate.

De plus, on ira certainement au-devant d'un échec si, après la résection, on néglige d'inciser la plèvre.

Ainsi pratiquée, l'opération d'Estlander permet de guérir des empyèmes datant de quelques mois, voire même d'un an et plus.

Si la chronicité ou les dimensions de la cavité ne constituent pas de contre-indications formelles, seuls, la tuberculose, l'albuminurie, le diabète, les affections cardiaques devront être considérés comme tels.

Il ne faut par reculer devant l'opération de l'empyème, lorsque dans un épanchement pleurétique le liquide retiré par la ponction devient purulent. Grâce à une intervention hâtive, facile et aujourd'hui innocente, on arrivera désormais à restreindre les cas où l'opération d'Estlander s'impose ou, du moins, à en limiter l'étendue.

M. E. DELORME (de Paris). Si certaines contre-indications de l'opération de Letiévant-Estlander sont aujourd'hui bien établies, si maintes raisons d'insuccès ont été déterminées avec soin, toutes les contre-indications et les causes d'insuccès de ce mode d'intervention n'ont pas encore été étudiées d'une façon suffisante. Les incertitudes pronostiques regrettables qui en découlent, les impressions défavorables produites par les résultats définitifs très différents, obtenus dans des conditions en apparence identique, n'ont pas peu contribué à nuire à cette opération brillante, acceptée naguère avec enthousiasme, et qui tend aujourd'hui à être délaissée par ses anciens partisans. Cette opération bénigne mérite pourtant mieux que ce commencement

d'abandon, car, chez les blessés qui la réclament, on ne saurait trop le dire, aucun mode d'intervention ne pourrait la remplacer avantageusement.

Laissant de côté l'étude de maintes causes d'insuccès tirées de l'âge, de l'état général du blessé, de l'état de ses poumons ou de ses reins, etc., M. Delorme ne veut s'arrêter qu'à quelques-unes des causes locales, qui peuvent compromettre les heureux résultats de cette opération, et met à profit, pour leur étude, les observations de quatre blessés sur lesquels il l'a pratiquée.

De cette étude, en effet, il résulte, pour l'auteur, que :

1° L'opération de Letiévant-Estlander paraît devoir être mécaniquement insuffisante, non seulement dans le cas où la cavité pleurale est extrêmement étendue, et où le poumon est très rétracté dans l'angle costo-vertébral, mais même dans ceux où la cavité est de profondeur moyenne.

2° On a beaucoup exagéré le degré de retrait que peut subir la paroi thoracique, après les incisions costales telles qu'on les pratique d'habitude, et il y aurait lieu, plus souvent qu'on ne le fait, de faciliter la dépression de cette paroi par la section verticale et le refoulement du lambeau cutané. Cette modification opératoire semble appelée à étendre les indications de l'opération d'Estlander. Toute cavité présentant 4 centimètres de profondeur paraît, jusqu'à plus ample informé, devoir la réclamer.

3° Les cavités purulentes, étendues à toute la hauteur de la plèvre, ne semblent pas devoir être rangées dans les cas qui contre-indiquent l'opération. Mais comme l'incision des côtes supérieures n'amène qu'un retrait insignifiant, il est utile d'augmenter celui-ci par la section pariétale. Celle-ci doit être poussée jusqu'au bord inférieur de la première côte, dont la résection est dangereuse et inutile.

4° Alors même qu'on s'est mis dans les conditions les plus satisfaisantes, pour amener l'oblitération de la cavité pleurale, on peut ne pas obtenir la cessation de la suppuration de la plèvre. L'état particulier de la séreuse rend compte de maints de ces insuccès. Pour les prévenir, le grattage méthodique de la cavité est indiqué comme une opération complémentaire, quand on a fait l'incision costale de la section de la paroi. Quand cette section n'a pas été pratiquée primitivement, la persistance de la fistule pendant un long temps, et l'insuccès des injections modificatrices paraissent autoriser cette incision, qu'on ferait suivre d'un grattage méthodique.

5° L'évolution de follicules tuberculeux, dans des points de la plèvre qui n'ont pu être atteints par un premier grattage, la présence de poches secondaires, de diverticules dont on n'a pu modifier la paroi, en particulier de diverticules interlobaires et de poches diaphragmatico-pulmonaires, compromettent le succès d'opérations très régulières et suffisantes au point de vue mécanique.

M. KIRMISSON cite le cas d'un jeune homme de dix-neuf ans, opéré pour la première fois en 1884, pour une pleurésie purulente du côté gauche datant de deux ans, ouverte à la fois du côté de la peau et dans les bronches. Incision dans le huitième espace intercostal; résection des sixième, septième, huitième et neuvième côtes; les suites de l'opération furent des plus simples; au bout de huit jours, la fistule bronchique était cicatrisée, mais le malade conserva une fistule pleurale.

Il revint à Paris l'année suivante; à ce moment, la plèvre admettait 95 grammes environ de liquide; mais une sonde s'enfonçait dans la cavité pleurale à une profondeur de 20 centimètres dans la direction du sommet du poumon. C'est dans ces conditions que M. Kirmisson l'opéra pour la seconde fois, faisant porter la résection sur huit côtes, y compris la seconde. Cette fois encore le malade se remit très simplement du traumatisme opératoire, mais la guérison complète ne fut point obtenue.

Le malade conserve encore aujourd'hui une fistule pleurale; celle-ci ne renferme à la vérité que 20 à 30 grammes de liquide, mais elle pénètre à une grande profondeur vers le sommet du thorax.

Ce fait vient s'ajouter à tous ceux qui ont été précédemment cités pour démontrer que l'opération d'Eslander, excellente dans les cavités de la partie moyenne et inférieure du thorax, a une valeur beaucoup moins grande, dans les cas où la cavité suppurante comprend la plus grande partie de la plèvre.

M. VIEUSSE (de Toulouse) a eu l'occasion de pratiquer trois fois l'opération d'Estlander sur de jeunes soldats, pour des abcès chroniques de la plèvre, consécutifs à l'empyème. Cette opération lui a permis de guérir deux malades atteints de suppuration chronique de la plèvre et, si le troisième malade n'avait pas été emporté par une septicémie aiguë à forme foudroyante, la guérison aurait été la conséquence de l'intervention opératoire. Or, cet accident peut se produire à la suite de toute plaie faite dans le voisinage d'un foyer septique. Ce n'est donc pas la thoracoplastie qui l'a tué.

Quant aux deux autres malades, il n'est pas douteux que c'est l'opération qui les a guéris. Il est donc des cas où l'opération s'impose, et aujourd'hui l'on peut dire qu'un grand nombre de malades ont bénéficié de l'opération, que le chirurgien d'Helsingfors nous a fait connaître. C'est à bien établir les indications et les contre-indications qu'elle comporte, que l'on doit s'appliquer.

Les indications de la thoracoplastie sont subordonnées à la capacité du foyer purulent, à son ancienneté, à sa direction; elles dépendent de la situation topographique, de la rétraction éprouvée par le thorax, et de la santé générale du malade. L'auteur examine tour à tour chacune de ces indications et conclut, en résumé, que, lorsqu'un malade est porteur d'un foyer purulent chronique de la plèvre, qui date de plus de six mois, que son étendue n'est pas trop considérable, si sa poitrine ne se rétracte plus, s'il se trouve dans de bonnes conditions de santé, il y a lieu de pratiquer l'opération.

Quant aux contre-indications de cette opération, on peut les formuler ainsi qu'il suit : Capacité trop considérable de la fistule; date récente du foyer purulent; rétraction encore incomplète du thorax; mauvais état de santé du malade.

Enfin, relativement aux règles qui doivent guider le chirurgien dans l'appréciation du nombre des côtes qu'il doit enlever, on admet généralement que la résection doit porter sur toutes celles qui recouvrent la longueur du foyer purulent. M. Vieusse a suivi cette pratique dans ses trois opérations d'Estlander, et ses deux premiers malades ont guéri, le troisième est mort de septicémie aiguë.

L'autopsie de ce dernier lui a démontré qu'il avait fait une opération beaucoup trop étendue, et qu'au lieu de réséquer une partie des huitième, septième, sixième, cinquième, quatrième côtes, il eût été suffisant d'enlever seulement une partie de la huitième côte, de débrider ensuite les deux côtes de la fistule et de placer un drain à la partie inférieure de l'incision. L'auteur croit que cette intervention, très simple, eût été suffisante pour guérir l'abcès.

Aussi pense-t-il que la résection des côtes doit souvent être restreinte, et que dans certains cas il suffira, pour tarir les foyers purulents chroniques de la plèvre, de réséquer les deux côtes voisines de l'ouverture de la fistule. On fera ainsi une opération très simple, qui ne déterminera pas un grand traumatisme, et si dans ces conditions la guérison n'était pas obtenue, il y aurait lieu de faire plus tard une résection plus étendue.

Le procédé à employer, pour faire la thoracoplastie, sera différent suivant qu'on enlèvera deux côtes, ou un plus grand nombre de celles-ci à la fois.

Dans le premier cas, il suffira de faire une incision entre les deux côtes qu'on voudra réséquer, d'écarter les deux lèvres de la plaie, ce qui permettra d'enlever une partie de ces deux os.

Dans le second cas, on suivra le procédé qui consiste dans une incision verticale dont le point de départ se trouve à l'ouverture de la fistule, et qui se termine ensuite au bord supérieur de la dernière côte que l'on veut enlever.

Sur cette incision on en mènera deux autres, dans une direc-

tion perpendiculaire d'une étendue variable, de façon à former ainsi deux volets que l'on dissèque, ce qui permet de réséquer les côtes dont le nombre a été déterminé à l'avance.

M. BERGER (de Paris). La résection costale, appliquée au traitement des suppurations chroniques de la plèvre, ne possède plus l'inconvénient qu'on lui avait attribué tout d'abord.

M. Berger a observé deux cas de mort rapide, survenue à la suite d'opérations de cette nature, pratiquées il est vrai dans les plus fâcheuses conditions. L'analyse des accidents qui, chez ces deux malades, ont amené la mort, a montré qu'ils étaient dus à la perturbation apportée aux actes mécaniques de la respiration par la section des dernières côtes. La neuvième et la dixième côte ont à cet égard une grande importance; elles soutiennent le sternum, empêchent la cage thoracique de s'affaisser, et donnent un point d'appui à la contraction du diaphragme.

Leur section n'est pas néanmoins à craindre dans les cas favorables, c'est-à-dire chez les sujets jeunes, encore vigoureux, chez lesquels la cavité suppurante est de dimensions moyennes et où le poumon correspondant a conservé une partie de ses fonctions.

Dans les conditions opposées, sur des individus affaiblis par une longue suppuration et âgés, chez lesquels la totalité de la plèvre est suppurée, et le poumon est complètement rétracté, l'on ne saurait se refuser à une intervention chirurgicale uniquement parce que celle-ci présente plus de gravité; mais il faut la régler de manière à en éviter les dangers. A ce point de vue, M. Berger propose, dans ces cas graves :

1° D'éviter absolument de toucher aux dernières côtes, neuvième et dixième côtes, pour ne pas troubler le jeu des agents mécaniques de la respiration à peine suffisants pour remplir leurs fonctions.

2° De procéder par opérations successives, en ne réséquant, dans une même séance, qu'un petit nombre de côtes, et en attendant le bénéfice réalisé par la désinfection plus complète du foyer de suppuration, et la diminution de ce foyer favorisée par la première opération, pour recourir ultérieurement à de nouvelles résections.

M. BOUILLY a, depuis l'année 1882, pratiqué treize fois l'opération d'Estlander pour la cure de l'empyème chronique, chez des malades dont l'âge variait entre douze et trente et un ans. La guérison a été plus facilement obtenue chez les opérés ayant de dix-huit à vingt et un ans, en raison de la plus grande facilité de déformation du thorax à cette période de la vie et de la souplesse de tout le squelette du tronc.

La fistule la plus ancienne datait de douze ans; la plus jeune d'un an.

La disposition de la cavité suppurante peut se rapporter à plusieurs types :

A. *Cavités très grandes*, dans lesquelles le poumon est réduit à un moignon inutile et sclérosé, refoulé en un point du thorax, le plus souvent en haut et le long du rachis. Ces très grandes cavités ne doivent pas être opérées; toute intervention de ce genre est inutile, dangereuse même, par l'étendue nécessairement énorme de la résection costale.

B. *Cavités grandes*, dans lesquelles le poumon est notablement éloigné de la paroi, mais est encore pénétrable à l'air et respire d'une façon appréciable. La cure de ces cavités peut être utilement abordée, notamment chez les sujets jeunes qui n'ont pas dépassé l'âge de vingt à vingt-deux ans. Elle présente son maximum d'efficacité quand la cavité s'étend surtout par en bas et ne dépasse pas en haut la troisième côte. La présence d'un grand diverticulum sous l'omoplate ou vers l'angle des côtes constitue une condition défavorable; chez les sujets adultes elle est une cause presque inévitable d'insuccès. Elle est moins fâcheuse chez les sujets jeunes.

C. *Cavités moyennes*, dans lesquelles le poumon n'est pas éloigné de la paroi thoracique dans toute sa surface externe, mais seulement sur une partie de son étendue, et formant une sorte de dépression de 8 à 9 centimètres en profondeur et en hauteur entre les côtes et la surface pulmonaire. Tout autour le tissu pulmonaire est fixé aux côtes par des adhérences pleurales plus ou moins solides. Ces cavités moyennes représentent la meilleure condition de succès.

D. *Trajets fistuleux*. Les chances sont encore favorables, mais moindres que dans le cas précédent, quand il s'agit d'un trajet fistuleux obliquement ascendant, dont on peut atteindre la limite supérieure. Dans ce cas, il est indispensable de faire la résection costale, soit sur une grande étendue antéro-postérieure, et sur un petit nombre de côtes en rapport avec le trajet, si celui-ci est oblique; soit sur une petite étendue transversale et sur un grand nombre de côtes, en hauteur, si le trajet est vertical ou à peu près vertical. Dans tous les cas, tout le trajet doit être râclé jusque dans son fond et ses diverticules, débarrassé de tous les produits qui peuvent le tapisser, et soigneusement touché avec une solution antiseptique et modificatrice, comme le chlorure de zinc à 8 ou 10 p. 100.

Ces points posés, M. Bouilly aborde la statistique de ses 13 opérés, qui lui ont donné les résultats suivants : 8 guérisons définitives et persistantes depuis plusieurs années; 1 fistule persistante chez un ancien tuberculeux, n'admettant plus qu'un vide de 4 centimètres; 1 fistule persistante chez un sujet opéré au mois d'octobre dernier, et dont la guérison peut et doit encore être espérée; 3 morts.

De ces derniers, 2 n'auraient pas dû être opérés, car il s'agissait d'une très grande cavité suppurante; l'un d'eux succomba le quatrième jour à des accidents de septicémie suraiguë; l'autre, le jour même de l'opération, au choc ou collapsus opératoire. Enfin, le troisième est mort six mois plus tard, emporté par la fièvre hectique.

En résumé, et pour s'en tenir à son observation personnelle, M. Bouilly termine sa communication par les conclusions suivantes :

1° L'opération d'Estlander a déjà donné des résultats tout à fait encourageants ;

2° Pratiquée dans l'avenir avec un choix plus judicieux des cas et des indications, elle peut fournir des succès encore plus nombreux. Elle doit faire honneur au chirurgien français qui en a eu le premier l'idée, Letiévant; au chirurgien d'une nation amie qui l'a généralisée, Estlander; et, dans une faible part, dit-il, l'auteur est heureux d'avoir pu la vulgariser à Paris et la faire accepter par le plus grand nombre de ses confrères.

M. FAUVEL (du Havre) rapporte l'observation d'une opération qu'il a pratiquée, il y a trois ans, sur un homme de quarante-deux ans qui avait contracté une pleurésie, laquelle s'était terminée par un empyème avec fistule conduisant dans une cavité suppurante pouvant contenir 100 grammes de liquide.

Son intervention chirurgicale consista dans la résection des huitième, septième, sixième et cinquième côtes, les deux moyennes sur une étendue de 8 centimètres environ, la huitième de 11 centimètres et la cinquième de 10 centimètres 1/2.

Quelques mois plus tard, le malade était parfaitement guéri, sans fistule et dans un excellent état de santé.

M. OLLIER (de Lyon) a surtout pour but, dans sa communication, de traiter les questions de l'âge des opérés et du manuel opératoire.

Chez l'adulte, l'excision des côtes peut et doit être faite largement, si on veut que l'opération ait chance de succès. Chez l'enfant, au contraire, les grandes résections sont dangereuses; une fenêtre étroite est suffisante; quelles que soient les dimensions de l'abcès, du foyer suppurant, les côtes sont douées d'une élasticité leur permettant de revenir sur elles-mêmes.

Une large résection peut entraîner l'arrêt de développement des arcs costaux, surtout si l'opération intéresse l'extrémité antérieure des côtes, car c'est par cette extrémité que la côte s'accroît; aussi ne saurait-on trop recommander de les respecter dans toute intervention de ce genre chez les jeunes sujets. C'est ainsi que, alors même que la fistule pleurale serait située sur la région antérieure du thorax, la résection n'en devrait pas moins

porter sur la paroi latérale, afin de ne point enrayer le développement des côtes et, par suite, entraîner la déformation de la poitrine.

M. Ollier cite le cas d'un individu présentant une hyperostose costale énorme suite d'une inflammation antérieure, et dont le volume de la côte était pour ainsi dire quadruplé avec éburnation de l'os. Dans l'opération qu'il pratiqua, il n'enleva pas assez de périoste, si bien que trois mois plus tard il constatait une nouvelle et abondante prolifération du tissu osseux qui nécessita une nouvelle opération.

Ce genre d'accident n'est pas à craindre chez les individus cachectisés, mais il faut toujours s'en méfier chez les jeunes sujets et, par suite, ne pas hésiter à enlever une portion suffisante de périoste externe et interne.

Chez un autre malade, pratiquant une résection multicostale, l'auteur rencontra une cavité tapissée par une membrane calcaire, d'apparence osseuse, qu'il enleva, non sans donner lieu à une petite hémorrhagie. Poursuivant son opération il trouva des foyers interlobaires inaccessibles qui ne lui permirent qu'une intervention incomplète. Le malade conserva une petite fistule due à la formation d'une plaque calcaire persistante sur la plèvre. Néanmoins il va très bien. Ce malade a été opéré par M. Ollier, il y a quatre ans.

M. LEVRAT (de Lyon) rapporte une observation d'Estlander dans laquelle il tomba aussi sur des côtes hyperostosées qui se touchaient absolument et dont le volume dépassait celui du pouce. Il en pratiqua la résection sur une étendue de 8 à 10 centimètres, fit le drainage de la cavité suppurante et appliqua un double pansement, c'est-à-dire un premier pansement matelassant la plaie chirurgicale, de façon à ne laisser passer que le drain, puis sur ce drain lui-même un second pansement antiseptique parfait. Les suites furent très bonnes, la fistule fut très améliorée et un certain affaissement des côtes se produisit.

Mais, un an plus tard, le malade fut pris de frissons, la collection purulente devint considérable et M. Levrat dut pratiquer une nouvelle opération, incisant les tissus depuis la fistule jusqu'à la région axillaire, réséquant, sur une étendue de 5 centimètres, les troisième, quatrième, cinquième, sixième et septième côtes. Mais il ne fut pas peu surpris de rencontrer une plaque osseuse de 4 centimètres de côté percée à son centre d'un trou formé par le passage du drain. Cinq mois plus tard de nouveaux accidents survenus l'obligèrent à une troisième opération, pendant le cours de laquelle il rencontra deux nouvelles plaques osseuses mesurant 3 centimètres de côté. Tout se passa normalement et le malade était très bien guéri, lorsque trois mois plus tard il succomba à des accidents urémiques. Il s'agissait d'un sujet âgé de vingt-deux ans.

Cette nouvelle observation démontre la nécessité de comprendre le périoste dans la résection costale.

M. MOLLIÈRE (de Lyon) fait remarquer qu'à Lyon, l'opération d'Estlander est devenue une opération courante dans le cas de fistule pleurale purulente ancienne, à tel point que les médecins eux-mêmes la pratiquent personnellement dans leurs services hospitaliers.

La séance est levée.

Séance du 16 mars 1888 (soir). — Présidence de M. Maurice PERRIN.

COMMUNICATIONS

Résection de l'urèthre dans certaines formes de rétrécissements. — M. PONCET (de Lyon) est partisan de l'uréthrotomie externe. Il a fait vingt et une fois cette opération sans conducteur et n'a pas eu un seul cas de mort. Toutefois, malgré ses avantages, cette opération est quelquefois insuffisante, inefficace, et n'assure pas toujours une guérison définitive. C'est alors que M. Poncet a recours à l'uréthrectomie. Il passe en revue les indications de cette opération : rétrécissements infranchissables, état sclérosique de la muqueuse, névralgies très intenses au niveau des rétrécissements, fistules, etc. Il décrit ensuite le manuel opératoire : il emploie la sonde à demeure, place un drain dans la plaie périnéale, recherche autant que possible la réunion primitive, et suture les deux bouts du canal de l'urèthre avec un fil de catgut. Opérés dans ces conditions, ses malades ont quitté l'hôpital après douze à quinze jours pouvant passer des sondes n° 20. L'uréthrectomie doit donc être réservée à certaines formes de rétrécissements. Les résultats définitifs de cette opération sont supérieurs à ceux de l'uréthrotomie externe ; si la réunion des deux bouts de l'urèthre n'est pas possible, un nouveau canal se forme par bourgeonnement. La durée de la guérison est alors beaucoup plus longue.

Deux cas rares de corps étrangers de la vessie. — M. BAZY. Dans un cas, il s'agit d'une femme de soixante-six ans, entrée à l'hôpital Saint-Louis pour des mictions douloureuses et fréquentes datant de six mois. L'exploration fit constater l'existence d'un calcul qui fut reconnu pour être phosphatique et par suite développé probablement autour d'un corps étranger.

Le calcul fut broyé avec un lithotriteur fenêtré qui saisit dans ses mains un corps mou qui fut attiré au dehors ; c'était un paquet de fort fil de lin de 5 à 6 mètres, enchevêtré. A la suite de l'opération, il reste de l'incontinence d'urine due aux manœuvres qu'avait nécessitées l'introduction de ce corps étranger et qui guérit par une dixaine de séances d'électrisation localisée.

Dans l'autre cas, il s'agit d'un homme de quarante-cinq ans, d'une intellience très bornée, qui, sous prétexte de se sonder pour rémédier à des troubles de miction, s'était introduit une verge de porc dans l'urèthre. Surpris dans cette opération, il avait lâché le corps étranger qui était tombé dans la vessie. Le résultat de la présence de ce corps étranger fut une rétention presque complète d'urine. Quand je le vis, le 21 septembre 1887, je fus obligé de le sonder : il s'écoula une urine horriblement fétide, pire que celle qui sort d'une vessie atteinte de cancer, ce qui me fit croire tout d'abord que ce corps étranger était là depuis longtemps et avait déterminé de la cystite.

Le lendemain, au moyen d'un instrument analogue au lithotriteur à mors plats, mais dont les mors sont disposés en sens inverse du lithotriteur, j'enlevai facilement le corps étranger qui mesure 30 centimètres de long.

La vessie fut lavée à grande eau immédiatement après et les deux jours suivants, et le malade repartait pour son pays après quelques jours, avec des urines absolument limpides.

Le premier cas vient confirmer cette règle que les calculs chez la femme sont presque toujours secondaires ; il montre l'influence heureuse de l'électrisation localisée du col de la vessie.

Le deuxième cas, remarquable par la nature du corps étranger introduit, fait voir que l'on pourrait être trompé par la fétidité des urines, si on n'était pas prévenu, d'autant que le corps étranger a une consistance analogue à celle des parois vésicales.

Opérations plastiques du palais chez l'enfant. — M. EHRMANN (de Mulhouse) a pratiqué des restaurations du palais sur 41 enfants dont les plus âgés n'avaient pas dépassé dix ans. Sur ces 41 cas, 10 se rapportent à des enfants de quatre mois à deux ans, 20 à des enfants de deux à six ans et 11 à des enfants de sept à dix ans. Sur les 10 opérés de moins de deux ans, M. Ehrmann a eu 2 morts, 2 insuccès et 6 guérisons.

Ces résultats ne sont pas très encourageants. Sur les 20 enfants opérés de deux à six ans, il a eu 1 décès, 1 insuccès et 17 guérisons. Il a pu suivre ses opérés très longtemps après l'opération : dans le premier âge, la réunion s'obtient plus facilement pour le voile du palais que pour la voûte. Chaque fois, en effet, qu'elle a manqué c'est à la voûte. Au point de vue du rétablissement de la parole, il n'a pas toujours obtenu les résultats qu'il espérait. Il faut une éducation phonétique.

Dans une discussion, sur ce sujet, à l'Académie de médecine, M. Trélat a déclaré que l'âge auquel on pouvait espérer les meilleurs résultats de la palatoplastie était sept ans. Les observations de M. Ehrmann sont en désaccord avec cette manière de voir ; l'âge qu'il préfère est de deux à quatre ans.

Des sutures perdues dans les opérations plastiques. — M. REVERDIN (de Genève) a obtenu de très bons résultats de l'emploi des sutures perdues avec des fils aseptiques dans certaines opérations plastiques. Ces sutures, en même temps qu'elles assurent la solidité de la réunion et servent de sutures de soulagement, permettent également d'assurer l'hémostase. Cette action hémostatique est loin d'être indifférente; elle augmente encore les chances de réunion. Les indications de ces sutures perdues sont nombreuses; elles peuvent être utilement employées dans la cure radicale des hernies, dans l'ablation des tumeurs diverses, des néoplasmes du sein, dans des déchirures du périnée, de la vulve, etc. C'est un moyen commode et avantageux.

M. POZZI préfère le nom de sutures à étages superposés à celui de sutures perdues. C'est là un moyen très précieux dont il se sert avec beaucoup d'avantages, en particulier dans les colporrhaphies, dans la cure radicale des hernies, dans les périnéorrhaphies, etc.

Taille hypogastrique. — M. GUYON fait une communication sur les perfectionnements apportés à l'opération et au pansement de la taille hypogastrique. Tout d'abord la valeur thérapeutique de la taille hypogastrique s'affirme dans le traitement des affections graves de la vessie. M. Guyon insiste sur la nécessité de diviser l'opération en plusieurs temps, il a bien soin, arrivé au niveau de la graisse jaune prévésicale, de procéder au refoulement du péritoine; grâce à cette précaution, il n'a jamais pénétré dans la cavité péritonéale. Il ne pénètre dans la vessie que par ponctions; il évite ainsi les hémorrhagies si faciles dans l'incision de la paroi antérieure de la cavité vésicale et y pénètre ainsi dans des conditions de sécurité absolue. Enfin M. Guyon recommande surtout le procédé de suspension des parois vésicales et leur fixation avec quelques anses de fil; cette précaution permet d'opérer, tout le temps voulu, sans déterminer l'inflammation de l'atmosphère périphérique sous-péritonéale; elle met sûrement à l'abri de tout accident inflammatoire ou autre du tissu cellulaire pelvien: elle facilite singulièrement l'extraction des calculs; elle permet l'éclairage facile de toutes les parties de l'intérieur de la vessie et l'emploi si commode du spéculum imaginé par M. Bazy; elle facilite l'introduction et le maniement des instruments, le refoulement et le déplissement de la muqueuse vésicale pour mieux l'explorer. Le ballon rectal, une fois la vessie ainsi fixée, devient inutile et même nuisible, en la déformant.

Quel est le meilleur moyen d'assurer l'écoulement de l'urine et de hâter la cicatrisation? La suture totale de la vessie n'est pas entrée dans la pratique de tous les chirurgiens. M. Guyon ne la fait pas. Il met seulement quelques points de suture en haut et en bas, il fait un plan de sutures perdues avec le catgut, puis il place au milieu deux tubes accolés l'un à l'autre, présentant une courbure fixe et allant effleurer le fond de la vessie. Les fils suspenseurs sont encore très utiles pour faciliter l'introduction de ce double tube. Il fait la suture des muscles droits au-dessus et au-dessous des tubes. Cette suture partielle, combinée avec ce drainage spécial, paraît à M. Guyon de beaucoup préférable à la suture totale. Quant au pansement il doit être fait évidemment avec des substances antiseptiques, mais, en raison de l'extrême facilité d'absorption de cette région, il faut employer ces substances, acide phénique ou iodoforme, avec une grande modération et être plutôt aseptique qu'antiseptique.

Kystes du foie. — M. PAUL SEGOND fait une communication sur le traitement chirurgical des kystes du foie. Pour lui cette question est maintenant jugée : en présence d'un kyste hydatique du foie, il faut d'abord pratiquer la ponction aspiratrice. Cette ponction assure le diagnostic et peut amener la guérison. Mais dès que le liquide s'est reproduit, il faut sans tarder procéder à l'incision large du kyste. Cette déclaration faite, M. Segond étudie le manuel opératoire et montre qu'à ce point de vue, on doit envisager isolément quatre variétés de kystes hydatiques : 1° les kystes antéro-inférieurs; 2° les kystes antéro-supérieurs; 3° les kystes postéro-inférieurs; 4° les kystes postéro-supérieurs ou sous-diaphragmatiques. Le traitement des kystes des trois premières variétés est maintenant bien connu. Les kystes antéro-inférieurs se dégagent du tissu hépatique, envahissent la cavité abdominale à la manière des kystes de l'ovaire avec lesquels ils ont été du reste bien souvent confondus, et sont comme eux justiciables de l'ablation complète ou partielle après laparotomie sur la ligne médiane. Les kystes antéro-supérieurs sont intra-hépatiques. On les découvre en général par une incision parallèle au rebord des fausses côtes et l'opération qui leur convient est celle de Lindemann Landau. Les kystes postéro-inférieurs sont ceux qui viennent pointer au niveau de la région lombaire et c'est par cette voie qu'ils doivent être incisés. M. Segond cite les cas de sa pratique qui rentrent dans ces trois premières catégories (un cas de kyste pédiculé de la face inférieure traité par l'ablation, chez une jeune femme de vingt-neuf ans, guérison; trois cas de kystes de la face convexe traités suivant la méthode de Lindemann Landau, deux guérisons et une mort indépendante de l'opération). Il discute quelques points de technique opératoire, montre les dangers de l'ablation totale lorsque les kystes plongent profondément dans le tissu hépatique, et, passant assez rapidement sur ces premières considérations, il arrive au traitement des kystes postéro-supérieurs ou sous-diaphragmatiques sur lequel il insiste d'une manière plus particulière.

Les kystes sous-diaphragmatiques sont accessibles par deux voies, la voie abdominale et la voie pleurale. La voie abdominale est préconisée par Landau, son exécution nécessite des tractions variées sur le foie qu'il faut pour ainsi dire faire basculer en avant et fixer dans cette nouvelle position par des sutures appropriées. La voie pleurale, beaucoup plus directe, exige l'incision successive de la paroi thoracique, du cul-de-sac pleural et du diaphragme. Les exemples de kystes sous-diaphragmatiques ainsi traités par incision transpleurale avec ou sans résection costale sont jusqu'ici peu nombreux (faits d'Israël, de Genzmer, de Bulau et de Owen). M. Segond, ayant pratiqué deux fois cette opération avec succès, croit donc utile de faire connaître les principaux détails de ses observations.

La première est celle d'une femme de vingt-neuf ans que M. Bouchard a adressée à M. Segond en août 1887 avec le diagnostic suivant : suppuration du foie consécutive à l'ouverture intra-pulmonaire d'un kyste hydatique de cet organe. Fistule hépato-bronchique. Excavation et sclérose de la partie inférieure du poumon droit. Cette jeune femme, chez laquelle on avait porté le diagnostic kyste hydatique du foie en 1880, avait été traitée par la méthode des ponctions successives. La reproduction du liquide avait invariablement suivi chaque ponction et, vers 1883, toute une série de symptômes attestant la suppuration du kyste et son évacuation intermittente par les bronches s'étaient déclarés. Depuis cette époque jusqu'en 1887, une toux incessante, des vomiques fréquentes, la perte du sommeil et de l'appétit avaient peu à peu conduit la patiente aux derniers termes de la déchéance organique, si bien, qu'en août 1887, la terminaison fatale n'était, pour ainsi dire, plus qu'une question de jours. Tel était l'état de la malade au moment de l'opération pratiquée par M. Segond le 12 septembre dernier. Il est difficile d'imaginer un exemple plus probant des méfaits de la méthode des ponctions quand même, et des avantages qu'aurait donnés une intervention précoce et radicale. Voici maintenant les divers temps de l'opération : Incision de 15 centimètres sur la partie moyenne de la neuvième côte. Résection de 9 centimètres de la neuvième côte. Traversée du cul-de-sac pleural. Incision du diaphragme, ouverture d'un volumineux kyste hydatique sous-diaphragmatique à contenu clair. A la partie supérieure de ce kyste, ponction exploratrice dans la direction du poumon. Découverte d'une cavité purulente intra-pulmonaire. Ouverture de cette cavité. Production d'une hémorrhagie au niveau de cette ouverture et nécessité de réséquer 9 centimètres de la huitième côte pour se faire plus de jour. Arrêt de l'hémorrhagie, agrandissement de

l'ouverture pulmonaire, évacuation de la caverne pulmonaire qui contenait un plein bassin de vésicules déformées et agglutinées par une sorte de mastic purulent et bilieux. Drainage et pansement. La malade ainsi traitée conserve une fistule qui donne encore passage à la bile et dont la survie ne saurait être déterminée. Mais, tel qu'il est, ce résultat n'est pas moins remarquable. L'opérée ne tousse plus, elle a retrouvé son embonpoint et ses forces, bref, c'est à l'heure actuelle une convalescente.

La deuxième observation est plus simple. Il s'agit d'une femme de trente-neuf ans, atteinte d'un kyste sous-diaphragmatique sans communication pulmonaire. A la suite d'une première ponction exploratrice, le liquide s'étant reproduit, M. Segond, d'accord avec la doctrine qu'il défend, a pratiqué l'incision de la poche kystique, et, comme le foie ne débordait pas les fausses côtes, il a choisi la voie pleurale. L'opération a été pratiquée dans les mêmes conditions que la précédente en septembre 1887. Incision sur la neuvième côte; résection de 8 centimètres de cette côte; traversée de la plèvre; incision du diaphragme; ouverture du kyste et fixation des lèvres de l'incision kystique à la peau par une couronne de fils d'argent comprenant à la fois dans leur anse la paroi kystique, le diaphragme et les téguments. Les suites opératoires ont été simples, l'état actuel de l'opérée est on ne peut plus satisfaisant et la petite fistule qui survit encore sera prochainement cicatrisée. Dans cette opération comme dans la précédente, il n'y a pas eu la moindre menace de pneumothorax et cependant, il n'y avait pas d'adhérences entre les feuillets pleuraux. Pour prévenir cette complication, M. Segond s'est contenté de faire déprimer la paroi thoracique par la main d'un aide appliquée au-dessus de l'incision, pendant la traversée pleurale; puis, le diaphragme une fois incisé, la lèvre supérieure de cette incision a été éversée au dehors et solidement maintenue dans cette position jusqu'au moment où le placement des sutures a permis d'assurer définitivement le contact des deux feuillets pleuraux.

Se basant sur ces deux faits, M. Segond arrive à cette conclusion que l'incision par voie transpleurale avec résection costale et en un temps est le procédé de choix dans le traitement des kystes sous-diaphragmatiques postérieurs. Les dangers que peut créer ce mode d'intervention lui paraissent inférieurs à ceux qui résultent des manœuvres, tiraillements du foie, etc., nécessitées par l'incision antérieure. Quant aux prétendus avantages de la méthode en deux temps, il les conteste aussi bien pour l'ouverture transpleurale que pour l'ouverture transpéritonéale des kystes hépatiques. Des faits plus nombreux seraient à la vérité nécessaires pour faire adopter sans discussion cette manière de voir. Mais, il n'est pas moins acquis dès maintenant que l'ouverture transpleurale des kystes sous-diaphragmatiques peut être une opération simple, peu grave et très efficace. Les deux observations de M. Segond ne laissent aucun doute sur ce point.

M. MAUNOURY rapporte deux cas de kystes hydatiques sous-diaphragmatiques qu'il a traités par l'incision postérieure pleurale. Dans le premier cas il s'agissait d'un jeune homme de vingt-neuf ans, qui, en 1878, avait déjà subi une double ponction; en 1887, ces kystes étaient suppurés et proéminaient dans la cavité thoracique. Une large incision postérieure fut pratiquée, des adhérences agglutinaient et rendaient méconnaissables les deux feuillets pleuraux; aussi l'opérateur arriva-t-il sur le kyste rapidement, sans reconnaître pour ainsi dire les différents organes incisés. L'évacuation se fit facilement, mais, malheureusement, les adhérences se résorbèrent et une pleurésie purulente enleva rapidement le malade.

Dans un deuxième cas la plèvre était absolument saine. Malgré l'absence d'adhérences, aucune bulle d'air ne pénétra dans la cavité pleurale et le diaphragme incisé glissait facilement sur le plan costal. D'autres observations ont déjà montré que cette crainte du pneumothorax était toute théorique. Mais instruit par l'accident antérieur, M. Maunoury ferma ces deux lèvres de la plèvre par la suture du pelletier, puis ponctionna, attira le kyste au dehors, le lava et pratiqua le drainage. La malade guérit sans complication, aussi, comme à M. Segond, pense-t-il que la suture des deux lèvres de la plaie est absolument recommandable.

Abcès du foie. — M. ACCOLAS (de Rennes) rapporte une observation prise chez un de nos soldats du corps d'expédition du Tonkin. Il y avait près d'une année que ce soldat était miné et abattu par cette suppuration intra-hépatique, quand il fut amené à l'hôpital de Laval. Le diagnostic fut facilement posé et l'abcès opéré par la méthode de Little, c'est-à-dire par la ponction et l'incision directe sur le trocart, sans prendre garde, par une suture ou l'établissement d'adhérences, à l'issue du pus dans le péritoine. Tout se passa simplement; le sixième jour, les drains étaient retirés, et à la sixième semaine le malade avait augmenté de dix-neuf livres. Il est vrai d'ajouter qu'actuellement il conserve encore une petite fistulette.

L'extirpation des kystes hydatiques du foie. — M. POZZI présente une observation, non pour préconiser l'extirpation des kystes hydatiques du foie comme procédé de choix, mais pour montrer qu'elle constitue une précieuse ressource dans certains cas déterminés, et qu'elle constitue une opération relativement bénigne.

Il s'agissait d'une femme de trente-quatre ans ayant un kyste du lobe gauche du foie. L'incision sur la ligne blanche fut faite avec le projet de pratiquer l'excision et le drainage. Mais après évacuation du kyste on constata que le kyste recouvert par la substance hépatique sur la face supérieure se prolongeait sur la face inférieure en une poche *très mince*. Il eût été très difficile et dangereux pour la solidité ultérieure des sutures d'attirer et de coudre cette poche mince et reculée aux bords de l'incision abdominale. Le petit volume de cette poche donna alors l'idée au chirurgien d'en pratiquer l'extirpation complète. Il y procéda après avoir incisé la couche hépatique épaisse de 2 centimètres qui la recouvrait supérieurement. Il se servit le plus possible des doigts et de la spatule, mais il dut employer souvent les ciseaux maniés à petits coups : ligature de 5 vaisseaux dont un volumineux; attouchement au thermocautère. La surface cruentée résultant de l'extirpation égalait la paume de la main. Elle est réunie suivant les faces supérieure et inférieure par une série de points de suture au catgut. Puis la région suturée est fixée à la paroi abdominale et celle-ci est refermée : un gros drain est placé en face de la plaie hépatique. Suites très simples, pas de fièvre; persistance pendant six semaines d'une fistule biliaire peu importante.

M. Pozzi insiste incidemment sur le mode de suture abdominale qu'il emploie dans les laparotomies. Il croit qu'il est très utile, tant au point de vue antiseptique qu'au point de vue de l'éventration ultérieure, de suturer d'abord le péritoine isolément, puis les aponévroses, puis enfin les parties molles. Il emploie un surjet de catgut, pour les deux premiers plans de suture, formant une suture perdue à plans superposés. Il place ensuite de grands points isolés de catgut ou de soie phéniquée pour réunir la peau et les tissus sous-jacents. Il obtient ainsi des cicatrices linéaires et très résistantes.

Suture de l'intestin à l'occasion d'un vaste anus contre nature accidentel du cæcum; entérorrhaphie; guérison. — M. HORTELOUP en faisant connaître un cas rare d'anus contre nature, désire appeler l'attention sur le régime que l'on doit faire suivre, après les opérations faites sur l'intestin.

L'opéré était un homme de trente-quatre ans, ayant présenté une pérityphlite à marche lente, terminée par un abcès ouvert dans le cæcum et à la peau. Après un traitement assez long pour guérir les différents clapiers, il était resté un anus contre nature, siégeant sur le cæcum, ayant dix centimètres de long et cinq de large.

Deux tentatives de suture, par les procédés classiques, échouèrent complètement.

M. Horteloup, par une incision siégeant à la rencontre de la peau et de la muqueuse, détacha le cæcum de la paroi abdominale, l'attira au dehors et appliqua neuf points de suture entrecoupée, en ayant soin de faire accoler les surfaces séreuses. Pour plus de sûreté, il plaça cinq points de suture formant un

second plan. L'intestin fut repoussé dans l'abdomen, le lavage du péritoine fut pratiqué avec de l'eau distillée bouillie, et l'ouverture abdominale fut fermée par douze gros fils de soie phéniquée.

Les suites de l'opération furent très simples, et, cinq semaines après, le malade se levait, et ne se ressentait de rien. M. Horteloup appelle l'attention sur deux points : la suture employée et le régime qu'il a fait suivre à son opéré.

La suture entrecoupée est bien préfèrable dans les plaies longitudinales de l'intestin à la suture dite de Lembert; celles-ci exigent au moins un centimètre de tissu et si on veut ajouter, pour plus de prudence, une seconde rangée de suture, on pourrait produire un véritable rétrécissement.

Le régime a été complètement différent de celui qu'on indique dans tous les traités classiques. Au lieu de donner de l'opium, dès le lendemain de l'opération, on a fait prendre un lavement avec de la glycérine et, trente-six heures après l'opération, on a fait administrer 5 grammes d'huile de ricin qui ont amené, dès le second jour, trois garde-robes. Tous les deux ou trois jours, cette même dose d'huile de ricin a été administrée et jamais l'opéré n'est resté vingt-quatre heures sans aller à la garde-robe. S'il y a une importance capitale à obtenir l'immobilité de la masse intestinale lorsqu'on se trouve en présence d'une plaie de l'abdomen dans laquelle l'intestin a pu être lésé, il n'en est plus de même lorsque l'intestin est intact ou lorsqu'on a fermé hermétiquement une ouverture anomale.

Lorsqu'on donne de l'opium, on peut immobiliser la masse intestinale, mais on n'arrête pas la formation des gaz intestinaux qui, par leur tension, peuvent faire éclater une suture ou filtrer par le moindre interstice. Dans beaucoup d'observations, on trouve indiqué que, vers le cinquième ou sizième jour, il s'est produit du météorisme s'accompagnant d'un état saburral qui force à intervenir. On prescrit un léger purgatif, mais sans pouvoir affirmer que, sous l'influence du mauvais état, il ne se produira pas une débâcle qui fera éclater la suture.

Par l'emploi des laxatifs, des lavements purgatifs, on fait cesser cette atonie de l'intestin qui est sous la dépendance d'un phénomène reflexe et on ramène plus rapidement l'intestin à son état physiologique.

Déjà il s'est fait, dans la chirurgie abdominale, une réaction contre cette constipation qu'il semblait indispensable d'obtenir à la suite des ovariotomies ou laparotomies, et les résultats ont été excellents, il doit en être de même dans les cas de suture intestinale.

Extirpation d'un corps étranger du larynx. — M. LABBÉ raconte l'histoire d'un enfant qui s'était logé entre les cordes vocales une étoile métallique à pointes piquantes. Le corps étranger s'était introduit sans qu'il en fût résulté d'accès brusque de dyspnée, ce n'est que la nuit que cet accès eut lieu et qu'un médecin appelé diagnostiqua une laryngite striduleuse. Le lendemain, l'enfant fut amené à l'hôpital, le corps étranger fut facilement reconnu à l'examen laryngoscopique, mais, l'extraction par les voies naturelles, tentée par M. le docteur Cadier, fut bientôt reconnue impossible. Chaque traction sur le corps étranger déterminait du spasme de la glotte. L'enfant fut alors anesthésié, et M. Labbé pratiqua la section médiane du cartilage thyroïde; mais, au cours de l'opération, des accidents asphyxiques se manifestèrent, il fallut d'urgence faire la trachéotomie, et pendant quarante-cinq minutes, pratiquer la respiration artificielle. Dès que la respiration fut rétablie, le corps étranger fut rejeté de lui-même. La suture des parties molles fut alors pratiquée, la canule put être ôtée le huitième jour et la voix redevint parfaite comme avant l'opération.

Cette observation montre qu'il est absolument indispensable de faire précéder la laryngotomie thyroïdienne de la trachéotomie.

Traitement des pseudarthroses. — M. TILLAUX rappelle combien est laborieuse et pénible la cure des pseudarthroses par la résection des os et la suture. Cette opération est nonseulement pénible, elle est aussi dangereuse, puisque sur le fémur elle occasionne une mort sur cinq et seulement deux guérisons thérapeutiques.

M. Tillaux fait remarquer que les pseudarthroses du fémur et de l'humérus tiennent à une cause locale, presque toujours la même, l'interposition de faisceaux musculaires entre les fragments. Au début, les contractions incessantes de ces muscles écartent les fragments, plus tard, ils forment une bride fibreuse qui s'interpose et empêche la formation du cal.

L'extirpation de cette bride constitue l'unique indication opératoire. La suture est une complication inutile, car l'immobilité absolue et le contact intime des deux extrémités fracturées ne sont pas indispensables.

Le traitement des fractures de cuisse par l'extension continue, qui donne de si bons résultats, laisse assurément une certaine mobilité aux fragments. De plus, la consolidation a toujours lieu par un cal plus ou moins latéral, ce qui prouve que la juxtaposition, bout à bout, n'est pas indispensable.

Il faut donc bannir la suture osseuse dans le traitement des pseudarthroses, car cette suture complique le manuel opératoire et est une source de dangers : sequestres, nécroses, suppuration. Aussi M. Tillaux propose-t-il de réduire l'opération à la section de la bride interposée et à l'avivement des fragments. Un fait très probant, qu'il vient d'observer dans son service, ne fait que confirmer cette manière de voir.

Extirpation du rectum suivie de suture. — M. DELORME pense que dans l'extirpation totale du rectum, il est indispensable de suturer l'extrémité rectale à la plaie cutanée, en employant le procédé que préconise Emmet pour la périnéorrhaphie. De cette façon la réunion est plus solide et l'on a plus de chances d'éviter ultérieurement l'incontinence des matières fécales.

Anévrysme volumineux de l'artère fémorale au pli de l'aine. Ligature de l'artère iliaque externe. Guérison. — M. PICQUÉ (de Paris) rapporte l'observation d'une femme de cinquante-neuf ans, ayant présenté, pendant quelque temps, de la claudication intermittente et des douleurs lancinantes, dans le membre inférieur. Apparition brusque d'une tumeur à développement rapide au pli de l'aine. M. le professeur Ball et M. Ferrand, qui soignaient la malade, me font l'honneur de me demander mon avis. La tumeur présente tous les symptômes de l'anévrysme, mollesse, rénitence, expansion et battement, souffle intermittent systolique, réduction spontanée par compression de l'artère iliaque, absence de battement dans la pédieuse. Je diagnostique un anévrysme circonscrit de l'artère fémorale. La limitation exacte de la tumeur m'empêche, malgré la marche rapide, de songer à un anévrysme diffus. J'ajoute que la palpation minutieuse de la fosse iliaque me fit reconnaître que la dilatation ne s'étendait pas à l'artère iliaque. Je proposai d'emblée la ligature de l'iliaque externe, qui fut acceptée par la malade. Je la pratiquai avec l'assistance de M. le docteur Segond. L'opération se fit facilement. J'eus recours au procédé d'Astley Cooper modifié (procédé de Marcellin Duval, combinaison d'Astley Cooper et d'Abernethy), tel qu'il a été conseillé par M. Kirmisson, dans son remarquable mémoire. Ce procédé m'a rendu les plus grands services, en raison de l'épaisseur du pannicule adipeux, qui me plaçait dans les conditions de la ligature de l'iliaque primitive, chez un sujet à parois minces. Contrairement à l'excellent conseil de M. Kirmisson, j'employai un fil de soie, le catgut qui se trouvait à ma disposition ne présentant pas une sécurité suffisante d'asepsie.

Les suites opératoires furent très simples, la tumeur s'affaissa définitivement : au bout de trois semaines, cependant, une inflammation se forma dans la région du sac, qui aboutit à la suppuration. Je craignis beaucoup, je l'avoue, la formation du pus dans la cavité du sac, comme dans le cas de M. Després; or aucun signe ne pouvait me mettre sur la voie du diagnostic; heureusement la suppuration était en dehors du sac; je lui

donnai issue tardivement sur les conseils de M. Segond et la malade guérit. La pathogénie reste absolument obscure. Avant la période antiseptique, les chirurgiens étaient surtout préoccupés de chercher, en dehors de l'intervention sanglante, des moyens susceptibles de guérir les anévrysmes. Ces préoccupations n'ont plus leur raison d'être aujourd'hui. Si l'on consulte les statistiques successives de Norris, Eutter, Kirmisson, on voit la mortalité s'abaisser progressivement. Dans la première elle est de 27,90 p. 100, elle n'est plus que de 12,50 p. 100 dans celle de M. Kirmisson.

Si, d'autre part, on étudie la valeur des autres méthodes, on remarque bien vite combien au pli de l'aine elles sont insuffisantes. Dans une statistique inédite que je dois à l'obligeance de mon excellent ami M. Delbet, je trouve 5 guérisons seulement par la compression sur 32 cas (16 p. 100 de succès). La compression indirecte digitale ou instrumentale, la moins dangereuse et la plus efficace de toutes, ne donne que 3 succès sur 15. Il en résulte qu'à mon sens, dans les anévrysmes à marche lente et dans ceux-ci seulement, on pourra recourir à la compression, mais sans trop s'y attarder, mais que, dans la majorité des cas et dans celui qui est l'objet de cette note, c'est à la ligature d'emblée qu'il faudra recourir.

La foi dans la méthode antiseptique doit-elle nous entraîner vers l'extirpation du sac qui a été pratiquée avec succès dans plusieurs cas? C'est là une question très intéressante mais dont la solution appelle de nouveaux faits.

Désarticulation de la hanche. — M. LE BEC (de Paris) rapporte un fait de désarticulation de la hanche, qui fut pratiquée par véritable dissection avec ligature préalable des vaisseaux fémoraux (procédé de Verneuil). La malade pouvait se lever dès le douzième jour. Malheureusement, il s'agissait d'un volumineux ostéosarcome du fémur, qui se généralisa plus tard dans le poumon.

Hémorrhagies chez les sujets atteints d'une affection chronique du foie. — M. VINCENT (de Lyon), à propos d'un cas de cholécystotomie chez un enfant, dont la mort eut lieu par hémorrhagie secondaire, développe les considérations suivantes :

1° On doit se méfier des hémorrhagies chez les sujets atteints d'une affection chronique du foie, hémorrhagie qui peut être redoutable malgré l'absence de lésion du côté des gros vaisseaux. Ce fait si bien enseigné par M. Verneuil a pu s'observer sur son petit opéré;

2° Chez les enfants, le volume et l'abaissement du foie, font qu'il convient de faire l'incision sur la ligne médiane et non sur le bord externe du muscle droit.

Hernies du cæcum. — M. JALAGUIER (de Paris) lit deux observations de hernie du cæcum, dont il a tenté la cure radicale avec un plein succès. Dans l'une de ces hernies, le cæcum avait un sac complet; dans l'autre, il avait un sac latéral contenant de l'intestin.

La séance est levée.

Séance du 17 mars 1888 (matin). — Présidence de M. DUPLAY.

COMMUNICATIONS

De la récidive des néoplasmes opérés. Recherche des causes, de la prophylaxie. — M. CAZIN (de Berck) expose les faits de sa pratique durant vingt-cinq ans, de 1862 à 1886. Il a eu à pratiquer 564 ablations de tumeurs susceptibles de récidive. Si l'on classe les tumeurs d'après leur tendance à la récidive, on peut les énumérer dans l'ordre suivant : myxome, chondrome, sarcome, épithéliome, carcinome.

Sur 102 squirrhes du sein, il y avait 60 fois engorgement ganglionnaire, qui ont donné 7 guérisons qui paraissent définitives, 48 récidives et 3 morts; 40 cas n'avaient pas d'engorgement ganglionnaire et ont donné 8 guérisons, 26 récidives, 1 mort. La moyenne des récidives s'est observée de trois à sept ans après l'opération.

Pour obtenir ce résultat, il a fallu faire un diagnostic précoce, une opération large, causer de véritables dégâts, non seulement enlever les ganglions, mais encore les lymphatiques qu'on respecte trop souvent.

M. VERNEUIL pense que l'on peut employer deux moyens pour combattre les récidives, il y a d'abord les règles opératoires qui viennent d'être si bien posées par M. Cazin et qu'on peut caractériser en disant que l'opérateur doit s'occuper de l'avenir et ne pas songer au présent.

Il y a ensuite des moyens médicaux, il faut en effet se rappeler que le cancer est une affection constitutionnelle malgré sa localisation au début. Lorsque le cancer a été extirpé, il n'en persiste pas moins cet état morbide qui prédispose à la récidive. Cet état particulier, cette diathèse néoplasique peut sommeiller pendant longtemps, et ne se manifester qu'à longue échéance, c'est ce que M. Verneuil appelle les *trêves du cancer* et à ce propos il rapporte des cas fort intéressants : entre autres, celui d'une malade de Constantinople qui eut une récidive locale trente-quatre ans après une première opération.

Dans un cas d'épithélioma de la langue, la récidive n'a eu lieu que six ans et demi après dans un ganglion, il y a donc là une véritable *latence morbide*. C'est contre cet état particulier qu'il faut lutter par la médication arsenicale et alcaline, et cela pendant des années.

M. Verneuil saisit cette occasion pour faire encore le procès de l'iodure de potassium, si malencontreusement utilisé dans la thérapeutique des tumeurs.

Quant à la cause intime des tumeurs, elle est encore inconnue. On peut seulement dire que le cancer est plus fréquent chez les arthritiques, et que d'un volumineux travail que prépare M. Reclus, il résulte que le cancer est fréquent chez les peuples qui s'adonnent surtout à une nourriture animale et aux boissons alcooliques; et M. Verneuil, en comparant le nombre des cancers qu'on observe actuellement, à ceux qu'on observait il y a quarante ans, ne craint pas de dire qu'ils existent actuellement dans une proportion trois fois plus considérable.

M. PONCET (de Lyon) résume les cas qu'il a observés dans sa pratique. Il croit pouvoir conclure que les épithéliomas primitifs du cuir chevelu sont beaucoup plus malins que les épithéliomas secondaires, développés par transformation d'un kyste sébacé. Sur deux de ces cas qu'il a opérés, il a eu deux succès complets qui se maintiennent l'un depuis sept ans, l'autre depuis trois ans.

L'épithélioma qui se développe sur les anciennes cicatrices, récidive fatalement après l'ablation. Pour l'épithélioma de la langue, la récidive est également la règle.

Il faudrait excepter, de ce pronostic fâcheux, l'épithélioma du plancher buccal, dont la large extirpation, avec ou sans résection du maxillaire, peut donner des succès durables. M. Poncet a observé un cas qui reste guéri depuis deux ans et trois mois.

En résumant il conclut que :

1° La récidive est presque fatale, si le cancer est le fait d'une hérédité directe;

2° L'envahissement des ganglions est une cause de récidive;

3° La meilleure prophylaxie, c'est l'intervention rapide et large;

4° Il faut savoir que, dans certains cas inopérables, l'intervention est un coup de fouet, qui précipite la marche de la maladie.

M. J. BŒCKEL (de Strasbourg), après avoir énuméré les cas différents de tumeurs qu'il a pu observer, conclut en disant qu'il a eu à intervenir dans 103 cas de cancer, et qu'il a eu 89 guérisons et 14 morts rapides; sur ces 89 guérisons opératoires, il y a eu 77 récidives avant la cinquième année, 12 seulement paraissent guéris. L'un de ces malades a été opéré il y a 11 ans. Ainsi, malgré la perfection des méthodes, et les hardiesses de la chirurgie nouvelle, il y a encore dans le cancer plus de 87,40 p. 100 de récidives.

M. POLOSSON (de Lyon) fait une communication sur le myxome diffus des membres.

Dans certains cas, le myxome est tellement diffus qu'on ne peut songer qu'à l'extirpation totale du membre. Mais dans d'autres la lésion est plus limitée, on l'attaque, en général, par des extirpations partielles. Dans sept cas qu'il a étudiés, on fut obligé, après une série d'interventions partielles, d'en venir à l'ablation totale. Aussi M. Polosson pense qu'il faut ne pas s'attarder à ces opérations incomplètes et qu'après la première récidive, il faut se décider au sacrifice complet du membre.

M. LABBÉ rappelle les règles qui président à l'extirpation des tumeurs et, en dehors de ces règles générales, il admet qu'il ne faut pas se contenter, dans l'ablation des adénomes du sein, d'enlever la tumeur seule; mais que, si l'on veut absolument se mettre à l'abri de récidives, il faut enlever la capsule fibreuse qui enveloppe la tumeur, en la sculptant dans la glande. Enfin, dans les sarcomes volumineux du sein, M. Labbé fait remarquer que souvent le chirurgien croit avoir extirpé la glande, alors qu'en réalité il l'a laissée entière, refoulée et amincie, doublant la peau de la partie externe de la région mammaire. La conservation de cette glande est une cause fréquente de récidives.

M. Labbé se déclare partisan des autoplasties immédiates, destinées à combler les pertes de substance dues à l'ablation des tumeurs. Il réhabilite le caustique du frère Côme, et comme M. Verneuil, il pense que le traitement opératoire par l'arsenic et les alcalins diminue les chances de récidive. Peut-être, mais sous toutes réserves, faudrait-il reconnaître une action à la teinture de condurango.

M. RICHELOT rapporte de nouveaux faits d'hystérectomie vaginale pour cancer utérin, et croit pouvoir formuler les conclusions suivantes :

1° Les malades qui guérissent définitivement sont celles que nous opérons de bonne heure;

2° On doit raisonner pour l'épithélioma utérin comme pour le cancer du sein ou celui des lèvres, et faire porter les incisions aussi loin que possible du tissu morbide. Il faut donc ajouter, à la section circulaire à la base du col, une large résection de la paroi vaginale encore saine;

3° Mieux vaudrait, dans certains cancers du museau de tanche, une amputation sus-vaginale avec résection de la paroi, qu'une hystérectomie totale sans résection.

M. POZZI constate avec plaisir que M. Richelot a abandonné son opinion ancienne et que ce chirurgien ne considère plus l'hystérectomie incomplète comme une opération purement palliative.

M. CASTEX fait une communication sur la propagation du sarcome par les vaisseaux sanguins. Le cas fort intéressant qu'il rapporte a été publié par M. Cornil et par lui, dans les *Bulletins de la Société anatomique* (février 1888).

M. SABATIER (de Lyon) se déclare partisan de la réunion secondaire pour les plaies consécutives à l'ablation des néoplasmes cancéreux. Lorsque, en effet, le chirurgien ferme les plaies pour obtenir la réunion primitive, il est à craindre qu'il enferme dans la plaie des germes cancéreux qui auraient été éliminés avec les produits de la suppuration en cas de réunion secondaire.

C'est pour cette raison qu'il pense que, pour éviter les récidives locales, il vaut mieux enlever les cancers d'un seul morceau, plutôt que de les morceler; cette fragmentation de la tumeur produisant plus facilement des greffes cancéreuses, qui peuvent s'inoculer sur une plaie fraîche.

M. MOLLIÈRE (de Lyon) dit que, parmi les causes de récidives, il faut en première ligne compter l'âge. Chez l'enfant la récidive est rapide, presque immédiate, chez l'adulte la récidive est plus lente, mais encore rapide et fréquente, après soixante-dix ans on peut compter sur une guérison presque constamment définitive.

M. GALEZOWSKI. Les néoplasmes malins de l'œil ont pour siège de prédilection la partie antérieure de l'œil, qui est plus active, et dont la circulation est plus riche.

Ces tumeurs mélaniques restent longtemps localisées; elles peuvent cependant s'inoculer directement, par contact, au bord voisin de la paupière. Quelquefois la propagation se fait par les lymphatiques.

Il est possible, plus souvent qu'on ne le croyait, d'extirper les tumeurs sans sacrifier l'œil.

Comme M. Verneuil, M. Galezowski pense qu'actuellement les cancers sont plus fréquents qu'il y a vingt-cinq ou trente ans.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1887-1888.

139. M. JOULIARD. Du cancer de la glande sous-maxillaire. (Contribution à l'étude des néoplasmes des glandes salivaires.) — 140. M. LEFÈVRE (Armand). Tuberculose par inoculation cutanée chez l'homme. — 141. M. GRATTERY. Troubles viscéraux d'origine menstruelle. — 142. M. TEXIER. Déformation du tronc causée par la sciatique. — 143. M. TRAZIT. Contribution à l'étude de la chlorose fébrile. — 144. M. ROCHEFORT. Contribution à l'étude des tumeurs gommeuses du sterno-mastoïdien. — 145. M. BRÉE. Des pseudarthroses du corps du fémur. — 146. M. FRAGNE. Conjonctivite blennorrhagique séro-vasculaire sans inoculation. — 147. M. MIRASSOU-NOUQUÉ. Considérations sur quelques dispositions du placenta dans son insertion vicieuse. — 148. M. DE SOUZA. Étude sur le mécanisme des états psychiques normaux. — 149. M. JOUBERT. La laryngotomie pour les corps étrangers du larynx. — 150. M. LOPPE. De l'antisepsie en gynécologie. — 151. M. CATOR. Tuberculose de l'os malaire. — 152. M. WERTHEIMER. Essai sur les hernies consécutives aux opérations de laparotomie. — 153. M. BASSET. Des vomissements incoercibles chez les hystériques. — 154. M. BRUANT. De la mélancolie survenant à la ménopause. — 155. M. SEMELAIGNE. Philippe Pinel et son œuvre au point de vue de la médecine mentale. — 156. M. POZZI. Traitement du cancer de l'utérus. — 157. M. POULOUX. Contribution à l'histoire médicale du laurier rose.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le Congrès de chirurgie, dans son comité secret, a décidé que :

1° Le vice-président d'une session passera, de droit, président de la session suivante.

2° A l'avenir, en dehors des questions mises à l'ordre du jour, il ne pourra être fait qu'une seule communication par auteur.

3° Toute communication, publiée antérieurement au Congrès, ne figurera que par son titre dans le volume du Congrès.

4° Le Comité permanent d'organisation a été invité à réduire le nombre des grandes questions mises à l'ordre du jour, de façon à ce que les membres du Congrès, étrangers à Paris, puissent visiter le matin les services de chirurgie et voir opérer.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Schnitzler, élève du service de santé militaire, à Nancy, beau-fils de M. Schlagdenhauffen, directeur de l'École supérieure de pharmacie de Nancy.

— M. le professeur Baillon commence son cours d'histoire naturelle médicale, aujourd'hui lundi, 19 mars 1888, à onze heures du matin, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine. Il le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

— M. le professeur Regnauld commencera le cours de pharmacologie, le mardi 20 mars 1888, à midi, dans le petit amphithéâtre de la Faculté de médecine, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

— M. le professeur Proust commencera le cours d'hygiène, le mardi 20 mars 1888, à quatre heures de l'après-midi, dans le

grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

— M. le professeur Charles Richet commencera le cours de physiologie, le mardi 20 mars 1888, à cinq heures de l'après-midi, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

— M. le professeur Guyon commencera le cours de pathologie chirurgicale, le mercredi 21 mars 1888, à trois heures de l'après-midi, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

— M. le docteur E. Brissaud, professeur agrégé, commencera des conférences d'anatomie pathologique, le mercredi 21 mars 1888, à cinq heures de l'après-midi, dans l'amphithéâtre Cruveilhier, et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Dans la séance du 13 mars, la question de la prophylaxie de la syphilis avait fait un grand pas vers une solution possible, par les nouvelles propositions de conciliation faites, au nom de la Commission, par M. Fournier. Cependant tout dissentiment n'avait pas encore cessé. Dans la séance du 13, M. Laborde a proposé une nouvelle rédaction de l'article 4, qui lui a paru encore trop vague, et la substitution, au nouvel article 7 de la Commission, d'un article édictant l'institution d'une commission mixte, qui réunirait la double compétence administrative et médicale, en raison de la solidarité qui existe entre la réglementation administrative de la prostitution, et l'application des mesures d'ordre hygiénique soit préventives, soit curatives des maladies syphilitiques.

M. Brouardel, tout en reconnaissant les importantes concessions faites par la Commission, se maintient encore à l'égard de quelques points sur le terrain de la résistance. Aux deux solutions en présence desquelles l'Académie se trouve placée : 1° ou bien tout est remis entre les mains de la police, le tribunal n'intervenant pas ; 2° ou bien tout est confié au tribunal, la police n'intervenant que pour exécuter ses décisions, M. Brouardel propose, d'accord en cela avec M. Le Fort, cette troisième solution : demander une loi de police sanitaire.

M. Théophile Roussel est intervenu au dernier moment dans le débat, pour examiner devant l'Académie les deux articles du projet de loi, sur la protection des Enfants abandonnés, qui ont trait à la prostitution des mineures, et au complément qu'il y aurait lieu d'ajouter, pour qu'ils exercent dans la plus large mesure possible, sur la propagation de la syphilis, l'influence prophylactique que l'Académie est en droit de réclamer. L'honorable académicien-sénateur a proposé le renvoi à l'examen de la Commission, d'une disposition que la Chambre des députés ne refuserait probablement pas d'admettre dans le projet pendant devant elle et qui pourrait être formulée ainsi : « Toute mineure de plus de seize ans, rencontrée dans un état habituel de prostitution, est conduite devant le juge de paix, qui décide, suivant les circonstances, si elle doit être soit remise en liberté, soit rendue à ses parents, soit placée par les soins de l'administration dans un établissement approprié à la réformation morale, soit, à raison de son état, soumise à telles autres mesures qui seraient reconnues nécessaires dans l'intérêt de la santé publique. »

L'intervalle d'une séance à l'autre a porté conseil; les dernières résistances ont fléchi, l'accord s'est fait entre les dissidents, sur le terrain de conciliation où s'est placé avec eux le rapporteur. C'est M. Trélat qui a porté la branche d'olivier. Il est venu déclarer qu'il renonçait à toute idée d'opposition, et qu'il avait apposé sa signature au bas des nouvelles conclusions de la Commission.

Il n'y avait plus qu'à passer au vote des articles. On se rappelle que le vote des trois premiers articles était resté acquis. Des 10 articles de la première rédaction, le 10e ayant été supprimé, il n'y avait plus qu'à voter sur les nouveaux articles 4, 5, 6, 7, 8 et 9, ainsi formulés, sauf légères modifications :

ART. IV. — Ces divers ordres de provocation ayant pour conséquence la dissémination des maladies syphilitiques, l'Académie réclame, des pouvoirs publics, un ensemble de mesures réglant et fortifiant l'intervention administrative, en particulier à l'égard des mineures, et permettant d'atteindre la provocation partout où elle se produit. (Adopté.)

ART. V. — La sauvegarde de la santé publique exige que les filles se livrant à la prostitution soient soumises à l'inscription et à la surveillance médicale. (Adopté.)

ART. VI. — L'Académie émet le vœu que l'inscription des filles se livrant à la prostitution ne soit prononcée que sous la sauvegarde du droit commun.

Sur la proposition qu'en a faite M. Hardy, il sera exprimé, à la suite de cet article, le désir de l'Académie, qu'en attendant que les nouvelles dispositions législatives qu'elle demande puissent être rendues exécutoires, les mesures les plus sévères et les plus efficaces soient prises par l'Administration. (Adopté.)

ART. VII. — Toute fille qui sera reconnue, après examen médical, affectée d'une maladie vénérienne, sera internée dans un asile sanitaire spécial. (Adopté.)

ART. VIII. — Les filles inscrites seront soumises à une visite hebdomadaire, complète, et à date fixe. (Adopté.)

L'article 9 est supprimé.

Ainsi s'est terminée, par une sorte de cote mal taillée, entre les partisans de l'ancien ordre de choses, c'est-à-dire de l'action arbitraire et discrétionnaire de la police, et les partisans de l'intervention de l'action judiciaire ou de droit commun, substituée à celle de l'Administration, cette longue et écœurante discussion où pas mal de talent a été dépensé, pour chercher, sinon le remède, du moins un palliatif à une si profonde et si hideuse plaie.

HOPITAL NECKER. — M. PETER.

I. Carcinome en plaque de l'estomac. — II. Ulcère simple de l'estomac. — III. Fièvre typhoïde.

Parmi les malades entrés ces jours-ci dans nos salles, nous avons plusieurs cas assez intéressants pour que nous en fassions l'objet de notre leçon d'aujourd'hui.

I. Au n° 14 de la salle Saint-Luc, est couché un homme de cinquante-quatre ans, exerçant la profession de journalier. Il est d'apparence chétive et maigre; l'amaigrissement des plans adipeux sous-cutanés est tel que sa peau forme des plis; de plus sa teinte jaune paille est des plus caractéristiques, elle est celle d'un individu atteint de quelque affection carcinomateuse; enfin il a considérablement perdu de ses forces depuis quelque temps. Aussi, au premier abord, notre impression a-t-elle été celle que nous avions affaire à quelque maladie grave, à quelque cancer selon toutes probabilités, et avons-nous immédiatement dirigé notre enquête de ce côté.

Lorsque nous lui demandons en quelle région il souffre, il nous répond qu'il souffre, depuis plusieurs mois, de son ventre, et il nous montre le creux épigastrique; par conséquent, il souffre donc en réalité de l'estomac. Mais ses souffrances ne sont pas, à proprement parler, des douleurs, et sont surtout une certaine gêne, une sensation de plénitude, de dureté de l'estomac. De plus, il mange un peu moins, bien qu'il ait conservé encore une certaine appétence; il n'a jamais eu jusqu'à présent de vomissements alimentaires.

Dimanche dernier, pour la première fois, il a vomi du sang, de teinte noirâtre, mais il ne sait pas nous dire si ses gardes-robes, ce même jour, contenaient aussi du sang.

Quand on examine son ventre, on aperçoit une sorte de relief de la région épigastrique, l'estomac est légèrement bombé, et à la percussion donne une sonorité tympanique, indiquant un certain degré de dilatation stomacale. Un palper de la même région, fait avec le plus grand soin, nous montre aussi une induration de toute la grosse tubérosité, de la grande courbure de l'estomac. D'où nous devons conclure que toute la paroi de cet organe est envahie par une lésion qui a produit cette induration, c'est-à-dire par un carcinome en plaque.

Et c'est parce que le carcinome est resté localisé aux points que je viens d'indiquer, qu'il reste encore des glandes à pepsine saines, et que, par suite, cet homme peut encore digérer les aliments, qu'il ingère, sans les vomir. Si, au contraire, ces glandes étaient envahies, si le pylore était malade, la digestion ne pourrait plus se faire. Ce sont, en somme, ces cas auxquels on a donné le nom de cancer latent de l'estomac, cancer qui n'est en réalité latent que parce qu'on n'a pas su le chercher et le trouver.

Cet homme a donc eu seulement jusqu'à présent une hématémèse. J'ajoute que sa température axillaire est de 37 degrés, tandis que le thermomètre, placé sur la région épigastrique, nous donne 36°8, au lieu de 35°5 qui est la température normale. Cette augmentation de 1°3 indique aussi l'existence en ce point d'un foyer morbide. Ce fait est-il constant dans le cancer de l'estomac, non; mais il est très fréquent, soit au moins huit fois sur dix, et il permet de distinguer le cancer de la gastralgie, ou de la dyspepsie atonique, où la température ne dépasse jamais de 3/10e de degré la normale.

La maladie étant ainsi parfaitement diagnostiquée, que convient-il de faire? De la révulsion, non pas contre le cancer lui-même, mais contre l'hyperthermie circonférentielle; une révulsion permanente par l'application sur l'estomac d'un cautère, qu'on entretiendra avec un pois; révulsion que l'on complètera par des pointes de feu répétées deux ou trois fois par semaine. Grâce à ces moyens, nous pourrons donner à ce malade — dangereusement menacé de mort — une survie d'un an ou dix-huit mois.

Cette influence est si constante, que je pourrais vous citer à l'appui le fait récent d'un individu qui habite Versailles. Cet homme, atteint d'un cancer de l'estomac, avait des vomissements hémorrhagiques très fréquents, et des douleurs assez vives; les médecins qui le soignaient entrevoyaient une mort prochaine, lorsque je fus appelé auprès de lui en consultation. Je fis appliquer immédiatement et entretenir ensuite un cautère sur le creux de l'estomac. Il y a de cela trois mois. Or, depuis cette époque, les hématémèses ont si bien cessé qu'il n'en a eu qu'une seule, dans l'espace de quatre-vingt-dix jours, au lieu de plusieurs par semaine. De plus, il se nourrit avec deux ou trois litres de lait par jour, que son estomac tolère et digère bien sans aucun vomissement. Voilà, entre de nombreux faits, une nouvelle preuve de l'heureuse action des révulsions.

C'est également le traitement que je veux faire suivre à mon malade de la salle Saint-Luc; de plus, comme il mange encore toutes sortes d'aliments, pourvu qu'ils ne soient pas indigestes, je vais m'efforcer de l'alimenter le mieux possible, pour soutenir ses forces.

II. La malade qui est placée au n° 18 de la salle Sainte-Adélaïde, est une jeune femme de trente-cinq ans, qui se plaint aussi de l'estomac. Quoiqu'elle soit très nerveuse et prenne volontiers des poses extatiques, son affection stomacale n'est pas de nature nerveuse, car la température, prise au creux épigastrique, atteint 36°6, dépassant ainsi la température normale de plus d'un degré, dépassant même la température axillaire qui est chez elle de 35°5 seulement.

Son affection est plus grave, les douleurs stomacales sont beaucoup plus vives que chez le précédent malade qui, en somme, souffre peu; elles s'accompagnent de douleurs dorsales, et sont, en réalité, ce que l'on a appelé des douleurs en baïonnette, parce qu'elles traversent le corps pour ainsi dire, de part en part, du creux épigastrique à la région dorsale. Ces douleurs indiquent ainsi, jointes aux autres symptômes, l'existence d'un ulcère simple.

Cette femme est malade depuis cinq ans; depuis cette époque, elle vomit de temps à autre les aliments qu'elle a ingérés; elle a eu aussi plusieurs fois des hématémèses. Mais ces accidents se sont surtout accentués depuis deux ans, à la suite de violents chagrins, — elle a perdu son mari en 1885 — et de conditions misérables. Les douleurs stoma-

cales sont devenues plus intenses, et les vomissements ont augmenté de fréquence.

Néanmoins il ne s'agit nullement, je le répète, d'une affection ancienne, comme chez le malade de la salle Saint-Luc dont je parlais en commençant. Elle n'en a nullement l'aspect, la teinte cachectique : son corps n'est point émacié et, quoique amaigri, il a conservé encore un léger embonpoint, la peau ne se plisse pas non plus, comme chez lui. Aussi, tandis que ce dernier n'en a peut-être que pour quelques mois à vivre, cette femme, au contraire, peut, sinon guérir, tout au moins vivre pendant de longues années.

J'ajoute encore que, chez elle, la brusque apparition des douleurs et leur intensité se trouvent calmées par l'ingestion du lait dans l'estomac. Aussi la diète lactée s'impose-t-elle chez elle, à la fois comme traitement et comme alimentation.

Je vais aussi la traiter par les révulsions — ces révulsions, en général si méprisées aujourd'hui et depuis un certain nombre d'années. Je vais commencer par un vésicatoire sur l'estomac, puis j'aurai recours aux pointes de feu assez fréquemment renouvelées; enfin, si cela est nécessaire, j'appliquerai un cautère, que l'on entretiendra avec un pois.

III. Mon troisième malade est un jeune homme de vingt-trois ans, couché au n° 5 de la salle Saint-Luc. Garçon de café, très surmené, a été pris, il y a quatre jours, d'accidents fébriles avec fatigue générale, douleurs lombaires, douleurs dans les jambes, céphalalgies, toux, perte d'appétit, diminution des forces, vertiges, etc. Enfin, hier soir et ce matin, sa température est de 38°8 et le pouls marque 84.

A quelle maladie ces symptômes correspondent-ils? A une fièvre typhoïde ou à une fièvre de surmenage, qui est aussi une sorte de typhisation par suite d'une élimination urique insuffisante et, par conséquent, de l'emmagasinement de substances toxiques dans l'organisme. En pareils cas les malades sont des auto-empoisonnés, des typhisés avec une symptomatologie quelque peu analogue à celle de la fièvre typhoïde commençante. On a même vu de ces fièvres de surmenage s'accompagner d'épistaxis et d'augmentation de volume de la rate.

Mais si, chez les sujets surmenés, souvent la température s'élève brusquement très haut : 38°5, 39 et même 40 degrés, on la voit aussi tomber brusquement, surtout à la suite d'une débâcle urique, caractérisée par la présence de 30 et même 40 grammes d'urée par litre d'urine, à la suite de sueurs profuses très fétides, et même de selles également fétides.

De plus, dans la fièvre de surmenage, les malades ne toussent pas.

Or, ici, notre malade tousse, bien que l'auscultation ne révèle rien dans la poitrine; sa toux est le résultat d'une hyperhémie laryngo-trachéale; la rate est tuméfiée et douloureuse (0m,155 de longueur), la fosse iliaque est douloureuse, sans gargouillements (il est vrai qu'il n'y a pas de diarrhée, mais de la constipation). Bref, je crois que nous devons songer à une fièvre typhoïde, sans pouvoir cependant l'affirmer absolument, d'autant plus que, outre quelques taches d'acné sur le ventre, nous avons découvert ce matin plusieurs autres petites taches sur le ventre et dans le dos, qui ont toute l'apparence de taches rosées lenticulaires. Leur apparition est un peu prématurée, car d'habitude elles n'existent qu'au deuxième septénaire.

En résumé, je crois pouvoir émettre le diagnostic de fièvre typhoïde, probablement légère : 1° à cause des taches rosées prématurées; 2° de l'état de la peau légèrement sudorale; 4° de la température peu élevée et du peu de fréquence du pouls (84 pulsations).

ASILE DE LEYME. — M. Dubuisson.

Anurie calculeuse; atrophie du rein gauche, consécutive à l'oblitération de l'uretère; cancer utérin chez une maniaque chronique dont le délire érotique coïncidait avec une lésion utérine.

Mme D..., née à Metz en 1819, veuve, ayant eu plusieurs enfants, entrée à l'asile le 14 avril 1873, est atteinte de manie chronique caractérisée par des crises d'agitation, des hallucinations de la vue et un délire extravagant. Cet état présente des alternatives diverses, néanmoins pendant les périodes de calme, on observe toujours une grande irritabilité, une certaine bizarrerie dans les actes et des idées délirantes de nature érotique.

Les troubles physiques consistent en douleurs lombaires survenant par crises irrégulières et irradiant tantôt vers l'épaule droite, tantôt vers le bassin. Au mois de décembre 1874 survint une abondante hémorrhagie utérine précédée de douleurs lombaires très vives. Il faut noter aussi un léger écoulement sanguin intermittent et non régulier, des pertes blanches et la présence de nombreux graviers dans l'urine au commencement de l'année 1879.

Depuis plusieurs années cette malade se croit enceinte, sans que, dit-elle, elle ait rien fait pour cela, et ne compte obtenir sa guérison qu'après son accouchement. Malgré ses souffrances elle a pris de l'embonpoint, le ventre est volumineux, ce qui rend chez elle plus tenace l'idée de grossesse. Enfin elle éprouve souvent des contractions spasmodiques des muscles droits de l'abdomen durant à peu près une demi-minute et se répétant cinq ou six fois pendant chaque mouvement respiratoire. Ces contractions non douloureuses augmentent de fréquence et d'intensité quand la malade est impressionnée, et sont attribuées par elle aux mouvements de son enfant.

Le 18 avril 1879, à sept heures du matin, douleur soudaine très vive au niveau du rein droit se propageant vers le pli de l'aine du même côté. Potion calmante et cataplasmes laudanisés. Pendant la nuit, émission d'une petite quantité d'urine sanguinolente.

Le 19, douleur persistante. Tout mouvement donne des nausées et des vertiges, quelques vomissements bilieux. Purgatif et tisane diurétique.

Le 20. La malade n'a pas uriné depuis la nuit du 18. La douleur persiste. Cathétérisme ne donnant pas une seule goutte de liquide. Pouls 68. Température normale, peau sèche. Un bain procure un peu de calme.

Le 21. Hémorrhagie utérine, 1 verre de sang à peu près. Pouls 72.

Le 22. Nouveau cathétérisme très douloureux et sans résultat. La douleur est plus forte. Au toucher on constate une augmentation de volume du col de l'utérus. La moitié gauche du col est ulcérée profondément. Odeur fétide caractéristique du cancer.

Le 23. Anurie persistante. La langue et les lèvres deviennent sèches. La respiration est saccadée. Somnolence qu'on a peine à vaincre pour obtenir une réponse. Peau sèche. Pouls 70.

Le 24. Même somnolence. Accès de suffocation. Engourdissement progressif de l'intelligence. Pouls 72. Potions toniques.

Le 25. L'oppression augmente. Le soir, nouvelle hémorrhagie utérine. Cathétérisme infructueux. Somnolence interrompue par quelques accès du délire habituel. Les contractions spasmodiques des muscles abdominaux sont plus fréquentes et plus fortes, elles sont apparentes sous le drap. Pouls 80.

Le 26. La respiration devient de plus en plus gênée, les lèvres sont sèches, la langue racornie, état comateux interrompu par du délire doux et tranquille.

Le 27. Le coma continue, la respiration est stertoreuse, l'intelligence obtuse, la malade ne peut plus prendre que quelques gouttes de bouillon et de vin. Elle reconnaît encore son fils venu pour la voir. La vue est conservée, il n'y a pas de paralysie, pouls faible à 88. La température a toujours été à peu près normale.

Le même état persiste jusqu'au 28. La malade meurt pendant la nuit après des intermittences de coma et de délire léger.

Durant toute sa maladie elle se croyait toujours enceinte et sur le point d'accoucher.

Autopsie. — La vessie ratatinée ne contient ni urine ni calcul, la coloration de la muqueuse est normale. Le rein gauche atrophié pèse 70 grammes. Il est d'un rose pâle, anémié et dur à la pression. Le bassinet distendu a la grosseur d'une orange. La substance corticale est amincie et l'uretère a le volume du pouce; il existe au niveau de l'utérus une oblitération de ce canal, qui est imperméable à l'eau et à l'air. Un liquide limpide légèrement citrin remplit en les distendant l'uretère, le bassinet et les calices, de sorte que le rein ne forme plus qu'une espèce de kyste.

Le rein droit hypertrophié pèse 290 grammes. Il est d'un rouge vineux et gorgé de sang, la tunique péritonéale s'enlève facilement. Le bassinet renferme un calcul de la grosseur et de la forme du fruit d'une amande; on remarque une dizaine d'autres calculs plus petits dont quelques-uns sont incrustés au fond des calices. L'uretère est distendu sur une longueur de 10 centimètres, il est fortement congestionné sur toute son étendue et renferme ainsi que le bassinet un liquide rougeâtre. Un calcul de la grosseur d'une petite noisette l'obstrue complètement à 10 centimètres de son embouchure supérieure. Un caillot sanguin entoure le calcul et s'étend de 2 ou 3 centimètres vers la vessie. L'orifice inférieur est perméable.

Le corps de l'utérus, un peu plus volumineux qu'un œuf de poule, présente sur sa surface antérieure près du col une petite tumeur dure faisant saillie sous la tunique péritonéale. La portion gauche du col est transformée en une masse anfractueuse qui remonte dans l'épaisseur du corps de l'utérus. La moitié gauche du col faisant saillie dans le vagin est presque complètement détruite. La muqueuse utérine est hyperhémiée, elle renferme un caillot sanguin et présente, un peu au-dessous de l'embouchure de la trompe droite, une petite tumeur pédiculée.

Le foie graisseux régulièrement hypertrophié pèse 2 200 grammes. La vésicule biliaire est ratatinée et se moule exactement sur un calcul de la grosseur et de la forme d'un œuf de pigeon.

La trompe gauche est distendue par un liquide clair, l'ovaire est doublé de volume et recouvert de fausses membranes. Entre l'ovaire, la trompe, le ligament large et l'utérus existent de nombreuses adhérences qui effacent le cul-de-sac péritonéal.

Les organes thoraciques ne présentent qu'une congestion pulmonaire hypostatique.

La famille n'ayant autorisé qu'une autopsie partielle, le cerveau n'a pu être examiné.

Cette observation nous a paru intéressante au double point de vue de la pathologie ordinaire et de la médecine mentale à cause des particularités suivantes :

L'atrophie du rein gauche consécutive à l'oblitération de l'uretère, par un cancer utérin;

L'hypertrophie compensatrice du rein droit;

L'anurie soudaine et complète durant dix jours sans symptômes convulsifs autres que l'augmentation des secousses observées antérieurement dans les muscles de l'abdomen. Anurie due à l'oblitération de l'uretère droit par la descente d'un calcul;

Enfin, l'existence du délire érotique et la conviction permanente d'un état de grossesse coïncidant avec une lésion utérine.

DE L'EMPLOI THÉRAPEUTIQUE DES PURGATIFS SALINS.

Par M. le docteur Pol. VERNON.

Dans la médication purgative, qui est comme la clef de voûte de la thérapeutique contemporaine, les drastiques et les cathartiques, les eccoprotiques et les minoratifs, les évacuants et les laxatifs possèdent chacun leurs indications particulières, présentes à l'esprit de tous les praticiens. Mais la plus large place est dévolue aux purgations salines, dont nous voulons rappeler aujourd'hui les principaux emplois.

Dans la constipation habituelle, idiopathique, qui ouvre la porte à toutes les prédispositions morbides, les purgatifs salins sont d'un emploi habituel, parce qu'ils sont plus fidèles comme action que ne le sont les laxatifs, et parce qu'ils n'irritent pas, à la façon des drastiques, les voies digestives, rendues susceptibles par la rétention fécale prolongée. Mais le rôle des cathartiques est surtout d'établir une révulsion sur l'intestin au profit d'un autre organe. C'est ainsi que, dans la tendance aux hyperhémies et dans la pléthore abdominale principalement, ils nous révèlent, à chaque instant, leur puissance d'activité. Dans l'anémie, où la crase sanguine est défectueuse et le sérum fréquemment en excès (hypoglobulie), un cathartique salin, plusieurs fois répété, est un puissant adjuvant de la médication reconstituante. Dans les congestions chroniques du poumon, l'œdème pulmonaire, l'éréthisme cardiaque, les stases sanguines viscérales, les épanchements pleuraux, cardiaques ou péritonéaux, l'hypertrophie du cœur liée à la croissance, les purgations salines possèdent une action curative de révulsion et de dérivation inestimable, dont nul ne peut méconnaître la valeur.

Dans les maladies du tube digestif, le catarrhe pharyngo-œsophagien, l'état saburral et nauséeux, le pyrosis, la pituite, la gastrite catarrhale et la gastro-entérite, les vers intestinaux, les dysentéries aiguës ou anciennes, rien ne vaut le purgatif salin. Voyez comme il arrête merveilleusement le flux catarrhal de la diarrhée glaireuse. Dans les affections hépatiques, il résout l'ictère et la congestion du foie, prévient les coliques hépatiques, facilite la circulation-porte, dégorge les hémorrhoïdes et la phlébectasie, en agissant sur cet état particulier de l'organisme, que les Allemands appellent la *dyscrasie veineuse*, et nous la diathèse hémorrhoïdaire ou variqueuse.

Dans la médecine des femmes (où la lutte contre la constipation joue un si grand rôle), si nous voulons diminuer les fluxions viscérales causées par la névrose hystérique; guérir les métrites congestives ou phlegmoneuses; améliorer les tumeurs ovariques; dégager le système veineux du bassin et les engorgements des ligaments larges; faire cesser les troubles menstruels et la stérilité par inertie utérine; combattre l'aménorrhée et la dysménorrhée; assurer une grossesse sans accidents, etc., etc., — à quel agent de l'arsenal thérapeutique recourons-nous le plus ordinairement? A la purgation saline. C'est elle qui remédiera aussi, le plus sûrement, aux périlleux phénomènes de la ménopause; c'est elle qui fera le mieux « passer le lait » des nourrices, et évitera à la femme les métropathies et les mammites, par une dérivation douce et salutaire des fonctions physiologiques soudainement supprimées.

La pléthore sanguine, l'obésité et la stéatose viscérale, les manifestations uriques, chez les sujets sanguins prédisposés aux congestions et aux ruptures vasculaires, sont, au plus haut point, justiciables des purgatifs salins. Ce sont eux qui modifieront le mieux l'hématose et la calorification, oxyderont le pannicule adipeux, et lutteront contre ce prodigieux ennemi, que M. Peter nomme *état congestif*, en plaçant l'organisme en état de réagir contre l'influence morbide. La dérivation et la révulsion dominent toute la pathologie. Une bouteille d'Hunyadi-János évacuera, plus sûrement qu'une ponction, un épanchement hydropique; préviendra, avant que ne puisse agir le sulfate de quinine, un accès de fièvre intermittente, en désobstruant tout d'un coup la rate engorgée. Dans l'hypochondrie, le delirium tremens, certaines affections mentales à type congestif, ainsi que dans toutes les

maladies chroniques du cerveau où domine la pléthore encéphalique, nulle révulsion n'est plus puissante et plus active que celle qui s'opère, sous cette influence, par l'intestin.

Voyez aussi les maladies uro-génitales, néphrites congestives, engorgements prostatiques, pertes séminales, blennorrhées persistantes, etc., que ferions-nous contre elles si nous n'avions les purgatifs salins, provocateurs des réactions curatives sur des organes torpides? Non seulement ils sont désobstruants de la coprostase et résolutifs des engorgements viscéraux, mésentériques, hépato-spléniques; ils agissent à distance contre les manifestations diathésiques en apparence les moins justiciables de cette médication. Dans les dermatoses, par exemple, observons que les formes eczémateuses humides sont singulièrement abrégées dans leur durée, par ce pouvoir décongestif qui écarte les rechutes et facilite la réparation des déchets épidermiques. C'est ainsi qu'ils agissent aussi, les purgatifs salins, dans les ophthalmies et les otites, et dans les manifestations graves et larvées de la scrofule et de la syphilis où ils prêtent aux spécifiques une aide puissante, indispensable même, si nous en croyons l'adage hippocratique, indiquant la nécessité absolue d'éliminer les produits viciés avant de remonter l'organisme : « *Corpora impura plus nutrias, plus lædas.* » Si, d'autre part, nous nous souvenons qu'Orfila prescrivait, dans l'empoisonnement saturnin, les sulfates de soude et de magnésie, dans le but de former des précipités minéraux salins insolubles, nous comprendrons parfaitement pourquoi, par exemple, l'administration d'un verre d'Hunyadi-János, pendant le cours du traitement spécifique, favorisera la tolérance organique de l'iode et du mercure.

Deux fois nous avons prononcé le nom d'une eau purgative naturelle, bien connue et jouissant (on peut le dire sans crainte) d'une vogue universelle. Cette vogue est-elle bien méritée? Oui, sans aucun doute. Il n'y a aucune analogie possible, en matière de thérapeutique, avec les sels chimiques et cette solution saline, pour ainsi dire vivante, qui a, comme le dit si bien Gubler, « acquis dans la terre un véritable dynamisme, qui l'a animée depuis les profondeurs ignées de son origine ». Hunyadi-János est un médicament complexe, résultant de combinaisons moléculaires intimes, dont l'ensemble échappe en partie à nos moyens actuels de contrôle, l'analyse des eaux minérales n'en montrant le plus souvent que le cadavre, ainsi que l'a fort bien dit l'illustre Chaptal.

L'expérience clinique est seule juge en cette question. Eh bien! cette expérience nous démontre que l'on ne saurait, sans dangers d'irritations digestives et de débilitation organique, recourir longtemps aux purgatifs salins. Au contraire, Hunyadi-János ne présente aucun de ces périls. Son action n'est pas perturbatrice; elle est harmonieuse pour notre économie. Chose précieuse pour une médication à aussi longue portée que l'est la médication purgative, la célèbre source hongroise s'applique à ces états incertains de nos organes, qui n'est plus la santé et qui n'est pas encore la maladie. En tant que médecine naturelle, Hunyadi-János correspond donc merveilleusement aux *desiderata* de notre époque : en modifiant puissamment le milieu intérieur, cette eau minérale forme, pour ainsi dire, la pierre angulaire de la thérapeutique des états morbides constitutionnels. Éliminatrice des virus et des éléments nosohémiques, elle augmente la vitalité des tissus et concourt, par suite, à la prophylaxie si délicate des diathèses. Nous espérons le démontrer dans une étude ultérieure.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 mars 1888. — Présidence de M. Hérard.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Un rapport sur l'endémo-épidémie de fièvres intermittentes en 1887, par M. le docteur Bertherand (d'Alger);

2° Un rapport sur les vaccinations et revaccinations pratiquées en 1887, par M. le docteur de Welling (de Rouen);

3° Une note de M. le docteur Ferrand (de Mer), constatant que le cancer de l'estomac existe à l'état endémique dans les communes de Lestiou, Avaray et Courbouzon.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

M. Luys. Il y a dans le rapport de M. Dujardin-Beaumetz, lu à la dernière séance, une omission que je serais bien aise de voir réparer : il s'agit de l'action du tube vide sur les hypnotisés.

Lorsque la Commission s'est réunie, elle avait la suspicion qu'un tube de verre vide pouvait produire aussi des convulsions, mais j'avais déjà signalé ce fait qu'elle n'a fait que vérifier; j'avais aussi écrit que c'était à l'action de la lumière qu'étaient dues ces manifestations, les sujets étant très sensibles aux agents extérieurs : lumière, électricité, magnétisme, etc.

Le tube de verre agit comme corps brillant, réfléchissant et réfractant la lumière, et il devient ainsi un foyer d'irradiations lumineuses pour la peau du sujet. De là des réactions, de là des convulsions locales et généralisées qui se révèlent à la suite.

Pour démontrer ce fait, j'ai donné à la Commission une démonstration péremptoire de ce que j'avance, en présentant au sujet en expérience un tube de verre noirci. Le tube, demeuré en place pendant deux minutes, n'a donné lieu à aucune réaction.

LECTURES

Arthrectomie. — M. J. Bœckel a pratiqué 12 fois l'arthrectomie, 6 fois l'arthrectomie simple, 6 fois l'ostéo-arthrectomie. Ces cas concernent cinq adultes et sept enfants. Il se sont tous terminés par la guérison. Deux de ses opérés sont morts, il est vrai, de tuberculose, quelque temps après leur opération. Tous les autres jouissent actuellement d'une bonne santé.

Comme résultat immédiat, il y a eu trois guérisons rapides; chez les autres malades, il y a eu une suppuration abondante.

En ce qui concerne l'établissement de l'ankylose, dans un seul cas elle a été définitive après trois mois; dans cinq autres, il a fallu de quinze mois à deux ans.

En outre, dans nombre de cas, il est survenu chez les enfants des difformités consécutives (valgus, flexion angulaire, etc.).

L'arthrectomie présente donc un certain nombre d'inconvénients qui seraient à négliger s'il était démontré qu'après l'arthrectomie le raccourcissement est moindre; malheureusement, il n'en est rien.

Pour toutes ces raisons, M. Bœckel conclut à la supériorité de la résection chez les enfants.

Quant aux adultes, il croit que l'arthrectomie, qui exige, il est vrai, un temps beaucoup plus long, est, chez eux, moins grave que la résection.

De l'antipyrine dans les accouchements. — M. Queirel (de Marseille). L'antipyrine, à la dose de 25 centigrammes en injection sous-cutanée, peut être employée à toutes les époques de la parturition. Si une première injection ne suffit pas, on peut en donner une seconde deux heures après. En général, l'action du médicament se fait sentir vingt à vingt-cinq minutes après son administration.

Il n'y a pas d'influence fâcheuse sur la marche du travail, ni sur la délivrance, qui a toujours été normale. C'est surtout à la période de dilatation que cet agent est précieux. Les femmes sentent très peu les douleurs et les contractions continuent, jusqu'à complète dilatation, avec une régularité satisfaisante.

Sur les vingt cas où M. Queirel a eu recours à cette méthode, quinze fois elle a été suivie des résultats annoncés plus haut.

Érysipèle et fièvre puerpérale. — M. Doyen (de Reims) lit un travail sur les rapports qui unissent l'érysipèle et la fièvre puerpérale.

Par la comparaison des faits cliniques et des expériences d'inoculation, l'auteur démontre que :

1° Le streptococcus puerpéral, qui est le microbe caractéris-

tique de cette affection, donne presque toujours au lapin l'érysipèle et un petit abcès; à la femme, parfois des érysipèles, des phlegmons ou la pleurésie purulente;

2° Le streptococcus de l'érysipèle donne presque toujours l'érysipèle au lapin et parfois aussi des phlegmons ou la péritonite chez l'homme;

3° Le streptococcus du pus donne parfois l'érysipèle au lapin.

Ces trois streptococci, identiques par les cultures, semblent donc un seul et même être dont les manifestations peuvent varier.

Luxation pathologique en avant du nerf cubital droit. — M. A. PONCET (de Lyon). Sur un enfant de quinze ans, qui, à l'âge de dix ans, fit une chute de cheval et tomba sur le coude droit, M. Poncet a constaté, avec une déformation du coude, la présence du nerf cubital que l'on déplaçait sous le doigt et alors que l'enfant accusait la sensation caractéristique. Le 16 février dernier, il pratiqua directement sur le nerf, déplacé au niveau de l'articulation, une incision de 5 centimètres. Ce nerf reconnu, il se porta vers l'épididyme où il constata son absence. Ayant incisé les tissus fibro-périostique et rétro-épitrochléen, il détacha du squelette, sur une longueur de 3 à 4 millimètres, chaque lèvre de l'incision profonde, creusant ainsi une gouttière ostéo-fibreuse pour recevoir le nerf déplacé.

Le cubital fut alors ramené derrière l'épitrochlée et maintenu en place, au fond de la gouttière, par trois points de suture au catgut, et il réunit au-dessus du nerf les lèvres de la plaie fibro-périostique.

Le nerf ne se déplace plus, quels que soient les mouvements du membre supérieur droit.

Prophylaxie publique de la syphilis. — M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL donne lecture d'une lettre adressée à M. le président de l'Académie par M. le maire de Bourges, qui informe la Compagnie d'un arrêté pris par lui, à la date du 29 octobre dernier, ayant pour but de soumettre à l'autorité judiciaire, avant toute inscription, les filles soupçonnées de se livrer à la prostitution. Il a reçu son application immédiate, et déjà, le juge de paix, sur la réquisition du commissaire central, a prononcé des condamnations à la suite desquelles plusieurs inscriptions ont eu lieu.

M. LABORDE, tout en reconnaissant la nécessité d'une réglementation plus exacte de la prostitution, estime que l'Académie est sortie de sa compétence en réclamant que la fille soit déférée devant tel ou tel tribunal. Il désire que l'Académie ne s'adresse aux pouvoirs publics qu'au nom de l'hygiène, qu'il ne soit question ni de délit ni de droit commun dans ses conclusions, et que ces dernières soient rédigées dans des termes assez généraux pour éviter toute ingérence dans le côté juridique du débat. Il propose en conséquence la rédaction que voici :

« En raison de la solidarité qui existe nécessairement entre la réglementation administrative de la prostitution et l'application des mesures d'ordre hygiénique, soit préventives soit curatives des maladies syphilitiques, l'Académie pense qu'il y a lieu d'instituer, pour une solution aussi complète et appropriée que possible de cette grave question d'hygiène sociale, une Commission mixte réunissant la double compétence administrative et médicale. »

M. BROUARDEL. Pour réglementer la prostitution et arrêter l'extension de la syphilis dans sa source principale, nous nous trouvons en présence de trois solutions : 1° tout laisser à la police; 2° confier la répression aux tribunaux; 3° enfin réclamer une loi de police sanitaire. Après avoir insisté itérativement sur les inconvénients et les empêchements inhérents aux deux premiers systèmes, M. Brouardel réclame la création d'une loi de police sanitaire. Il propose donc les modifications suivantes aux conclusions du rapport de la Commission.

ART. IV. — Une loi de police sanitaire au lieu de : « Un ensemble de mesures. »

ART. VI. — Si l'inscription n'est pas consentie par la fille à qui l'administration l'impose, cette fille pourra appeler de cette mesure devant l'autorité judiciaire.

M. ROUSSEL. La question qui vient d'être soulevée, de savoir si les juges peuvent mettre une mineure en correction, m'amène à cette tribune. Jusqu'ici le Code pénal ne parle pas de cette question, mais le résultat peut être atteint par une loi qui est actuellement sur les bureaux du Sénat, et qui attend le vote de la Chambre.

J'ai suivi avec une grande attention la discussion sur la prophylaxie de la syphilis; j'ai demandé la parole à propos de l'article 4. En présence de la modification apportée par la Commission à la rédaction de cet article, mes critiques n'ont plus de raison d'être.

Je tiens cependant à protester contre cette assertion, que l'Académie sort de ses attributions et que la question n'est pas de sa compétence. Actuellement la nécessité des sciences médicales dans la confection des lois s'impose : le législateur ne peut résoudre un grand nombre de questions, sans l'appui et l'autorité qu'elle trouve dans cette enceinte, ainsi pour la loi sur l'alcoolisme, sur la protection de l'enfance.

En 1880 je fus chargé de rendre compte de la situation des mineures livrées au vagabondage et à l'abandon. Convaincu que les mineures fournissent un contingent notable à la prostitution, j'en fis part à la commission sénatoriale et proposai d'indiquer, à côté du mot vagabondage, abandon et mendicité, le mot de prostitution.

La Commission ne fut d'abord pas de mon avis, mais quand la question dut être reprise, la commission plus éclairée fit droit à ma requête et déclara que toute mineure de moins de seize ans, et s'adonnant à la prostitution, serait conduite chez le juge de paix qui déciderait de son sort, la confierait par exemple à l'assistance publique, aux soins d'une personne recommandable, etc.

Ces considérations introduites dans la loi sont, je le sais, insuffisantes au point de vue médical. Car ce sont surtout des mineures de plus de seize ans qui exercent la prostitution. C'est guidé par le respect de la liberté individuelle, que le Sénat avait fixé à seize ans la minorité civile. Je crois que ce respect ne doit pas être poussé trop loin, et qu'il y aurait lieu d'ajouter à la loi un nouveau paragraphe. Dans ce paragraphe on déclarerait que toute mineure de plus de seize ans sera conduite devant un juge de paix, qui dira si elle doit être confiée à l'assistance publique, rendue à sa famille, etc.

Je demande le renvoi de ce paragraphe additionnel à la Commission, estimant qu'il est du devoir de l'Académie d'en finir au plus tôt avec la prophylaxie de la syphilis.

Le paragraphe est renvoyé à la Commission.

La séance est levée.

Séance du 20 mars 1888. — Présidence de M. HÉRARD.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Quesneville, qui se porte candidat dans la section de pharmacie;

2° Une lettre de M. Vigier, candidat pour la même section;

3° La relation d'une épidémie de dysentérie qui a régné à Toulon, du mois de mai au mois de novembre 1887, par M. le docteur Bertrand, médecin principal de la marine.

PRÉSENTATIONS

M. DUJARDIN-BEAUMETZ présente deux instruments nouveaux : l'un est une modification du siphon à chlorure de méthyle, l'autre un appareil pour les inhalations d'acide fluorhydrique.

M. PERRIN dépose sur le bureau deux mémoires manuscrits de M. Hocquard, médecin-major, l'un ayant trait aux vaccinations pratiquées au 4e régiment d'infanterie, l'autre sur l'état des vaccinations au Tonkin pendant l'année 1885.

M. DUPLAY présente, au nom du docteur Reynal O'Connor, une nouvelle étuve portative pour la désinfection des instruments de chirurgie, dont nous donnerons dans un prochain numéro le dessin et la description.

LECTURES

Pathogénie du délire iodoformique. — **M. JEANNEL** (de Toulouse) lit une étude sur la pathogénie du délire dit iodoformique. Il formule, par l'équation suivante, les résultats de ses observations sur ce sujet :

1° Traumatisme, pas de tare constitutionnelle, pansement à l'iodoforme = pas de délire;

2° Traumatisme, tare constitutionnelle non cérébrale, pansement à l'iodoforme = pas de délire;

3° Traumatisme, tare cérébrale, pansement non à l'iodoforme = délire chez les malades (méningites, alcoolisme), pas de délire chez les aliénés;

4° Traumatisme, tare cérébrale, pansement à l'iodoforme = délire d'intensité variable.

Origine et destinée des mots du vocabulaire médical. — **M. LEREBOULLET**, candidat pour la classe des académiciens libres, lit un travail ayant pour titre : *Réflexions sur l'origine et la destinée d s mots du vocabulaire médical.*

En écrivant, il y a plusieurs années, un article sur la formation étymologique des néologismes médicaux, M. Lereboullet ne s'était préoccupé que du côté purement grammatical de cette étude. Il lui a paru nécessaire de compléter ces premières études en recherchant comment naissent et en montrant ce que deviennent le plus souvent les néologismes médicaux. Il a saisi cette occasion de préciser les analogies et les différences qui paraissent exister entre le langage populaire et la langue scientifique, etc. Tel est l'objet de ce travail, qui est renvoyé à la Commission d'élection.

Kératocone. — **M. PANAS** fait une communication sur le traitement optique et curatif du kératocone.

M. LE PRÉSIDENT fait part à l'Académie de la perte douloureuse qu'elle vient de faire dans la personne de M. Blot, et il fait, en quelques mots, un éloge du savant, de l'académicien plein de zèle et de l'homme privé, qui provoque les applaudissements de l'assemblée.

M. le Président fait connaître ensuite la composition de la Commission d'élection, pour la vacance dans la classe des Académiciens libres. Elle se compose de MM. Milne-Edwards, Siredey, Léon Labbé, Guéniot, Planchon, Jules Lefort, Blanche et Marjolin.

ÉLECTIONS

L'Académie procède à l'élection de deux correspondants nationaux.

La liste présentée par la Commission porte : en première ligne, M. Leloir (de Lille); en deuxième ligne, M. Lépine (de Lyon); en troisième ligne *ex æquo*, MM. Chedevergne (de Poitiers) et Mordret (du Mans); en quatrième ligne *ex æquo*, MM. Paul Fabre (de Commentry) et Morache (de Bordeaux).

Au premier scrutin, le nombre des votants étant de 70, majorité 36, M. Leloir obtient 54 suffrages, et est proclamé élu.

Au deuxième scrutin, sur 66 votants, majorité 34, M. Lépine est élu par 43 suffrages.

LECTURE

Rage. — **M. DUJARDIN-BEAUMETZ** lit une note intitulée : *Des résultats obtenus par la pratique des inoculations antirabiques chez les personnes mordues par des animaux enragés dans le département de la Seine, pendant l'année 1887.*

Voici les chiffres cités dans ce travail, extrait du rapport annuel fait au préfet de police, au nom du conseil d'hygiène et de salubrité. Sur 306 personnes traitées en 1887 à l'institut Pasteur, il y a eu 2 décès, soit une mortalité de 0,65 p. 100, tandis que sur 44 personnes non traitées à l'institut, il y a eu 7 décès (15,90 p. 100). Ces chiffres montrent tous les bienfaits de la pratique des inoculations antirabiques qui a fait baisser la mortalité p. 100 de 15,90 à 0,65.

M. FÉRÉOL, devant le nombre toujours croissant des cas de rage canine, insiste pour que l'Académie use de toute son autorité pour faire exécuter les mesures de police propres à diminuer le nombre des chiens enragés.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ appuie la proposition de M. Féréol; en effet, tandis qu'en 1883, il y a eu 182 cas de rage, en 1884, il y en a eu 301; en 1885, 560; en 1886, 607, et en 1887, 644.

M. FÉRÉOL demande que l'Académie vote une proposition dans le sens qu'il indique.

M. LEBLANC dit qu'il y a urgence à ce que l'Académie vote cette proposition, déjà faite par le conseil d'hygiène, et qui va être présentée de nouveau par M. Chauveau au comité des épizooties.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ, après s'être entendu avec MM. Leblanc et Féréol, formule ainsi la proposition demandée :

« L'Académie, considérant que le nombre de cas de rage canine ne cesse d'augmenter dans le département de la Seine et dans la France entière, que par suite le nombre des personnes mordues suit une progression croissante;

Est d'avis qu'il y a lieu de rappeler aux pouvoirs compétents les conclusions adoptées en 1885 par l'Académie sur cette question,

Et, en conséquence, réclame l'adoption d'urgence des mesures suivantes déjà adoptées par le conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine :

A. Utilisation du personnel des gardiens de la paix, ou, à son défaut, création d'un personnel spécial;

B. Obligation de faire porter aux chiens une médaille constatant le paiement de la taxe;

C. Application rigoureuse des articles 53 et 54 du décret du 22 juin 1882 ainsi conçu :

ART. 53. — L'autorité administrative pourra, lorsqu'elle croira cette mesure utile, particulièrement dans les villes, ordonner que tous les chiens, circulant sur la voie publique, soient muselés ou tenus en laisse.

ART. 54. — Lorsqu'un cas de rage a été constaté dans une commune, le maire prend un arrêté pour interdire, pendant six semaines au moins, la circulation des chiens, à moins qu'ils ne soient tenus en laisse.

La même mesure est prise pour les communes qui ont été parcourues par un chien enragé. »

SUITE ET FIN DE LA DISCUSSION SUR LA PROPHYLAXIE PUBLIQUE DE LA SYPHILIS

M. TRÉLAT ne vient pas faire un nouveau discours, il désire seulement présenter quelques courtes observations, relativement à un point qui, selon lui, est d'une extrême importance; il veut parler des filles mineures se livrant à la prostitution; s'appuyant sur la brochure de M. Commenge et les renseignements qu'il a puisés auprès de lui, M. Trélat fait ressortir l'énorme proportion des filles mineures qui contribuent à propager la syphilis. En effet, ces filles se livrant, pendant plusieurs mois, à la prostitution clandestine, transmettent la syphilis à des centaines d'hommes. Or, sur 106 femmes reçues pendant une année à Saint-Lazare, on en compte 76, c'est-à-dire les deux tiers, âgées de moins de vingt et un ans. M. Trélat rappelle avec quelle chaleur de cœur M. Roussel a traité cette question des filles mineures prostituées; il rappelle l'histoire lamentable et instructive de cette fille de quinze ans qui vient trouver le maire de Boulogne pour lui demander une carte de prostituée, les scrupules bien légitimes de ce maire en référant à l'autorité préfectorale, à l'Assistance publique, à la justice, et partout trouvant la même réponse : Nous n'y pouvons rien; et se trouvant enfin obligé de donner une carte à cette fille, car c'était le seul moyen qui lui restait de l'empêcher d'être dangereuse. Il résulte de ces faits que la fille mineure présente ces deux caractères particuliers : d'abord, elle est plus spé-

cialement exposée à contracter la syphilis, par cela même qu'elle est jeune, sans expérience, sans habileté, sans habitude; en second lieu, parce qu'elle est très fréquemment atteinte et contracte très facilement la syphilis. En présence de ce fait redoutable, nous ne trouvons, ainsi que l'a fait observer M. Le Fort, qu'une loi qui ne permet pas d'atteindre la fille mineure et des scrupules de la part de l'Administration, nous nous heurtons contre un mur épais, infranchissable, l'autorité paternelle; donc, d'un côté la fille mineure dans la prostitution clandestine, de l'autre, l'impuissance. M. Trélat se joint donc à MM. Le Fort et Roussel, pour réclamer l'intervention de l'Académie, afin d'obtenir une loi; mais cette loi est encore en pure espérance, en pure préparation; il a pensé à un moyen plus simple d'atteindre le but; il est indispensable que la loi tienne compte de cette individualité non protégée par l'autorité paternelle et dangereuse pour la masse sociale. En conséquence, M. Trélat propose de modifier ainsi l'article 4 de la Commission: A ces divers ordres de provocation, ayant pour conséquence la dissémination de maladies syphilitiques, l'Académie réclame des pouvoirs publics, *particulièrement à l'égard des filles mineures*, un ensemble de mesures réglant et fortifiant l'intervention administrative, et permettant d'atteindre la provocation, partout où elle se produit.

Cet article ainsi modifié est mis aux voix et adopté.

M. HARDY fait observer qu'en attendant que cette loi soit instituée et mise à exécution, ce qui peut être long, étant donnée la façon dont procèdent habituellement nos législateurs, il ne faudrait pas que l'administration de la police se considérât comme tout à fait désarmée. Il demande donc une addition à cet article spécifiant très nettement qu'en attendant cette loi, l'administration prenne des mesures plus sévères et plus efficaces à l'égard de la prostitution.

Après un échange d'explications entre MM. Trélat, Le Fort, Féréol et Fournier, il est décidé que cette addition proposée par M. Hardy sera spécifiée par la lettre d'envoi au ministre.

Les articles 5, 6, 7 et 8 sont votés à l'unanimité. L'article 9 est supprimé.

A quatre heures trois quarts l'Académie se forme en comité secret.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

(TROISIÈME SESSION)

Séance du 17 mars 1888 (soir). — Présidence de M. VERNEUIL.

COMMUNICATIONS

Pathogénie de l'ongle incarné. — M. PONCET (de Lyon) rappelle l'opinion de Gosselin relativement à la pathogénie de l'ongle incarné. Ayant remarqué que l'onyxis latéral se rencontre surtout sur les sujets de quinze à vingt-cinq ans, Gosselin avait pensé à une relation de cause à effet, entre l'onyxis et le jeune âge des sujets, et il en avait conclu que c'était là une maladie de croissance. M. Poncet, en acceptant cette opinion, a recherché quel pouvait être le mode de formation de l'ongle incarné. Il a fait des mensurations et il est arrivé à cette conclusion, qu'il existe un défaut d'harmonie entre le développement des parties molles et celui de l'ongle chez les jeunes sujets, le gros orteil étant chez eux relativement plus volumineux, et l'ongle relativement plus mince et plus petit. C'est donc à ce défaut d'harmonie entre le développement du gros orteil et celui de l'ongle, que M. Poncet attribue la formation, si fréquente à cet âge, de l'ongle incarné.

Traitement des pseudarthroses par l'électrolyse. — M. LE FORT, lorsque l'attention a été appelée sur l'électrolyse, a eu l'idée de l'appliquer au traitement des pseudarthroses. Il cite quatre observations personnelles: dans le premier cas il s'agit d'une fracture du cubitus, s'étant terminée par une pseudarthrose; en deux séances d'électrolyse, M. Le Fort a pu déterminer une irritation suffisante pour amener la consolidation. Dans le second cas, il s'agissait d'une pseudarthrose de l'humérus; M. Le Fort fit quatre séances d'électrolyse; il eut un insuccès et fut obligé de recourir à la résection. Le troisième fait a trait à une fracture du fémur, datant de dix-huit mois; il y eut deux séances à la suite desquelles la consolidation commençait à se faire quand le malade, lassé de dix-huit mois de repos à l'hôpital, partit sans qu'on pût le retrouver. Enfin, dans la dernière observation, il s'agit d'une pseudarthrose de l'humérus. Ici l'excitation déterminée par l'électrolyse dépassa les limites qu'on voulait atteindre; il y eut un abcès, puis la consolidation finit par se faire, mais sur 4 cas, M. Le Fort compte 2 succès par cette méthode. Il fait observer que l'action de l'électricité s'ajoute ici à celle de l'acupuncture. Il ne faut pas faire les séances trop nombreuses, ni trop longues, si l'on veut éviter la suppuration ou la formation d'eschares.

M. LABBÉ dit avoir également obtenu un succès complet par l'emploi de l'électrolyse dans le traitement d'une pseudarthrose.

Tumeurs gazeuses du cou. — M. PETIT a pu réunir vingt-cinq observations de tumeurs gazeuses du cou. Ces kystes gazeux du cou sont décrits par les auteurs sous des dénominations différentes. M. Petit en distingue 4 formes bien distinctes: 1° sous l'influence d'un effort violent apparaît subitement un gonflement considérable au cou, un véritable emphysème, puis le tout disparaît après quelques jours; 2° après un violent effort apparaît au cou une tumeur dure, sans crépitation, augmentant un peu de volume, puis disparaissant sous l'influence d'une compression modérée; 3° le même gonflement reparaît chaque fois que se produit le même effort; 4° enfin sous l'influence de causes diverses, dans le cours d'une affection chronique des voies respiratoires, apparaît un de ces kystes, s'accroissant progressivement, se gonflant sous l'influence des efforts d'expiration, pouvant atteindre le volume d'un œuf de pigeon à celui du poing. M. Petit étudie le mode de formation de ces diverses variétés de kystes gazeux du cou.

Ostéotomie longitudinale. — M. JEANNEL (de Toulouse) a pratiqué cette opération sur plusieurs enfants et a obtenu de très bons résultats. Il est parvenu à corriger complètement des incurvations très marquées et a obtenu des allongements de plus de 1 centimètre. Ces résultats encourageants le portent à recommander cette opération sur laquelle M. Ollier a plus particulièrement appelé l'attention.

M. OLLIER appuie les conclusions de M. Jeannel et il fait observer qu'on a beaucoup de peine à obtenir l'allongement des os. L'ostéotomie longitudinale est le seul moyen d'obtenir cet allongement.

Traitement des tumeurs érectiles par l'électrolyse. — M. BORIES (de Montauban), ayant à traiter un homme d'une volumineuse tumeur érectile de la lèvre inférieure, ayant envahi la joue gauche, le rebord gingival inférieur, la région massétérine, etc., tumeur qui constituait une difformité hideuse et mettait les jours du malade en danger par le fait des hémorrhagies, l'attaqua par l'électrolyse. Il introduisait deux aiguilles à 3 millimètres l'une de l'autre; chaque séance durait huit à dix minutes. Après deux mois de traitement, la tumeur avait disparu. M. Bories corrigea ensuite la difformité qui restait par les applications de flèches caustiques et une opération complémentaire au bistouri. Le résultat définif est des plus satisfaisants, ainsi qu'on en peut juger sur les photographies du malade avant et après l'opération.

Abcès tuberculeux de la région cervicale profonde. — M. DUPLOUY (de Rochefort) communique l'observation d'une jeune femme atteinte d'un mal sous-occipital; elle avait des douleurs très vives; on sentait un empâtement dans la région cervicale profonde; elle avait de la raideur de la tête et du torticolis. Il se forma un abcès qui laissa une fistule; au fond du trajet on sentait un tubercule osseux, dénudé. Il était difficile de déter-

miner la vertèbre qui était le point de départ de l'affection. M. Duplouy fit une incision de 6 centimètres, allant de la fistule au bord du sterno-cléido-mastoïdien; il arriva sur le squelette osseux de la bouche, vit que le point de départ osseux était l'apophyse transverse de l'axis, la réséqua et gratta la branche montante du maxillaire inférieur. Cette malade eut une survie d'un an. M. Duplouy insiste sur ce fait, qu'on peut facilement se frayer une route vers ce triangle profond où, dans ce cas, il a dû aller chercher le point de départ de l'affection.

Un nouvel ophthalmomètre. — M. JAVAL fait observer que c'est par millions qu'il faut compter les gens dont l'astigmatisme devrait être corrigé. Or, on sait les difficultés qu'on éprouvait autrefois à mesurer l'astigmatisme causé, comme on sait, par une irrégularité de la cornée. Helmoltz, en imaginant son ophthalmomètre, a rendu son nom impérissable. Mais avec cet instrument la mesure de l'astigmatisme exige encore un temps très long. M. Javal rappelle avoir fait construire un ophthalmomètre qui permet de faire cette mesure en une minute. Mais le maniement de cet instrument est assez difficile, c'est pourquoi il vient de la modifier de telle façon que la mesure de l'astigmatisme peut se faire aujourd'hui avec une entière facilité et une grande rapidité.

Moyens de prévenir et de combattre les accidents de suppuration consécutifs aux traumatismes de l'œil. — M. ABADIE fait une communication sur ce sujet.

Les traumatismes de l'œil peuvent résulter soit de blessures accidentelles, soit de manœuvres chirurgicales.

Dans l'un et l'autre cas ils peuvent s'accompagner de suppuration dont on comprend aisément la gravité extrême.

La surface conjonctivale avec ses replis profonds sous-palpébraux est un réceptacle pour les microbes.

Les travaux du professeur Gayet et de Fick ne laissent aucun doute à cet égard. Sur 178 ensemencements pratiqués avec un peu de mucus du cul-de-sac conjonctival supérieur, 139 furent fertiles et 39 stériles.

La conséquence de ces recherches s'impose. A la suite de n'importe quel traumatisme et avant de procéder à une opération quelconque, on devra faire une irrigation sous-palpébrale assez puissante pour enlever *mécaniquement* les microbes qui pourraient y séjourner. Le liquide employé ne doit pas être irritant, il suffit qu'il soit aseptique.

Si, malgré les précautions prises, il y a inoculation et suppuration en un point, que faire? On ne peut compter sur l'emploi des solutions antiseptiques puissantes, sublimé, acide phénique, etc., en raison de l'intolérance de l'œil à leur égard.

Voici alors comment je procède : je touche légèrement le centre du foyer purulent avec la pointe effilée rougie à blanc du galvanocautère et je répète ces cautérisations légères *toutes les douze heures*.

Si la suppuration se déclare après une opération de cataracte, les petites pointes de feu doivent être appliquées le long de la plaie sans empiéter sur les parties voisines. Répétées systématiquement *toutes les douze heures* elles arrêtent complètement le processus morbide et sauvent la cornée d'un désastre certain.

Résection temporaire du maxillaire supérieur comme opération préliminaire pour l'ablation des polypes naso-pharyngiens. — M. FONTAN (de Toulon) a opéré, par ce procédé, un polype pesant plus de 100 grammes et entraînant des dangers de mort, autant par suffocation que par les fréquentes hémorrhagies dont il était le point de départ. Vingt jours après l'opération, ce malade mangeait des aliments solides, cinquante jours après il cassait des noisettes. M. Fontan résume ainsi son observation : polype énorme chez un garçon de quinze ans; pivotement du maxillaire supérieur en entier, et de l'os malaire, à l'aide des sections indiquées par J. Roux, et qui n'ont jamais été appliquées sur le vivant. Ablation facile du polype.

Résection du squelette pour remédier à des pertes de substances des parties molles. — M. KIRMISSON relate deux observations : dans la première, il a réséqué 3 centimètres du radius et du cubitus, pour obtenir le redressement de la main fixée dans une flexion vicieuse, par suite de brûlure. Ce malade jouit aujourd'hui de presque tous les mouvements de la main. Dans la seconde observation, brûlure ancienne et étendue, ulcération de la partie inférieure et externe de la jambe, pied en varus-équin; résection tibio-tarsienne, redressement du pied et cicatrisation de l'ulcère. M. Kirmisson rapproche de ces deux faits les huit observations analogues qu'il a pu recueillir dans la science.

Fracture ancienne, cal vicieux; résection. — M. REDARD communique l'observation d'une femme de soixante-quinze ans, ayant eu une fracture ancienne au tiers inférieur de la jambe gauche, avec un cal vicieux; elle avait des douleurs intolérables, une déformation considérable, le pied en équinisme, et demandait avec instance une amputation. M. Redard fit la résection du cal vicieux. Malgré son âge très avancé, malgré le mauvais état général dans lequel se trouvait cette malade, elle a très bien guéri; son pied est dans une bonne position. Elle a un raccourcissement de 3 centimètres, facile à corriger par une chaussure.

Déplacements de l'utérus. — M. DOLÉRIS fait une communication basée sur trente observations, d'où il résulte que les déplacements de l'utérus ont des causes multiples tenant au support pelvien, aux ligaments, au stroma utérin lui-même, d'où des indications multiples pour le traitement. Ce traitement est surtout basé sur la combinaison des opérations plastiques avec le raccourcissement des ligaments ronds.

Résections du coude. — M. DUZÉA (de Lyon) communique plusieurs observations de résection du coude dans des cas d'ankylose. Il en a obtenu de très bons résultats. Il insiste sur plusieurs points du procédé opératoire, qui est celui qu'a préconisé M. Ollier.

M. OLLIER fait observer que la résection osseuse, pour ankylose, est une question délicate, difficile. Il s'élève contre les résections parcimonieuses. Quand il y a fusion osseuse dans l'ankylose on n'obtiendra jamais de mouvements, à moins de réséquer 5 à 6 centimètres au moins. Il faut de très grandes excisions si l'on veut obtenir la mobilité.

Plaie de l'estomac. — M. REYNIER communique l'observation d'une jeune femme à laquelle son mari a tiré un coup de revolver; il y a eu plaie pénétrante de l'estomac; M. Reynier s'est abstenu de toute intervention, et cette malade a bien guéri. Toutefois il n'est pas partisan de l'abstention quand même. Il n'y a pas, selon lui, de règle absolue en chirurgie; c'est une question d'indications et de contre-indications. En face d'un traumatisme de l'abdomen, il faut se régler, pour la conduite à tenir, sur les phénomènes de réaction péritonéale ou d'hémorrhagie. Lorsqu'apparaît un de ces accidents, il faut opérer immédiatement. Il y a une distinction à faire pour les plaies de l'estomac, selon qu'il est à l'état de vacuité ou en travail de digestion.

Luxation ancienne de la rotule, opération nouvelle. — M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE a reçu, dans son service, un homme atteint d'une luxation ancienne de la rotule en dehors. Le 16 février dernier, il lui a ouvert largement l'articulation en dehors de la rotule, a creusé sur le condyle interne une gorge de poulie, y a fixé la rotule par quelques points de suture, a fermé la plaie, a placé un tube à la partie inférieure, a fait un lavage avec la solution phéniquée forte et appliqué un pansement antiseptique. Le tube était enlevé le quatrième jour. Le douzième jour, le malade commençait à faire quelques légers mouvements du genou. C'est là une opération nouvelle, simple, facile et nullement dangereuse et, dans le cas particulier, parfaitement efficace.

Opération de Letiévant et d'Estlander. — M. DURET (de Lille) a pratiqué cette opération sur un enfant de quatre ans, atteint de pleurésie purulente ancienne. Il a enlevé cinq côtes, dans une étendue de 12 à 14 centimètres. L'enfant fut très promp-

tement rétabli, M. Duret a obtenu une disparition complète de la cavité, le poumon s'est développé consécutivement; la déformation thoracique est maintenant corrigée. La guérison définitive de cet enfant date déjà de sept mois.

Opération de Rizzoli. — M. LEVRAT (de Lyon) a fait l'opération de Rizzoli ou d'Esmarck, sur un enfant de six ans et demi, atteint d'une ankylose totale de la mâchoire, ayant eu pour origine une ostéomyélite infectieuse. Il a pu obtenir le rétablissement des mouvements; il a fait la dénudation de l'os, il a enlevé un coin osseux sans ouvrir la cavité buccale, il a détruit le périoste au thermocautère; après huit jours l'enfant allait bien, et il peut aujourd'hui très bien mastiquer. A la suite de cette opération il a eu une scarlatine, scarlatine heureuse, en ce sens qu'elle s'est peut-être opposée à la restauration de l'os. M. Levrat insiste sur les avantages de cette opération extra-buccale qui permet l'antisepsie, contrairement aux opérations intra-buccales, et sur la nécessité de détruire le périoste sur tout le parcours de l'opération.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS ET D'APPAREILS

M. MOLLIÈRE (de Lyon) présente un appareil pour la réduction des luxations anciennes de l'épaule.

M. TACHARD (de Paris) présente un appareil de transport applicable dans les ambulances, dans les cas de fracture du membre inférieur.

M. SEVERANU (de Bucharest) présente une nouvelle sonde uréthro-vésicale.

M. DELORME (de Paris) présente un nouveau système pour la contention des fractures par armes de guerre.

M. A. REVERDIN (de Genève) présente des aiguilles et un couteau conducteur.

M. PAQUELIN (de Paris) présente un nouvel éolipyle, appareil à flamme pouvant servir en chirurgie vétérinaire.

Tenette lithoclaste spécialement destinée à la lithotritie chez la femme (1). — **M. HAMON DU FOUGERAY** (du Mans). La lithotritie, chez la femme, a été très négligée. Il en est résulté qu'aucun instrument spécial et construit sur des données anatomiques, n'a vu le jour jusqu'à présent. La tenette lithoclaste en question paraît devoir réparer cette omission. Le broiement se fait d'après le système du céphalotribe, comme dans la tenette de Nélaton. Mais ce qui constitue vraiment l'instrument, c'est la disposition des mors, qui passent fermés par un urèthre dilaté à 18 millimètres seulement. Il n'y a pas chances d'incontinence. Le broiement s'effectue facilement.

L'opération comprend quatre temps :

1° Dilatation de l'urèthre à 18 millimètres;

2° Introduction de l'instrument;

3° Recherche et prise du calcul;

4° Broiement et évacuation.

L'évacuation se fait avec l'instrument lui-même que l'on retire et réintroduit autant de fois qu'il est nécessaire. On peut y joindre avantageusement des irrigations boriquées.

D'après l'auteur, cet instrument est d'un maniement très facile, et, si la taille conservera toujours ses indications, il est bon cependant de ne tailler que lorsqu'il y a nécessité.

M. LAMBLIN (de Paris) présente une aiguille à suture automatique. (Sera publié.)

ÉLECTIONS

M. LARREY, vice-président, est nommé, par acclamation, président pour la quatrième session.

M. GUYON est nommé vice-président.

M. POZZI est maintenu, par acclamation, dans les fonctions de secrétaire général.

La quatrième session aura lieu le premier lundi d'octobre 1889.

M. LE PRÉSIDENT déclare close la troisième session du Congrès français de chirurgie.

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1885, p. 1083.

MINISTÈRE DE LA GUERRE

Résultat du concours ouvert, en 1887, pour les prix annuels de médecine et de chirurgie d'armée.

Le ministre de la guerre a décidé, à la date du 20 mars 1888, sur la proposition de la section technique du service de santé :

1° Que le prix annuel de médecine d'armée, institué par la décision ministérielle du 5 juin 1883, serait décerné, à la suite du concours de 1887, à M. Coustan, médecin-major de première classe au 122e régiment d'infanterie, pour son mémoire intitulé : « Étude statistique, étiologique, clinique des diverses formes de la tuberculose chez le soldat, » et portant pour épigraphe : « Nobis contagia præstant. » (Ce prix consiste en une médaille d'or de la valeur de 500 fr.)

2° Que les mémoires, présentés au concours de chirurgie d'armee, ne remplissant pas les conditions requises, le prix ne serait pas décerné en 1887.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 19 mars 1888, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin principal. — MM. les médecins de première classe Moursou et Barret.

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe Marestang, Mialaret, Henry, de Gouyon de Pontouraude, Garnier et Bouquet.

— Par décret, en date du 19 mars 1888, M. Hache, médecin de première classe de la marine, démissionnaire, a été nommé au grade de médecin de première classe, dans la réserve de l'armée de mer.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le registre des inscriptions du troisième trimestre de l'année scolaire 1887-1888 sera ouvert le mercredi 11 avril et clos le samedi 28 du même mois à trois heures.

Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à trois heures : 1° les inscriptions de première et de deuxième années de doctorat, et de première année d'officiat, les mercredi 11, jeudi 12, vendredi 13, samedi 14, mercredi 18 et jeudi 19 avril; 2° les inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat, et de deuxième, troisième et quatrième années d'officiat, les vendredi 20, samedi 21, mercredi 25, jeudi 26, vendredi 27 et samedi 28 avril.

MM. les étudiants de quatrième année, qui n'ont pas encore pris part aux travaux pratiques d'anatomie pathologique, doivent présenter leur carte d'admission à ces travaux, en prenant leur inscription trimestrielle. Même obligation est imposée aux étudiants de première année qui n'ont pas encore pris part aux travaux pratiques de physique.

MM. les étudiants doivent déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscription chez le concierge de la Faculté; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leur inscription trimestrielle.

Les étudiants, élèves internes et externes des hôpitaux, doivent joindre, à leur feuille d'inscription, un certificat de leur chef de service indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le deuxième trimestre de l'année scolaire 1887-1888. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché. Ces formalités sont de rigueur; les inscriptions seront refusées aux internes et aux externes qui négligeraient de les remplir.

— M. le professeur Bouchard commencera le cours de pathologie et thérapeutique générales, le jeudi 22 mars 1888, à cinq heures de l'après-midi, dans le petit amphithéâtre de la Faculté de médecine, et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

75

AVIS A MM. LES MÉDECINS

L'ELIXIR GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUE (*amers et ferments digestifs*) qui a donné de si remarquables résultats cliniques (expériences de MM. Archambault, Bouchut, Gubler, Frémy, Huchard, etc., etc.), constitue le traitement le plus rationnel et le plus efficace des *dyspepsies*, de l'*anorexie*, des *vomissements de la grossesse* et des *troubles gastro-intestinaux des enfants*. Cette préparation, dont le goût agréable facilite singulièrement l'emploi, contient 50 centigrammes de pepsine par cuillerée; les doses sont: pour les adultes, 1 verre à liqueur pour chaque repas, et pour les enfants, 1 à 2 cuillerées à dessert. — Envoi franco d'échantillons par colis postal.
Ph^ie GREZ, 34, rue La Bruyère, Paris, et ph^ies.

3

SIROP DE T. GRAS

au **phosphate** de chaux **gélatineux.**

Phthisie, Bronchites, Épuisement, Maladies des os. Une cuillerée à soupe contient 3 gr. de phosphate.
Puissant reconstituant adopté dans les hôpitaux spéciaux. — *Ph^ie, 9, r. Le Peletier, Paris.*

11

COMPAGNIE LIEBIG
CAPITAL : 12 MILLIONS VERSÉS
SEUL VÉRITABLE

EXTRAIT DE VIANDE LIEBIG

Bouillon concentré de viande de bœuf
SANS GRAISSE NI GÉLATINE
Les plus hautes distinctions aux grandes expositions internationales depuis 1867.
HORS CONCOURS DEPUIS 1885.

Précieux pour ménages, malades, usages nombreux pour potages et sauces.
Cet extrait ne se détériore jamais.
Exiger le *fac-simile* de la signature de l'inventeur Bon Liebig, en encre bleue sur l'étiquette.
Se vend chez les principaux épiciers et pharmaciens.

25

FARINE MALTÉE DEFRESNE

NUTRIMENT COMPLET
COMPARABLE AU LAIT MATERNEL DESSÉCHÉ

Farine maltée		**Lait maternel** DESSÉCHÉ	
Erythrodextrine	22 »	*Aliments protéiques*	12.70
Aliments protéiques	14.63	*Aliments gras*	29.50
Aliments gras	10.59	*Sucre-Lactose*	54.35
Sucre et Maltose	49 »	*Acide phosphoriq.*	0.88
Acide phosphoriq.	0.68		

Cette délicieuse farine, dont le gluten et l'amidon ont été rendus assimilables par la germination du blé, emprunte au jaune d'œuf ses matières grasses émulsionnées et son phosphate de chaux.
La **Farine maltée Defresne** supplée à l'insuffisance du lait maternel, elle prévient le danger que présente le brusque passage de l'élevage au sein à l'alimentation ordinaire. Avec la **Farine maltée**, il n'y a plus à redouter les **entérites** ni les **affections gastro-intestinales**, si meurtrières chez les nourrissons. — PRIX : **2** francs.
DEFRESNE, auteur de la *Pancréatine* et Ph^ies.

15

VIN DU DOCTEUR FORESTIER

(Quinquina, pyrophosphate de fer, écorces d'oranges amères et Malaga.)

Voir : *Traité de thérapeutique*. Trousseau e. Pidoux; Commentaires du *Codex*, Gubler.
Fabrication : J.-B. BOSREDON aîné, Brive (Corrèze).

66

PILULES DE BLANCARD

A L'IODURE FERREUX INALTÉRABLE
Approuvées par l'Académie de médecine de Paris

Employées dans l'**anémie**, la **chlorose**, la **leucorrhée**, l'**aménorrhée**, la **cachexie scrofuleuse**, la **syphilis constitutionnelle**, le **rachitisme**, etc., etc.

N. B. — Exiger toujours la signature ci-contre. Blancard

Pharmacien, 40, rue Bonaparte, Paris.

19

DRAGÉES & ÉLIXIR DU Dr RABUTEAU

Lauréat de l'Institut de France.

Les études faites dans les Hôpitaux de Paris ont démontré que les **Dragées** et l'**Élixir** au Protochlorure de Fer du **Dr Rabuteau** régénèrent les globules rouges du sang, avec une rapidité qui n'avait jamais été observée en employant les autres ferrugineux.
Ces résultats ont été constatés au moyen des divers **Compte-Globules**.
Les Préparations du **Dr Rabuteau** ne produisent pas la Constipation et sont tolérées par les personnes les plus délicates.
Sirop du Dr Rabuteau destiné aux enfants.
DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*
GROS : Chez **Clin & Cie**, 20, rue des Fossés-St-Jacques, Paris, où l'on trouve également les **Capsules** *au Bromure de Camphre* du **Dr Clin.**

67

ANTIPYRINE CHAUMEL DU PLANCHAT

Analgésique par excellence.

Contre : **migraines, rhumatisme, névralgies, coliques hépatiques, néphrétiques** et autres affections douloureuses. Le flacon : 5 francs.
DOSAGE. — *Un gramme par cuillerée à soupe. La Solution titrée d'antipyrine* de **CHAUMEL-DU-PLANCHAT**, ph^ie, 87, rue Lafayette, Paris, est envoyée fr^co avec broch. sur demande.

87

NARCÉINE PURE DE GIGON (CHLORHYDRATE)

SIROP DE GIGON	**GRANULES DE GIGON**
dosé à 2 *centigrammes* par cuillerée à bouche.	dosés à 0,005 *milligr.*
DOSE : 2 à 3 cuil. à bouche p. jour p^r les grandes personnes; 4 à 5 cuil. à café pour les enfants.	DOSE : 8 à 10 granules par jour pour les grandes personnes. 4 à 5 pour les enfants.
PRIX : le flacon 3 fr.	PRIX : Le flacon 3 fr.

La *narcéine*, ainsi que l'ont démontré Claude Bernard, Béhier, Rabuteau, etc., possède des propriétés *calmantes*, analogues à celles de la morphine et de la codéine; de plus, elle est mieux supportée surtout par les personnes très impressionnables à l'action de l'opium et ne produit ni pesanteur de tête, ni nausées, ni malaises. *Coqueluche, Rhumes, Bronchites, Asthme, Toux nerveuse et fatigante, Insomnies*, etc.
Pharmacie GIGON, 7, rue Coq-Héron, Paris.

39

VIN DE VIVIEN

A L'EXTRAIT DE FOIE DE MORUE.

Ce vin, agréable au goût, contient par cuillerée 0^gr, 12 d'extrait, soit exactement les principes actifs de la meilleure huile. — 3 fr. 50 le flacon.
Dragées d'extrait créosoté : le flacon de 100, 3 fr. 50.
50, boulevard de Strasbourg.

23

NÉVRALGIES, MIGRAINES, FIÈVRES.

PILULES DE SAINT-CLOUD

Chaque pilule contient 1/5e de milligramme d'*Aconitine*, du *Valérianate de Quinine* et du *Valérianate de zinc.*
Ph^ie DUFILHO, Saint-Cloud, et t^tes phaamacies.

74

SOLUTION PAUTAUBERGE

au chlorhydro-phosphate de chaux créosoté.

Chaque cuillerée contient 10 centigrammes de créosote et 50 centigrammes de sel de chaux; elle doit être prise dans de l'eau sucrée.
Bien tolérée par les voies digestives, cette Solution est facilement acceptée et complètement absorbée; très efficace dans les **Tuberculoses, Affections chroniques broncho-pulmonaires, Scrofules, Rachitisme.**
L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César, Paris.

33

VARICES, HÉMORRHOÏDES

HAMAMELIDINE LOGEAIS

Elle a pour *adjuvant indispensable* d^s le cas de *Varices* l'usage de compresses de **Mixture Logeais à l'Hamamélis** et dans le cas d'*Hémorrhoïdes* celui de **Bougies américaines à l'Hamamelis.**
DÉPÔT : Ph^ie LOGEAIS, av. Marceau, et t^tes ph^ies.

25

ÉLIXIR ALIMENTAIRE DUCRO. VIANDE. ALCOOL. ÉC. D'ORANGES AMÈRES.

Phthisie, anémie, convalescence.
Paris, 20, place des Vosges.

62

VÉRITABLE SOLUTION

D'ANTIPYRINE DU Dr CLIN

..... L'Antipyrine peut être considérée scientifiquement comme le médicament le plus puissant contre la douleur.
(Académie des Sciences, séance du 18 avril 1887.)

La **SOLUTION D'ANTIPYRINE DU Dr CLIN**, d'un dosage rigoureusement exact, contient : 1^gr **ANTIPYRINE** *pure par cuillerée à bouche.* 0,25^cent. — — — *par cuillerée à café.*
DOSE : de 1 à 3 cuillerées de **SOLUTION D'ANTIPYRINE CLIN** par jour; augmenter progressivement, s'il y a lieu, en tenant compte de la susceptibilité du malade.
Exiger la *Véritable Solution d'Antipyrine Clin.*
Détail dans les Pharmacies.
Gros : Maison CLIN & Cie, à Paris.

59

LE QUINIUM ROY GRANULÉ

formé de l'extrait aqueux et du quinium (extrait alcoolique à la chaux), représente poids pour poids la **POUDRE DE QUINQUINA CALISAYA.** Il est soluble dans l'eau et le vin.

Pharmacie A. Roy, 3, rue Michel-Ange, Paris, et pharmacies.
Exiger la signature. A. Roy

60

VIN DURAND TONI-DIGESTIF

DYSPEPSIE, ANÉMIE, CONVALESCENCE.

L e **VIN DURAND** convient tout spécialement aux femmes, aux enfants et aux vieillards. Il est toléré par les estomacs les plus délicats.
Paris, 8, avenue Victoria, et pharmacies.

190

LE PHOSPHATE MONO-CALCIQUE

CRISTALLISÉ DE BARBARIN

puissance et de pureté.
Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.
Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.
Vin id. id. à 1 — 60.
Paris, 145, r. de Belleville, et bonnes ph^ies.

42

VIN BI-DIGESTIF DE CHASSAING

A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.
(*Rapport favorable de l'Académie de médecine de Paris le 29 mars 1864*)

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.
Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.
Paris, 4, avenue Victoria.

99

TABLETTE ROUSSEAU

BŒUF CONDENSÉ

Aliment reconstituant par excellence; valeur nutritive sans égale. — *Anémie.* — *Dyspepsies.* — *Convalescences.* — Paris, 3 *bis*, rue Bleue.

80

RHUMATISMES. GUÉRISON

par la flanelle et l'Ouate végétale du Pin sylvestre.
REYNAUD, 22, r. de la Paix. Envoi f^co du catalogue.

111

VIN MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques, ne constipant jamais. LE VIN DE MARIANI, préparé avec des feuilles fraîches de coca, est le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'Anémie, la Chlorose, la Gastralgie, les Laryngites, les Granulations de la gorge, etc.
D'un goût très agréable, il convient aux convalescents et aux personnes délicates.
DOSE : Un verre à Madère après les repas.
MARIANI, ph^ien, 41, Boul. Haussmann et t^tes ph^ies.

N° 36. — SAMEDI 24 MARS 1888. 61e ANNÉE. SAMEDI 24 MARS 1888. — N° 36.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

De l'asthme d'été.

Par M. le docteur E. LEFLAIVE, ancien interne des hôpitaux.

PRINCIPALES INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES.

BOSTOCK. Case of a periodical affection on the eyes and chest. *Trans. of med. and chir. soc. of London*, 1819, vol. X, p. 161. — BOSTOCK. On the catarrhus æstivus. *Ibid.*, 1828, vol. XIV, p. 437. — GORDON. Observations on the nature, cause and treatment of hay asthma, *Med. Gazette*, 1829, p. 266, Londres. — ELLIOTSON. Catarrhus æstivus or hay fever. *Med. Gazette*, 1833, p. 164. — FLEURY. De la maladie de foin. *Journ. du progr. des sc. méd.*, 1859. — PHŒBUS. *Der typische Frühsommer-catarrh. oder das sogenannte Heu-fieber, Heu-asthma.* Giessen 1862. — G. SÉE. Article ASTHME, in *Dict. de méd. et chir. prat.*, 1865. — PARROT. Article ASTHME, in *Dict. Encycl.*, 1867. — BINZ. Ueber eine Untersuchung von Helmholtz etc. *Virchow's archiv XLIV*, p. 100, 1868. — BOUFFIER. *Sur l'asthme de foin*, Th. de Montpellier, 1872. — HERBERT. *Maladie de foin*, Th. de Paris, 1872. — VILLEMSENS. *Catarrhe spasmodique d'été*, Th. Paris, 1872. — N. GUÉNEAU DE MUSSY. Sur la rhino-bronchite spasmodique. *Cliniques*, t. I, 1874. — GIFFO. *Quelques indications sur la fièvre de foin, etc.*, Th. Paris, 1879. — BLACKLEY. *Hay fever, etc. experimental researches*, Londres, 1880. — W. HACK. *Ueber die operative Radical-Behandlung bestimmter Formen von... Heufieber, etc.* Bâle, 1883; Wiesbaden, 1884. — ELOY. Revue générale. *Union médicale*, 20 sept. 1884. — P. BENOIT. *Rhino-bronchite spasmodique.* Th. Paris, 1886. — EMOND. De l'asthme des foins et de son traitement par les eaux du Mont-Dore. *Bull. gén. de thérap.* 30 mai 1887. — MORELL-MACKENZIE. *Hay fever and paroxysmal sneezing, etc.*, 4e éd. Londres, 1887.

SYNONYMES.

Fièvre de foin (*hay-fever*); asthme de foin (Gordon); catarrhe d'été (Bostock); asthme d'été (Parrot); rhino-bronchite spasmodique (N. Guéneau de Mussy); maladie de foin (Herbert), catarrhe pollinique; catarrhe nerveux (Bishop); coryza vasomotoria periodica (John N. Mackenzie); rhinite hyperesthésique périodique (Sajous); rhinite prurigineuse (Rumbold); rhino-bronchite annuelle.

I

Parmi les entités morbides dont notre siècle a vu tracer le cadre, il faut, croyons-nous, placer la rhino-bronchite annuelle, l'asthme d'été. Ce n'est pas tout à fait l'avis de John N. Mackenzie (de Baltimore) qui voudrait en faire remonter les premières notions au temps de Galien. A coup sûr, tout ce que possède à ce sujet la littérature médicale avant l'anglais Bostock, est bien obscur et bien court. Cette maladie était cependant connue avant cet auteur, puisqu'une opinion vulgaire l'attribuait aux émanations des prairies, et puisqu'on l'appelait communément fièvre de foin. C'est même pour protester contre cette étiologie et contre ce nom que Bostock écrivit le premier de ses articles qui y a trait, travail qui avait pour base sa propre observation.

Ne nous étonnons pas trop de voir le vulgaire étudier et nommer la maladie avant les médecins. Aujourd'hui encore, bien que l'asthme d'été soit fréquent dans certaines classes de la société, bien qu'en Amérique il ait donné naissance à de vastes associations de malades qui unissent leurs effort pour le mieux étudier, bien que les journaux spéciaux en parlent à tout instant, nous le voyons à peine signalé dans les traités de pathologie classiques; un étudiant peut fréquenter assidument les hôpitaux et la Faculté, et n'en guère connaître que le nom. La cause en est peut-être que, comme nous le verrons plus loin, c'est une maladie que l'on ne rencontre jamais dans la population hospitalière; et c'est à cette classe que l'on emprunte presque exclusivement les observations cliniques qui servent de base aux progrès de la science médicale.

Quoi qu'il en soit, la fièvre de foins, étudiée tout d'abord en Angleterre, fut pendant de longues années regardée comme propre à ce pays. De rares cas furent enfin signalés en Allemagne et en France (Hervier, Fleury, Dechambre, 1859). Phœbus (de Giessen), par une enquête qu'il fit aussi vaste qu'il put, et dont il publia les conclusions au bout de deux ans (1862), en vulgarisa l'étude. Depuis, les exemples en devinrent bien plus fréquents, non seulement sur l'Ancien continent, mais encore, et surtout, sur le Nouveau, où Phœbus la croyait exceptionnelle. En France, les travaux de MM. G. Sée, Parrot, N. Guéneau de Mussy la firent connaître sous le nom de rhino-bronchite spasmodique ou d'asthme d'été. Elle fut le sujet des thèses de MM. Bouffier, Herbert, Villemsens (1872), Giffo (1879), Benoit (1886). Ce n'est pas sans conteste que cette affection eut son existence reconnue; M. Straus (1872) et M. Decaisne (1873) lui dénièrent le titre d'entité morbide qu'on ne lui discute plus guère aujourd'hui.

Pendant cette période (1862-1887) l'asthme d'été ou fièvre

de foin fut le sujet de très nombreux travaux : nous en avons compté plus de deux cents. Parmi les plus importants, il faut citer ceux de Hack en Allemagne, ceux de Blackley et Morell-Mackenzie en Angleterre, ceux de John N. Mackenzie, Bev. Robinson, Roe et Rumbold, en Amérique.

La symptomatologie de cette affection n'a pas été l'objet de grandes controverses ; elle tient même une place trop restreinte dans les écrits auxquels nous avons fait allusion. Il s'en faut cependant encore beaucoup que ce soit une matière épuisée, ne prêtant plus à l'étude et à la discussion. Quelles sont les limites que l'on doit assigner à cette entité morbide ? Quels sont les faits qui rentrent dans son cadre et quels sont ceux qu'on doit en écarter ? C'est ce que bien peu ont tenté de préciser. Quels sont d'autre part les troubles généraux qui se joignent aux déterminations oculaires, nasales et thoraciques ? Voilà encore une question sur laquelle les auteurs passent bien rapidement, quand ils ne gardent pas à son propos le silence le plus complet.

Faut-il, sous le nom d'asthme d'été, de rhino-bronchite spasmodique, etc., ne décrire que les accidents qui reviennent chaque année aux mois de mai et de juin, et dont l'évolution, toujours la même (sauf l'intensité), demande pour se faire six semaines ou deux mois ? Faut-il, à côté de ces faits très réguliers, placer les accidents de coryza ou de dyspnée tout à fait passagers, absolument irréguliers dans leur apparition, que certains auteurs ont décrits également sous le nom de *fièvre de foin* ou de *coryza des roses ?* M. Guéneau de Mussy ne se prononce pas formellement; il n'agite même pas la question, mais il n'a donné dans ses cliniques que des exemples à retour annuel et à durée prolongée. Nous croyons devoir l'imiter ; nous pensons qu'il faut restreindre l'entité morbide *asthme d'été* aux cas à évolution spéciale, presque pathognomonique, et qu'il faut pour les faits de coryza et d'asthme passagers former un autre chapitre de névroses respiratoires.

II

Voici en quelques mots ce qu'on observe chez les malades atteints de rhino-bronchite annuelle :

Vers le 15 ou 20 mai, presque à date fixe, lorsque les premières chaleurs commencent à se faire sentir, un individu habituellement bien portant, dont l'appareil respiratoire ne présente même pas en autre temps une grande susceptibilité, est pris sans cause évidente de céphalalgie sus-orbitaire, d'enchifrènement et d'éternuements. Il a une sorte de rhume de cerveau dont il accuse le soleil du printemps et son propre manque de précautions. Cependant, pour l'observateur attentif, ce coryza présente dans ses symptômes et dans sa marche des caractères spéciaux, qui sont encore plus évidents, lorsqu'au bout de quelques jours, vers le 1er juin par exemple, la maladie a atteint son plein développement.

Ce qui frappe tout d'abord, c'est l'importance de l'élément oculaire. Les yeux en effet sont toujours atteints, et ils le sont de bonne heure. Ils semblent parfois même, comme Giffo l'a montré, être la localisation principale de la maladie. Le malade y ressent, surtout au grand angle, des picotements très vifs, une démangeaison insupportable, un besoin de se frotter les paupières auquel il ne résiste qu'avec peine. Instruit par l'expérience, il sait en effet que s'il a le malheur de céder à cette tentation, ses yeux deviendront aussitôt rouges, tuméfiés, qu'ils seront le siège de douleurs cuisantes, et qu'il faudra un temps assez long pour qu'ils reviennent à leur état antérieur. « S'il veut calmer la démangeaison en se frottant l'œil, écrit un médecin sujet à cette maladie, l'œil devient énorme; les paupières et la conjonctive œdématiées, horriblement douloureuses, ferment l'orifice palpébral; du chémosis se développe, et il est arrivé au patient, en tournée médicale, à travers champs, de passer une demi-heure immobile, tenant son cheval par la bride, sans voir quoi que ce soit. Au bout de ce temps environ, les accidents aigus disparaissent, et l'œil reprend petit à petit ses fonctions, tandis que des éternuements terribles succèdent aux accidents oculaires. »

En outre, toujours du côté des yeux, il existe un larmoiement continuel, gênant beaucoup la vision ; et par moments il s'exagère au point que de vraies larmes coulent le long des joues. Signalons encore une photophobie très marquée le jour, qui complète la liste des symptômes oculaires. Tous ces troubles se calment et disparaissent la nuit, ou à l'ombre, ou même les jours de pluie ; le soleil au contraire les exaspère, et ils sont portés à leur summum lorsque le malade est obligé, au milieu du jour, de faire une course prolongée exposé aux rayons solaires.

Du côté du nez, il se passe des modifications analogues. Tout d'abord, on constate un écoulement de liquide limpide, abondant au point de nécessiter l'emploi de nombreux mouchoirs, cinq, dix et plus (Cornaz). D'autre part, il existe un prurit nasal insupportable, s'exaspérant à certains moments, s'accompagnant de démangeaisons de la voûte palatine et du voile du palais ; quand il s'atténue, quand il semble disparaître, il laisse à sa place un état de tension permanent dans les fosses nasales avec irritabilité extrême de la muqueuse. Enfin, il se produit des éternuements d'énergie toute spéciale, survenant par séries de cinq à trente actes. La cause la plus futile, la plus insignifiante suffit à en déterminer un accès, et rien ne peut en arrêter l'évolution une fois qu'elle est commencée. Chacun de ces éternuements bruyants et brutaux, par la secousse qu'il imprime aux fosses nasales, semble en déterminer un second semblable à lui; ce n'est que, lorsque la sensibilité est émoussée par la répétition de l'acte et la fatigue du malade, que l'accès prend fin.

Comme les troubles oculaires, ces symptômes nasaux sont sujets à des améliorations et à des exacerbations très rapides et très marquées. La chaleur et la lumière solaire aggravent incontestablement l'état du malade ; l'obscurité, l'ombre, la fraîcheur sont ce qui le soulage le plus, parfois à tel point que la maladie semble disparaître. Aussi a-t-on vu des malades qui se condamnaient à passer tout le mois de juin dans une cave, tant ils éprouvaient d'amélioration sous l'influence des conditions atmosphériques qu'ils y rencontraient.

La maladie persiste ainsi pendant un mois ou six semaines avec des alternatives d'amélioration ou d'aggravation; puis on voit l'écoulement nasal devenir épais, jaunâtre et moins abondant ; les éternuements sont plus espacés et leurs accès moins nombreux; le prurit nasal et les démangeaisons oculaires diminuent. Enfin tout rentre progressivement dans l'ordre, et le malade, mieux portant que jamais, est guéri jusqu'à l'année suivante. Voilà ce qui se passe dans beaucoup de cas, à l'ensemble desquels M. Guéneau de Mussy a donné le nom de variété *oculo-nasale*.

Dans la seconde variété, dite *oculo-naso-thoracique*, les

mêmes symptômes se retrouvent; il ne fait que s'y ajouter des troubles respiratoires, de telle sorte que c'est plutôt un degré plus accentué de la maladie, qu'une forme véritablement distincte. Là, la maladie mérite en réalité son nom d'asthme d'été. Quinze jours environ après que les symptômes nasaux et oculaires se sont installés, on constate un peu de gêne de la respiration, un peu d'oppression. Le malade se sent inquiet, anxieux, il sent comme un poids sur sa poitrine. Il respire difficilement ; il lui semble que ses poumons sont gonflés par l'air qu'il a de la peine à en chasser; c'est du reste la réalité, et, comme dans l'asthme vrai, l'expiration est le temps le plus pénible; le malade commence par vider ses poumons autant qu'il le peut, avant de procéder à une inspiration, laquelle nécessite moins d'efforts.

Les mouvements respiratoires ne sont pas accélérés, au contraire.

Progressivement cette gêne s'accentue, et devient une véritable dyspnée, un asthme intense, obligeant le malade à demeurer assis, les bras appuyés au fauteuil, dans la situation classique décrite par Trousseau.

Comme les autres symptômes, la dyspnée est sujette à des redoublements, mais, au lieu d'être diurnes, ils sont surtout nocturnes. Elle ne s'accompagne tout d'abord d'aucune toux; puis celle-ci survient, d'abord petite, serrée, quinteuse, sans expectoration. Peu après, la poitrine se remplit de râles sibilants, et le malade commence à rejeter des crachats gris, perlés, semblables à ceux que Salter a indiqués comme caractéristiques de l'asthme. Enfin, la toux devient plus facile, plus grasse; les crachats prennent l'aspect de ceux d'une bronchite, et alors la maladie est arrivée à sa période terminale. Généralement c'est à ce moment, ou même un peu plus tard encore, que disparaissent les symptômes oculaires et nasaux qui, pendant l'évolution des phénomènes thoraciques, ont persisté, simplement rejetés au second plan.

La marche de ces accidents est caractéristique, et assez régulière pour qu'un malade, cité par Parrot, ait de lui-même divisé sa maladie en trois périodes :

1° Éternuements (environ quinze jours);

2° Sifflements et dyspnée (environ dix jours);

3° Expectoration (une à trois semaines).

Des rechutes sont possibles, et sont même fréquentes. Pour mieux dire, tant que la période défavorable n'est pas terminée, c'est-à-dire du 20 mai au 15 juillet, sous l'influence de conditions extérieures spéciales, l'évolution de la maladie semble recommencer; des symptômes disparus ou atténués réparaissent avec une nouvelle vigueur, pour repasser ensuite par les mêmes phases avant de s'éteindre d'une façon définitive.

Tels sont les symptômes indiscutés de l'asthme d'été; on pourrait y joindre quelques troubles digestifs, et peut-être aussi quelques modifications de caractère bien faciles à expliquer. Mais existe-t-il de la fièvre ? Le nom donné en premier lieu à la maladie « fièvre de foin » semble l'indiquer, et c'est généralement l'opinion admise en dehors du monde médical. Parmi les médecins, les avis sont partagés : Decaisne croit à la fièvre; Éloy, P. Benoît admettent l'existence d'une forme fébrile rare; Villemsens et presque tous ceux qui soulèvent la question, émettent au moins des doutes très sérieux à ce propos ; le plus grand nombre, il faut le dire, n'en parlent même pas.

Dans les nombreuses observations que nous avons relevées, nous n'avons jamais vu la mention d'une fièvre bien et dûment constatée au thermomètre; les températures signalées (elles le sont bien rarement) ne dépassent jamais la normale. On a constaté, il est vrai, l'accélération du pouls, qui peut battre jusqu'à cent et même cent vingt fois par minute ; les malades décrivent bien un abattement, un état de malaise avec sueur facile, auxquels ils donnent volontiers le nom de fièvre; mais cela ne saurait suffire à faire admettre la possibilité d'accidents réellement fébriles. Nous pensons qu'il faut être très sceptique sur ce point encore insuffisamment observé.

Ce qui a été à peine signalé, et malheureusement bien peu étudié, ce sont les modifications des urines. C'est du reste chose difficile à observer : en effet, il faut recueillir toutes celles des vingt-quatre heures, tenir compte du régime alimentaire et des occupations des malades pour pouvoir bien interpréter les résultats des analyses. Comment exiger d'un individu qui va et vient, qui vaque à ses occupations habituelles, comment exiger de lui qu'il recueille toutes ses urines de la journée ? Cela pourrait à peine être fait par un malade d'hôpital ou par un médecin, mais c'est impossible quand le malade ne prend pas lui-même le plus grand intérêt à cet ordre de recherches scientifiques. Néanmoins du peu de documents que nous avons eus à notre disposition, il semble résulter qu'il se produit dans la rhino-bronchite annuelle : 1° une diminution de la quantité des urines; 2° une diminution de la quantité de l'urée; 3° une augmentation de l'excrétion de l'acide urique, surtout dans les premières semaines de l'attaque; 4° enfin l'apparition en quantité notable de l'indican, qui persiste ainsi pendant toute la durée de la maladie. Quoi qu'il en soit, cet ordre de symptômes absolument négligé mérite de nouvelles recherches, à cause des enseignements qu'on en pourrait tirer au point de vue de la nature de la maladie.

Les complications sérieuses sont bien rares au cours de l'asthme d'été, et on ne connaît guère de cas avérés où des lésions cardiaques ou pulmonaires permanentes lui aient été secondaires. La maladie a cependant été parfois observée pendant plus de cinquante années de suite. M. Sée est le seul auteur qui fasse quelques réserves à ce sujet. Par le mot complications, nous ne parlons pas, bien entendu, des petites infirmités des arthritiques, gravelle, eczéma, urticaire, hémorrhoïdes, etc., qui sont au contraire l'apanage habituel de nos malades à titre de manifestations de la diathèse. De la même façon ils pourraient avoir en autre temps des accès d'asthme ordinaire, mais ce serait exceptionnel, si nous en croyons ce que nous avons vu et lu.

L'asthme d'été est donc par lui-même et par ses suites de pronostic bénin; bien que très effrayant parfois dans ses attaques intenses, il ne nous a jamais paru avoir été cause de mort, ni même d'infirmité durable. Mais en revanche, il est d'une rare résistance à la thérapeutique, et sa guérison est des plus difficiles, si toutefois elle s'obtient réellement. La récidive chaque année est à peu près certaine. Voilà ce qui assombrit le pronostic, et le rend désagréable tout au moins, puisqu'il n'est pas vraiment grave.

III

Le diagnostic a été négligé par tous ceux qui ont écrit sur cette affection. Il faut bien dire qu'il est très facile, surtout si, comme nous croyons devoir le faire, on ne place sous le nom d'asthme d'été que les cas annuels et prolongés de coryza ou d'asthme, et si l'on rejette dans un autre cha-

pitre de pathologie les accidents transitoires de dyspnée ou de rhume de cerveau qui, chez les gens prédisposés, surviennent en toute saison par l'action d'une cause favorable (refroidissement, poussières, odeurs, lésions nasales, etc.). Les seules causes d'erreur seraient le manque d'attention à la régularité des retours, et le peu de gravité des symptômes, qui permettraient de croire à un rhume de cerveau banal compliqué d'un peu de conjonctivite. Cependant l'intensité des accès d'éternuements et des démangeaisons, les variations rapides et fréquentes dans le degré d'acuité des symptômes, doivent mettre sur la voie du diagnostic.

Nous devons rappeler qu'à côté des cas printaniers habituels (mai-juin), il en existe d'autres bien plus rares, ayant même symptomatologie, et survenant tous les ans vers le mois de septembre. Ces faits ont été décrits sous le nom d'*asthme d'automne* (N. Guéneau de Mussy); regardés d'abord comme propres à l'Amérique ils ont été signalés en Europe (Wyman, Beard, Hack, Emond).

IV

Il est bien plus facile de tracer le tableau de la maladie et d'en décrire l'évolution, que de remonter à ses causes; c'est aussi le point le plus discuté. Pourtant on se met assez facilement d'accord au sujet de ses causes prédisposantes; aussi en commencerons-nous par là l'étude étiologique.

Age. — Rare dans la première enfance, l'asthme d'été se développe dans la jeunesse ou l'âge adulte, et persiste jusqu'à la vieillesse la plus avancée. Pour ce qui est de l'époque de sa première apparition, Phœbus la place entre cinq et vingt ans dans la moitié des cas, et entre vingt et quarante ans dans l'autre moitié. C'est surtout de quinze à vingt-cinq ans que se fait ce début qui n'est du reste pas toujours facile à préciser. En effet, la maladie se montre tout d'abord sous une forme atténuée, se borne aux symptômes oculo-nasaux, et ne donne lieu que bien plus tard aux manifestations thoraciques. Il est exceptionnel de voir la première attaque se faire après quarante ans. Mais une fois apparu, l'asthme d'été continue de revenir chaque année avec une régularité désespérante jusqu'aux âges les plus avancés, jusqu'à plus de quatre-vingts ans. Cependant, sous l'influence des années, les attaques perdent de leur acuité et les symptômes, notablement atténués, deviennent plus aisément tolérables.

Sexe. — La statistique démontre que le sexe masculin y est à peu près trois fois plus prédisposé que le sexe féminin (Phœbus, Morell-Mackenzie).

Hérédité. — Dans un tiers des cas, la maladie avait atteint plusieurs membres de la même famille (Phœbus, Beard, Morell-Mackenzie). Mais il est presque constant qu'elle ne se rencontre que chez des gens héréditairement arthritiques, qui appartiennent à une souche goutteuse, qui ont eu eux-mêmes ou dont les parents ont eu des migraines, de la gravelle, de la goutte, de l'asthme, certaines dermatoses, etc.

Race. — La race anglo-saxonne étant plus atteinte par les manifestations de la diathèse arthritique et surtout dans sa forme goutteuse, c'est chez elle, c'est en Angleterre, que l'asthme d'été a été décrit pour la première fois et qu'il est encore le plus fréquemment observé. C'est de cette façon qu'il faut interpréter, croyons-nous, l'influence qu'on pourrait être tenté d'attribuer au climat. Du reste la maladie a été rencontrée, inégalement il est vrai, sous les latitudes les plus diverses (Angleterre, Suède, France, Égypte, Hindoustan, Amérique du Nord, etc.).

Milieu social. — Chose bien digne de remarque, cette maladie ne s'observe pas à l'hôpital; elle épargne complètement les classes les moins aisées de la population. Toutes les observations que nous avons parcourues, ont été recueillies dans la clientèle urbaine, dans la classe bourgeoise ou aristocratique. Il y a là un rapprochement à faire entre l'asthme d'été et la goutte, si rare, elle aussi, dans le milieu hospitalier. Morell-Mackenzie dit avoir observé soixante cas de *hay fever* en ville, et pas un seul à l'hôpital.

Phœbus, dans sa statistique, a relevé une fréquence toute particulière chez les médecins, ce qui s'explique non pas par les habitudes professionnelles, mais par une disposition manifeste à une observation plus attentive et par une facilité spéciale à en publier les résultats.

En résumé, au point de vue des causes prédisposantes, ce qui paraît dominer toute l'étiologie de l'asthme d'été, c'est l'influence considérable de la diathèse arthritique et plus spécialement de la forme goutteuse.

L'étude des causes déterminantes est beaucoup plus difficile, et elle touche de très près à l'étude de la nature de la maladie, si même elle ne se confond pas avec elle. Nous passerons en revue les principales théories que l'on a édifiées à ce point de vue et nous essayerons d'indiquer les objections dont elles sont passibles. Nous serons très bref, pour ne pas dépasser le cadre d'un simple résumé.

V

1. L'asthme d'été fait chaque année son apparition à l'époque de la fenaison; les malades ont observé que les promenades à la campagne leur causaient un redoublement des divers symptômes. D'autre part, il est bien connu que les poussières, les odeurs (chlorure de chaux, ipécacuanha, violettes, etc.) peuvent exciter la muqueuse pituitaire et déterminer ainsi des accès d'éternuements, voire même des accès d'asthme (Trousseau). Il a donc paru fort simple d'attribuer cette maladie, qui ressemble au coryza et à l'asthme, à l'action des plantes. De là vient le nom de fièvre de foins, qu'elle a reçu en premier lieu, et qu'elle conserve souvent encore. C'est ce genre d'étiologie qui a été le plus généralement admis (Watson, Smith, Gordon, Ramadge, Phœbus, Herbert, Marsh, etc.); c'est encore celui qu'acceptent Morell-Mackenzie et beaucoup d'autres médecins.

L'accord est moins grand quand il s'agit de préciser quelles sont les plantes qui ont une semblable action, et quelles sont leurs parties nuisibles. Quelques auteurs croient que toute plante peut produire ces symptômes. Herbert, fort éclectique, cite plus de vingt espèces capables de causer la maladie de foin; il croit même à l'action des odeurs animales. On a surtout incriminé l'anthoxanthum odoratum (Gordon), le seigle, le maïs, et d'une façon générale les graminées (Morell-Mackenzie). Les uns croient que les plantes agissent par leur odeur, le foin par exemple (Herbert, Salter); les autres pensent à une action directe du pollen sur la muqueuse pituitaire. On a même prononcé le mot d'empoisonnement par le pollen (Marsh).

Il est très difficile de trouver une plante ou une famille de plantes, dont on puisse invoquer l'action dans la plupart des cas, qui se sont produits sous des latitudes et dans des climats très variés. Il n'est pas toujours possible d'établir le parallélisme qui devrait logiquement exister entre l'époque d'action de la cause invoquée et ses effets. Il est digne de remarque que les habitants des campagnes sont peu sujets à ces accidents, et qu'on les rencontre bien plus chez

les habitants des grandes villes, de Paris par exemple, ce qui ne conduit certainement pas à rechercher ici une cause rurale.

Bien des malades, du reste, parmi ceux qui se sont observés de très près, ne croient pas à l'action des végétaux; parmi ceux qui l'invoquent, il en est beaucoup qui le font sans y insister, tout simplement parce qu'ils acceptent sans examen une opinion courante. Bostock qui avait étudié la maladie sur lui-même, A. Smith qui se trouvait dans les mêmes conditions, Dechambre, etc., rejettent formellement la théorie de l'étiologie végétale, à laquelle MM. G. Sée, Parrot, G. de Mussy, Bouffier, Villemsens, etc., pour ne parler que des auteurs français, ne paraissent pas ajouter foi.

2. Helmholtz a pensé devoir en faire une maladie parasitaire. Pour lui, la cause déterminante, ce seraient de petits vibrions de 4 μ de largeur, composés de quatre petits corpuscules groupés deux à deux; il les a rencontrés dans le liquide des éternuements. Nous n'insistons pas davantage sur cette théorie qui n'a été acceptée que par Binz (de Bonn) et Patton (du Mississipi).

3. Hack (de Fribourg) a étudié les névroses réflexes qui ont leur point de départ dans une lésion nasale, et parmi elles il rangea l'asthme d'été. C'est là la théorie la plus récente (1882-1883). Elle rend bien peu compte du retour régulièrement annuel des accidents; elle explique difficilement par l'hypothèse d'une cause permanente l'apparition à aussi long intervalle d'une maladie si prolongée dans son évolution toujours la même; dans bien des cas, dans la plupart même, on n'a pas trouvé de lésion des fosses nasales. Néanmoins beaucoup de médecins, beaucoup de rhinologistes allemands ou américains (Sommerbrodt, J. N. Mackenzie, Roe, R. H. Thomas, Rumbold, Sajous, etc.), ont adopté la théorie de Hack; ils l'ont poussée plus loin que l'auteur lui-même, qui ne l'avait pas crue applicable à tous les cas; quelques-uns d'entre eux ont pensé qu'il y avait toujours à cette affection un substratum anatomique. Attaquant une lésion locale par un traitement chirurgical et local, ils ont brûlé la muqueuse pituitaire, ils ont extirpé les cornets des fosses nasales, sans obtenir bien souvent un succès véritable.

4. Les auteurs qui n'ont pas cru à l'action du pollen et qui n'ont pas admis l'existence constante de lésions nasales dans l'asthme d'été, ont invoqué des causes météorologiques, la chaleur de l'été (Bostock) ou une influence moins précise de l'atmosphère (Dechambre). C'est l'opinion qui vient la première à l'esprit, quand on remarque que la maladie fait retour aux premiers beaux jours, que la chaleur et la lumière solaire sont des causes évidentes de recrudescence; il est incontestable d'autre part que la fraîcheur et l'ombre sont ce qui soulage le plus les malades, témoin celui qui passait dans une cave tout le mois de juin.

Les causes météorologiques constituent, pensons-nous, l'hypothèse qui rend le mieux compte des particularités étiologiques de l'asthme d'été. Mais leur manière d'agir est bien obscure; en effet, on ne sait guère comment il se fait qu'à toute autre époque de l'année la chaleur et la lumière solaires, quelle que soit leur intensité, n'ont pas la même action qu'au mois de mai et de juin sur les mêmes individus.

5. M. Guéneau de Mussy, dans les deux cliniques qu'il a consacrées à la rhino-bronchite spasmodique, a surtout insisté sur l'importance du terrain diathésique pour le développement de cette affection. Il a bien mis en relief les rapports qui l'unissent à l'arthritisme. Dans la seconde de ces leçons, il a rapproché ces déterminations nasales et thoraciques des éruptions si nombreuses que l'on voit chez les goutteux et les rhumatisants. Il a même précisé cette parenté, et de la rhino-bronchite spasmodique, il a paru faire une arthritide muqueuse bien voisine de l'urticaire. C'est une hypothèse bien risquée, et les quelques faits qu'il a donnés à l'appui de cette manière de voir ne sont ni nombreux ni probants.

Retenons seulement ce fait important et indiscutable sur lequel nous ne craignons pas de revenir, que l'influence de l'arthritisme domine toute la maladie. Quelles sont maintenant les causes qui sur ce terrain favorable font naître chaque année à époque fixe des accidents toujours les mêmes dans leur tableau et leur évolution? C'est ce qu'il est difficile de préciser. Diverses théories, dont nous avons résumé les principales, ont été édifiées sur ce point. S'il nous fallait choisir entre elles, c'est à la moins précise, à celle qui invoque l'action des causes météorologiques, que nous nous rattacherions le plus volontiers. Malgré les objections dont elle est passible, c'est celle qui s'accorde de beaucoup le mieux avec les faits observés.

VI

De la variété des théories pathogéniques, on peut conclure à la variété des méthodes de traitement. Chacune d'elles prétend s'appuyer sur des succès, mais le nombre des méthodes est la preuve évidente de leur peu d'efficacité. Nous ne pouvons en parler ici longuement, et nous n'en ferons qu'une simple énumération.

On a essayé contre l'asthme d'été les antiphlogistiques, les révulsifs, les évacuants, etc. De nombreux spécifiques ont été essayés, et parmi eux : la belladone, la lobélie, l'acide prussique, le chlore et les hypochlorites, etc. Le sulfate de quinine a été donné à l'intérieur à titre d'antipériodique (Guéneau de Mussy); il a été employé en injections nasales comme parasiticide (Helmholtz). Dans les fosses nasales, on a conseillé toutes sortes d'injections, de pulvérisations astringentes, sédatives, anesthésiantes, etc., à base d'acide phénique, de tannin, de camphre, d'eucalyptus, de cocaïne, etc.; nous n'en pouvons donner le détail. La cocaïne surtout a été très utilisée, tant comme anesthésique que comme agent vaso-moteur (J. N. Mackenzie); on a récemment signalé quelques inconvénients dans l'usage local de ce médicament, qui nécessiterait des doses toujours croissantes, et qui amènerait à la longue un état de gonflement permanent des cornets; il n'est du reste pas toujours bien toléré (Flechter-Ingals, Bev. Robinson).

Les médecins, qui ont adopté la théorie de Hack, cherchent à modifier la structure de la muqueuse nasale au moyen de cautérisations profondes. On se sert pour cela d'un fil de platine chauffé au rouge blanc, que l'on enfonce dans la muqueuse après anesthésie locale par la cocaïne. Ziem a tout récemment signalé des troubles visuels consécutifs à ce mode de traitement, qui serait moins inoffensif qu'on ne l'a dit.

Plusieurs médecins, et entre autres Fleury, qui donne comme preuve son observation personnelle, ont retiré d'excellents effets de l'hydrothérapie; les eaux d'Aix, de Plombières et d'Enghien ont aussi des succès à leur actif. Emond a publié l'an dernier une série d'observations dans lesquelles les eaux du Mont-Dore paraissent avoir amené la guérison ou tout au moins l'atténuation considérable des

symptômes. Il y aurait peut-être lieu, en considération de la diathèse des malades, d'employer chez eux la médication alcaline et les eaux de Vichy.

Ce traitement hydrothérapique et hydrominéral est celui dans lequel nous aurions le plus de confiance. Nous croyons cependant qu'il ne faut guère compter sur une guérison absolue.

Contre les accidents dyspnéiques, à titre de médication palliative, tous les eupnéiques donneront des résultats satisfaisants. Parmi eux il faut citer en première ligne l'iodure de potassium, puis l'opium, surtout sous la forme d'injections sous-cutanées de morphine. Les symptômes oculaires et nasaux sont plus difficiles à soulager. Rappelons à leur propos, et pour terminer, les effets excellents et rapides de l'ombre et de la fraîcheur.

ARRACHEMENT DU BRAS DROIT

FRACTURES MULTIPLES DE L'OMOPLATE; AMPUTATION INTERSCAPULO-THORACIQUE; GUÉRISON,

Par M. le docteur Bourgougnon père (de Montrichard).

Le 25 janvier 1888, M..., jeune homme de treize ans, travaillant dans une usine à vapeur, a le bras droit saisi par une courroie de transmission; il est entraîné et projeté au loin. Le bras est complètement détaché du corps. L'arrachement a lieu à l'extrémité supérieure du membre, au niveau du col chirurgical.

L'humérus est également fracturé en son milieu, et l'on reconnaît, dans le lambeau deltoïdien, que l'acromion a été arraché de l'omoplate.

Le blessé a perdu environ un verre de sang, il a toute sa connaissance, mais il se trouve dans un état de dépression et de shock très marqué, il est sans pouls, anéanti et froid. Ce n'est qu'une heure après qu'il peut être rendu à son lit et déshabillé.

En examinant la plaie, on remarque alors que la tête humérale est restée dans son articulation, qui est quelque peu déchirée. Les nerfs de l'aisselle pendent d'une longueur de 4 à 5 centimètres. L'omoplate sort à moitié de la plaie, ses adhérences avec la clavicule ont été rompues, les muscles sous-épineux et sous-scapulaires sont déchirés vers leur milieu, et l'on reconnaît, en explorant la blessure, qu'à ce niveau l'omoplate est fracturée en plusieurs morceaux anguleux. Il est facile de repousser à sa place cette partie herniée, mais la pression du corps suffit, dans le décubitus dorsal, pour l'énucléer à nouveau comme on expulse un noyau entre les doigts. La contraction musculaire contribue aussi à augmenter cette expulsion.

MM. les docteurs Bourgougnon père et fils, le docteur Œlsnitz considèrent comme nécessaire l'ablation complète de cette portion du membre. L'omoplate est extirpée à coups de ciseaux qui détachent les muscles de sa pointe et de son bord postérieur. Après cette ablation complète, il reste dans la plaie une grosse saillie formée de muscles déchirés, qui sont alors enlevés au ciseau, ainsi que la portion pendante des nerfs. La ligature des artères est facile au catgut. La clavicule très mobile fait une grande saillie hors de la plaie; mais la peau est largement suffisante pour la recouvrir. La réunion est opérée de haut en bas par suture entortillée; elle a une longueur de 10 centimètres; un tube à drainage enfoncé de 10 à 12 centimètres sort par l'extrémité inférieure.

L'acide phénique, l'iodoforme, l'ouate phéniquée, trois ou quatre bandelettes de sparadrap, une bande roulée ont fait les frais du pansement.

Le blessé, anéanti, a senti à peine l'opération et a perdu environ un demi-verre de sang. Ce n'est que six heures après l'accident que le pouls commence à reparaître et la chaleur à revenir à force de toniques, de stimulants et de bouteilles d'eau chaude placées autour de lui.

Après le deuxième jour, il y a eu vingt-six à vingt-huit heures de fièvre modérée. Le quatrième jour la réunion de la plaie est satisfaisante, huit épingles sont enlevées. Le sixième jour les quatre dernières sont retirées.

Le neuvième jour on supprime le drain. Le pansement antiseptique est toujours continué. Le quinzième jour le malade commence à sortir, la plaie est longue de 3 ou 4 centimètres et à peine large d'un. Elle est complètement fermée le trentième jour.

La suppuration n'a été ni profonde, ni abondante. Sans la présence d'un drain, que la prudence commandait, la guérison eût demandé moitié moins de temps.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 17 mars 1888, ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe de l'armée active, démissionnaires, Cazes, Dreyfus et Lasserre.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — M. Paris, médecin aide-major de première classe de l'armée active, démissionnaire.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Caulier, Kéraval, Boyé, Poirier, Sajous, Brossard et Jocqs.

— Par décret, en date du 19 mars 1888, ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

6e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Martinet, chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris; — Pichon, chef de clinique des maladies mentales et médecin-adjoint à l'asile Sainte-Anne, à Paris.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — M. Berne, médecin aide-major de deuxième classe.

7e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de première classe.* — M. Baudin, médecin-major de deuxième classe.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. Rouby, médecin aide-major de première classe; — Legendre, médecin aide-major de deuxième classe, chef de clinique adjoint à l'hôpital des Enfants-Malades, à Paris.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Pouillet, Pignerol, Juif, Ménétrez, Martin, Degois, Passerat, Dubroca, Raugé, Weisgerber, Compagnon, Loison, Boiteux, Dauvé, Chapuis, Parant et Bubendorf.

Au grade de pharmacien aide-major de première classe. — M. Stroebel, pharmacien aide-major de deuxième classe.

12e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. Delotte, médecin aide-major de deuxième classe, professeur adjoint d'anatomie et de physiologie à l'école de médecine de Limoges.

14e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. Laguaite, médecin aide-major de deuxième classe, chef de clinique à la Faculté de médecine de Lyon.

— Par décision ministérielle, en date du 18 mars 1888, le ministre de la guerre accorde un témoignage de satisfaction, pour le dévouement dont ils ont fait preuve en soignant gratuitement, pendant de longues années, les militaires de la gendarmerie ainsi que leurs familles, à :

MM. les docteurs Guyot, à Solesmes; Dehenne, à Bergues; Bouret, à Ribécourt; Binot, à Villers-Bocage; Homo, à Château-Gontier; Chertier, à Nogent-sur-Seine; Thouvenin, à Vézelise; Joyeux, à Mirecourt; Masson, à Raon-l'Étape; Depautaine, à Gondrecourt; Petit, à Longeau: Robillier, à Clerval; Beurnier, à Montbéliard; Doumic, à Imphy; Beaujard, à Vierzon; Thomas, à Saint-Amand-en-Puisaye; Bertaut, à Pouancé; Mestivier, à Saint-Gaultier; Chabenat, à La Châtre; Barbin, à Montoir; Dambier, à Vélines; Bona, à Évaux; Moulin, à Argentat; Benoît, à Dieulefit; de Ferry de la Bellone, à Apt; Binet, à Vence; Vidal, à Saint-Gervais; Guizot, à Rignac; Réfrégé, à Lodève; Blanc, à Orlha-

guet; Bourguet, à Graissessac; Poussié, à Marvejols; Piales d'Astrez, à Sousceyrac; Lannes, à Nailloux; Toutant, à Marans; Claverie, à Villandraut; Despaignet, à Mont-de-Marsan; Gorski, à Lagore; Gaucher, à Aïn-Temouchent; Noël, à Saint-Denis-du-Sig; Le Roy des Barres, à Saint-Denis, et Durand, à Arcueil.

MM. les officiers de santé Lepage, à Fauville; Trogneux, à Fontaine-le-Dun; Bardo, à Chéragas, et Lefèvre, à Bonnières.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 37. — MARDI 27 MARS 1888. 61e ANNÉE. MARDI 27 MARS 1888. — N° 37.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 26 mars 1888.

La *Gazette des hôpitaux* est plongée dans l'affliction la plus profonde; son rédacteur en chef a succombé hier soir dimanche, frappé d'apoplexie.

Hippolyte Brochin était né le 13 octobre 1808. Élève de Jules Guérin, il avait, avec Dechambre et M. Diday (de Lyon), préparé, sous ce maître éminent, la carrière qu'ils ont tous parcourue avec le plus grand succès.

Mais, si Brochin était l'écrivain distingué, le médecin prudent, le philosophe profond; s'il déployait les qualités les plus éminentes du journalisme; il y avait, chez lui, une note qui dominait toutes les autres, c'était la bonté. Le seuil de sa maison était doux aux débutants; son accès toujours bienveillant. Dans tout travail, il visait surtout le point utile à la science; sans s'arrêter jamais à la forme, il reprenait l'idée, la parait, la présentait sous son jour le plus favorable, et, bien souvent, l'auteur de la communication lisait, avec surprise, une note élégamment écrite, à la place du travail informe, que les exigences de la vie médicale ne lui avaient pas donné le temps de polir.

Hippolyte Brochin était un rédacteur en chef accompli. Toutes ses pensées étaient concentrées sur le journal, aux destinées scientifiques duquel il a présidé pendant trente-cinq années. On appréciera son tact et sa délicatesse, lorsqu'on saura que, dans sa longue carrière, il n'a compté que des amis.

Et nous, qui l'entourions de notre vénération et de notre affection la plus vive, nous oubliions son âge avancé. Son esprit restait ferme, actif; il ne pouvait se décider au repos. Sa vie tout entière avait été consacrée au travail et le « Dictionnaire encyclopédique » s'enrichissait, de son côté, des travaux de ce médecin, qui a travaillé jusqu'à sa dernière heure.

Mais il a eu le bonheur de voir grandir un fils digne de lui et qui, aux succès du praticien, joint les qualités d'un rédacteur très distingué. Aussi, avec quelle tendresse notre ami associait son fils à son œuvre! Et, grâce à lui, le nom de Brochin ne disparaîtra pas du journal, où chaque ligne proclame le labeur incessant et le dévouement de celui que nous pleurons.

Nous avons voulu retracer quelques traits d'une vie de travail et d'honneur; mais nous avons compté sans l'émotion qui nous étreint. Nous avons perdu notre ami.

Puissent les regrets de tous ceux qui ont connu le docteur H. Brochin apporter, s'il se peut, un adoucissement à sa famille désolée.

Dr E. LE SOURD.

Les obsèques auront lieu mercredi 28 mars, à Saint-Étienne-du-Mont, à midi très précis.

On se réunira à la maison mortuaire, 5, place de la Sorbonne.

Les confrères qui, par erreur, n'auraient pas reçu de lettres, sont priés de considérer cet avis comme une invitation.

L'HYPNOTISME ET L'ÉCOLE DE NANCY.

Par M. le docteur BERNHEIM, professeur à la Faculté de médecine de Nancy.

La doctrine de l'École de Nancy, sur les phénomènes de l'hypnotisme, est souvent mal appréciée. Aussi je crois devoir exposer succinctement en quoi les faits que nous observons diffèrent de ceux qu'obtient l'École de la Salpêtrière.

1° Nous n'observons jamais les trois phases, léthargie, catalepsie, somnambulisme. Tous nos sujets sont susceptibles des phénomènes dits cataleptiques et somnambuliques par simple suggestion. Ni l'action d'ouvrir les yeux de l'hypnotisé, ni la friction du vertex ne modifient, en quoi que ce soit, les phénomènes, quand la suggestion (consciente ou inconsciente) n'est pas en jeu. Nous n'observons ni transfert par les aimants, ni hyperexcitabilité musculaire notable, ni symptômes de localisation fonctionnelle par attouchement des diverses régions du crâne, ni aucun autre phénomène physiologique, en dehors de la suggestion. Nous obtenons ces phénomènes quand le sujet croit (par ce qu'il a entendu dire ou vu faire chez d'autres sujets) qu'ils doivent se produire. Il ne se cataleptisera pas tant qu'on n'aura pas ouvert ses yeux, s'il est pénétré de l'idée *a priori* que l'ouverture des yeux est nécessaire pour que la catalepsie se produise. Il n'obéira pas aux suggestions d'actes ou d'hallucinations, tant qu'on n'aura pas frictionné son vertex, s'il a l'idée préconçue que la friction du vertex peut seule le sortir de sa torpeur. La léthargie n'est qu'apparente; le sujet entend et a conscience pendant toute la durée de l'état hypnotique. Les trois prétendues phases de l'état hypnotique sont suggérées.

2° Chez les grandes hystériques, l'hypnose est ce qu'elle est chez les autres sujets. Les trois phases n'existent pas chez elles, en dehors de la suggestion, pas plus que les autres caractères dits somatiques.

3° L'hystérie n'est pas un bon terrain pour l'étude de l'hypnotisme. Beaucoup de symptômes nerveux hystériformes, d'origine émotive ou résultant d'auto-suggestions, se mêlent aux phénomènes hypnotiques et en imposent à un observateur inexpérimenté. Souvent il faut une éducation suggestive, en général assez courte, du sujet, pour dégager, dans ces cas, l'hypnose du cortège des symptômes accessoires surajoutés, variables avec chaque sujet, suivant les caprices de son individualité suggestive, qui l'obscurcissent.

4° L'état hypnotique n'est pas une névrose; les phénomènes qui le constituent sont naturels et psychologiques; ils peuvent être obtenus chez beaucoup de sujets dans leur sommeil naturel.

5° L'état hypnotique n'est pas particulier aux névropathes, ni même plus facile à obtenir chez les névropathes. Dans mes salles d'hôpital, j'endors à peu près tous mes malades et convalescents, de tout âge (depuis celui de la raison), de tout sexe, de tout tempérament; j'endors les rhumatisants, les tuberculeux, les emphysémateux, les cardiaques, les dyspeptiques, etc. J'affirme, par exemple, n'avoir jamais échoué chez un tuberculeux, et presque tous tombent en sommeil profond, avec catalepsie suggestive, donnant hallucinabilité; presque toujours amnésie au réveil. *Ce n'est pas un assoupissement douteux, ce n'est pas un état hypnotique fruste* que j'obtiens chez eux, mais une hypnose profonde qui ne laisse aucun souvenir au réveil.

6° Nous ne prétendons pas que *tous* les somnambules sont de purs automates mus par la volonté de l'opérateur. Quand M. le professeur Brouardel nous fait dire que toujours la somnambule appartient au magnétiseur comme le bâton du voyageur appartient au voyageur, il exprime une idée qui n'appartient pas à l'École de Nancy. Que M. Brouardel veuille bien lire dans mon livre sur la suggestion (1) les pages 52, 53, 296, 300 à 303, et, dans le livre de M. Beaunis, le chapitre intitulé : « De la spontanéité dans le somnambulisme », page 182, il y verra développée et démontrée l'idée contraire. J'ai dit : « L'effet de la suggestion d'actes post-hypnotiques n'est pas absolument fatal; certains sujets y résistent. L'envie de commettre l'acte ordonné est plus ou moins impérieuse; ils y résistent dans une certaine mesure. Voici quelques exemples de résistance plus ou moins complète : etc. » Et, plus loin : « Dans l'état de sommeil comme dans l'état de veille, l'individualité morale de chaque sujet persiste, avec son caractère, ses penchants, son impressionnabilité spéciale. L'hypnotisation ne coule pas tous les sujets dans un moule uniforme pour en faire des automates purement et simplement, mus par l'unique volonté du magnétiseur : elle augmente la docilité cérébrale; elle rend prépondérante l'activité automatique sur l'activité volontaire. Mais celle-ci persiste dans une certaine mesure; le sujet pense, raisonne, discute, accepte plus aisément qu'à l'état de veille, mais n'accepte pas toujours, etc. »

Ce que nous affirmons, c'est que, parmi les somnambules (avec hallucinabilité et amnésie au réveil), il en est (dans la proportion de 1 sur 6, d'après M. Liébault), dont le pouvoir de résistance est assez diminué pour qu'ils soient à la merci du magnétiseur. Le viol, par exemple, contrairement à ce que dit M. Brouardel, peut être commis sur *certaines* somnambules, non hystériques et non léthargiques, sans résistance de leur part. Le médecin légiste qui, dans un cas d'accusation de viol en somnambulisme, déclarerait le fait impossible, par cela seul qu'il ne constate pas chez la victime les caractères de l'hystérie, risquerait d'égarer la justice.

7° Tous les procédés d'hypnotisation se réduisent à la suggestion. La vue d'un objet brillant ne réussit que chez un petit nombre de personnes, et quand elle réussit chez des sujets qui ne savent pas qu'on veut les endormir, c'est parce que la fatigue des paupières qui en résulte produit l'occlusion des yeux et que celle-ci suggère l'idée du sommeil. Les *prétendues zones hypnogènes* n'existent pas, en dehors de la suggestion. J'endors tous mes sujets, souvent instantanément, en touchant un point arbitraire du crâne, en affirmant qu'ils vont dormir, ou sans rien dire, pour peu qu'ils aient vu d'autres sujets hypnotisés par ce procédé. L'idée seule fait le sommeil.

8° La suggestion est la clef de tous les phénomènes hypnotiques. Pour avoir une conception bien nette de l'état hypnotique, il ne suffit pas d'avoir assisté à quelques expériences, d'avoir vu hypnotiser ou même hypnotisé soi-même quelques sujets très hypnotisables, d'avoir fait de la catalepsie et des hallucinations. Il faut avoir expérimenté sur des centaines de sujets neufs : il faut avoir manié la suggestion, l'adaptant à chaque individualité spéciale; il faut avoir scruté longtemps et pénétré à travers de nombreux tâtonnements le mécanisme psychologique, purement psychologique, des phénomènes. Aucune méthode d'investigation clinique n'exige un apprentissage aussi long. Tout médecin d'hôpital qui, dans son service clinique, n'arrive pas à hypnotiser 80 p. 100 de ses malades, doit se dire qu'il n'a pas encore l'expérience suffisante en la matière et s'abstenir de jugement précipité sur la question.

Si nous réussissons, à Nancy, à influencer presque tous nos sujets, c'est parce que nous savons manier la suggestion et reconnaître les états hypnotiques par leurs caractères psychiques, alors que d'autres, non expérimentés, les méconnaissent, cherchant de prétendus caractères somatiques qui n'existent pas. Tous nos confrères qui voudront passer quelques jours à Nancy seront pleinement édifiés à cet égard, comme l'ont été nombre de collègues étrangers qui m'ont fait l'honneur de suivre ma clinique et dont je pourrais apporter les témoignages à l'appui de mon affirmation catégorique. Je citerai seulement quelques passages d'un article que M. le professeur Forel (de Zurich), qui m'a fait l'honneur d'étudier l'hypnotisme à ma clinique, a publié dans la *Gazette hebdomadaire médicale* de Munich, en réponse aux assertions incompétentes émises à la Société de médecine de Berlin :

« Le professeur Ewald pense que la suggestion est plus difficile à réaliser à Berlin qu'en France, parce que les Français sont particulièrement épuisés et névropathes. Pourquoi donc est-ce que je réussis, maintenant que j'ai peu à peu acquis l'expérience et l'assurance nécessaires, à hypnotiser les Zurichois et les Allemands du Sud, aussi bien que MM. Bernheim et Liébeault à Nancy? (M. Forel arrive à réussir chez 80 p. 100 de ses sujets.)

Ewald prétend que le succès facile de l'hypnose à Nancy tient à une contagion psychique de la population. L'exemple prédispose. Je n'ai absolument rien trouvé de spécial

(1) *De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique*, 2[e] édition, Paris.

sous ce rapport dans la population de Nancy, et à mon retour de Nancy, j'ai pu hypnotiser facilement les Zurichois, bien qu'ils ne fussent pas préparés par l'exemple à la suggestion. Je trouve en général que l'hystérie, de même que les maladies mentales, sont peu favorables à la suggestion. L'instrument avec lequel on travaille dans l'hypnose, c'est le cerveau, et il travaille d'autant mieux, avec d'autant plus de précision qu'il est plus sain. Je puis, avec la plus entière conviction et par expérience personnelle, confirmer l'École de Nancy quand elle dit : Les sujets sains d'esprit et qui ont un sommeil normal, les gens simples du peuple sont sans conteste les plus faciles à hypnotiser et à influencer par la suggestion; et cela, les hommes aussi bien que les femmes. »

Quant aux trois célèbres phases de ce qu'on appelle « la grande hypnose de la Salpêtrière » je n'en ai jamais rien vu, pas même chez les hystéro-épileptiques.

Telle est ma profession de foi sommaire sur la matière. Aucune discussion ne tranchera la question ni pour, ni contre nous. Ce sont des faits que nous démontrons et vérifions journellement; nul argument ne prévaut contre les faits bien observés.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Fournier.

De l'urticaire en général et de ses variétés, fièvre ortiée, urticaire chronique, etc. (1).

IV

Un second type est constitué par l'urticaire chronique, forme décrite, par quelques auteurs, sous le nom de *Cnidosis* (κνιδη, ortie).

L'urticaire chronique n'est pas une urticaire persistante, d'une façon chronique, comme l'eczéma chronique, mais bien une affection constituée par une série indéfinie de poussées aiguës et transitoires et d'éruptions ortiées. L'éruption est toujours de l'urticaire dans ses diverses modalités. Quand on a une urticaire chronique, on l'a pour longtemps, car elle se répète des centaines, des milliers de fois; on l'a pour des années et quelquefois pour toujours. C'est ainsi, que je trouve dans quelques observations, que j'ai dépouillées pour cette leçon, des cas d'urticaire chronique durant depuis huit mois, un an et demi, dix ans, dix-sept ans, dix-huit ans, vingt-huit ans! Sûrement les récidives se font à des intervalles très variés, et les poussées successives sont susceptibles d'une durée non moins variable; quelquefois elles sont très espacées (trois, quatre, cinq ou six dans une année), tandis que d'autres sont bien plus rapprochées, tous les quinze jours, tous les huit jours, tous les jours, et même plusieurs fois par jour. Ces crises peuvent être éphémères ou permanentes. Dans ces cas elles ne sont pas toujours bien tolérées, et peuvent réagir sur le moral, amener le spleen, le découragement, le désespoir, la mélancolie, voire même le suicide.

D'autre part, aux troubles moraux s'ajoutent les souffrances réelles de prurit, d'énervement, d'insomnie, retentissant sur tout l'organisme : de là diminution et perte de l'appétit, troubles digestifs, dyspepsie, gastralgie et, par suite, amaigrissement, dénutrition, perte des forces, nervosisme, enfin défaillance de la santé.

Relativement à l'étiologie, deux points principaux sont à noter :

1° Dans un certain nombre de cas, le Cnidosis est une affection secondaire, symptomatique d'autres maladies primordiales, une sorte de réflexe cutané se produisant à l'occasion et par le fait de divers états de souffrance de l'organisme. C'est ainsi qu'on l'a observé à la suite d'affections gastro-intestinales (catarrhe chronique de l'estomac ou de l'intestin, gastralgie, dilatation de l'estomac, affection du foie), de troubles extérieurs, dérangements de la menstruation, ou bien encore chez les rhumatisants, les goutteux comme une manifestation de l'arthrite.

Mais, cela reconnu, il n'en reste pas moins certain, d'autre part, qu'une cause plus prochaine, plus puissante, préside à la genèse de l'urticaire, et que cette cause mystérieuse, insaisissable, réside dans une prédisposition, une sorte d'idiosyncrasie particulière qui fait que, sous une incitation donnée, le réflexe ortié se produit et se répète de façon à déterminer ces poussées incessantes, qui constituent l'urticaire chronique. Et la preuve en est que l'urticaire est loin d'être une manifestation constante des divers états organiques dont nous venons de parler; au contraire, elle ne se produit que chez un très petit nombre de sujets, affectés de ces maladies. La preuve en est aussi chez les sujets atteints d'urticaire chronique, il existe une susceptibilité telle de la peau que l'urticaire, chez eux, est non pas seulement en puissance, mais *in actu* d'une façon permanente. C'est ainsi que, chez eux, tout est prétexte à l'éruption, quel que soit l'excitant, à quelque point qu'il frappe, et que l'urticaire se manifeste à propos de n'importe quelle impression : chaleur, froid, courant d'air, pression, froissements, traumatisme, repas un peu copieux, digestion difficile, aliment lourd, émotion morale, etc., etc. M. Hardy raconte le fait d'une femme du monde, obligée de se décolleter et ne pouvant rester dans un salon chaud, sans avoir tout aussitôt la poitrine et les épaules couvertes d'urticaire. Chez elle, la susceptibilité de la peau était telle qu'elle avait dû renoncer aux bains froids, quoiqu'elle les adorât, de même pour les bains de son, dont elle sortait le corps couvert d'urticaire, et plusieurs fois même elle perdit connaissance en sortant de l'eau. Elle ne pouvait même pas s'amuser, les pieds dans l'eau, à pêcher la crevette, sans avoir aussitôt une formidable éruption sur les jambes. Bien plus, il lui suffisait de se laver les mains à l'eau froide, pour provoquer une urticaire intense, des mains et des avant-bras, avec démangeaisons violentes. Tel est le cas curieux de cet ecclésiastique cité par Alibert, qui ne pouvait célébrer le sacrifice de la messe, parce que l'émotion qu'il en éprouvait, déterminait chez lui infailliblement une éruption abondante d'urticaire.

En pareils cas, l'urticaire constitue l'expression cutanée d'un état constitutionnel non défini, quant à son essence, mais absolument réel et authentique. C'est ainsi que nombres d'auteurs ont voulu faire de l'urticaire une affection constitutionnelle.

Nous voici arrivé au troisième groupe, c'est-à-dire des urticaires accidentelles ou symptomatiques.

Ce groupe se compose d'une foule de types d'origines aussi différentes que multiples, et n'ayant entre eux qu'un lien commun, celui d'une éruption cutanée de même caractère; ils diffèrent du premier groupe, en ce qu'ils ne constituent jamais un état morbide, comparable à la fièvre ortiée, non plus que l'ensemble de ses symptômes

---

(1) Suite. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 281.

généraux, et l'irritation relativement méthodique et réglée qui caractérise cette affection; ils diffèrent également du second cas, ils n'ont jamais ce caractère désolant de chronicité du Cnidosis. Bref ce groupe est purement artificiel, et comprend les urticaires qu'on ne peut classer ailleurs.

Ces urticaires accidentelles ou symptomatiques doivent être divisées en deux sous-groupes : les urticaires de cause externe, c'est-à-dire provenant d'une excitation cutanée, et les urticaires de cause interne, résultant d'une excitation viscérale ou générale.

Premier groupe. — Les causes externes, capables de produire l'urticaire, sont très nombreuses et très variées; ce sont : 1° le contact de certaines orties; 2° le contact des soies de quelques espèces de chenilles, notamment des chenilles dites processionnaires; cette influence peut se produire à distance, c'est-à-dire par les soies détachées de l'animal lors de sa transformation en chrysalide, et allant se fixer sur la peau; 3° le contact avec certains animaux marins (Actinies ou Médéens, vulgairement appelées orties de mer); 4° les piqûres de certains insectes (cousins, mouches, etc.); 5° bien plus souvent l'éruption succède à l'irritation déterminée par les épizoaires (puces, punaises, poux, acarus) et par le grattage qu'entraîne leurs piqûres, c'est ce qu'on peut appeler l'urticaire parasitaire. Elle est des plus fréquentes chez l'enfant, aussi doit-on toujours, chez lui, rechercher un parasite comme origine de son urticaire, surtout si l'éruption est nocturne. 6° Chez certains sujets à peau particulièrement irritable, des topiques, généralement inoffensifs, peuvent déterminer des éruptions ortiées; ainsi le sparadrap de Vigo, l'arnica, la térébenthine, le baume du Pérou, l'acide phénique étendu 5 p. 100, les bains sulfureux, la farine de lin. 7° Le froid est une cause d'excitation cutanée qui, en nombre de cas, se traduit par de l'urticaire, et assez souvent à un certain âge seulement. Ainsi le professeur Béhier a souvent raconté qu'après avoir pris des bains froids, sans inconvénient, pendant une partie de sa vie, il avait été forcé d'y renoncer dans l'âge mûr, chaque bain froid lui donnait alors de l'urticaire. M. Blachez a aussi rapporté une observation des plus curieuses, concernant une femme de quarante-cinq ans, qui prenait de l'urticaire, sous l'influence du plus léger refroidissement. Si elle sortait et qu'elle sentît l'impression du vent, ou d'une température un peu basse, immédiatement toute la face et la partie supérieure du cou se couvraient d'urticaire. Il suffisait même de lui placer une pièce de monnaie sur le bras, pour développer aussitôt de l'urticaire par le contact du métal un peu froid. Si elle ne prenait pas la précaution de faire chauffer ses bottines, la sensation de la chaussure froide, à travers les bas, provoquait de l'urticaire douloureux, à la plante des pieds, etc., etc.

8° L'urticaire traumatique. On a vu maintes fois des éruptions ortiées succéder à des irritations traumatiques, même les plus légères, où l'intensité du traumatisme paraît n'être pour rien dans la production des phénomènes. Ainsi, la simple piqûre de sangsues, appliquées sur la peau ou sur le col utérin. Parmi ces urticaires traumatiques, nous devons une mention spéciale, à celle qui suit la ponction de kystes hydatiques du foie. M. Dieulafoy en a réuni, il y a quelques années, une cinquantaine d'observations, et depuis lors il ne les compte plus, tant elles sont fréquentes. Cette urticaire, suite de ponction d'un kyste, apparaît au bout de quelques minutes, et dure un ou deux jours, avec tous les caractères de l'éruption ortiée. S'agit-il d'une affaire de traumatisme, ou bien, comme d'aucuns l'ont prétendu, de la pénétration du liquide hydatique, dans une séreuse, plèvre ou péritoine? La question n'est pas résolue, mais le fait existe.

Voici pour le groupe des urticaires accidentelles, relevant d'une cause extérieure.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 mars 1888. — Présidence de M. Siredey.

COMMUNICATIONS

Traitement du rachitisme par le phosphore. — M. COMBY fait une communication sur un nouveau traitement du rachitisme proposé par M. Kassowitz (de Vienne), et qui consiste en petites doses de phosphore, 1 milligramme par jour. Plusieurs médecins, à l'étranger, ont adopté ce traitement; d'autres le combattent. M. Comby a voulu se faire une opinion basée sur des observations personnelles. Depuis quinze mois, il a traité, par l'huile de foie de morue phosphorée, 40 rachitiques âgés de dix à trente mois. Il n'a constaté aucun inconvénient sérieux de l'emploi du phosphore à la dose maxima de 1 milligramme par jour. Sur ces 40 cas traités, il y a eu 21 améliorations légères ou notables, 18 états stationnaires, 1 aggravation. Même après un an de traitement, les incurvations osseuses ne sont pas redressées.

M. Comby a traité comparativement 40 rachitiques par les bains salés avec addition, dans quelques cas, d'huile de foie de morue ou de phosphate de chaux. Dans ces cas, pas de mortalité, 2 guérisons complètes, 4 états stationnaires, 34 améliorations. Donc les bains salés sont supérieurs au phosphore dans la cure du rachitisme.

En résumé, il faut combattre le rachitisme par une bonne alimentation, le séjour à la campagne ou sur les bords de la mer, les bains salés naturels ou artificiels, etc. L'huile de foie de morue, le phosphate de chaux, le phosphore ne viennent qu'en seconde ligne.

Intoxication hydatique. — M. DEBOVE a observé deux cas de kystes hydatiques, l'un du poumon gauche, l'autre du foie, dans lesquels, après une ponction, sont survenus divers accidents, de l'urticaire, de la dyspnée, etc., accidents qu'il croit causés par la résorption du liquide hydatique qui, selon lui, aurait des propriétés toxiques. Cette pathogénie de l'urticaire hydatique paraît, en outre, démontrée par des expériences que M. Debove a communiquées à l'Académie des sciences.

Indépendamment de l'urticaire, M. Debove a constaté, chez ses deux malades, une dyspnée très intense, qui lui paraît devoir être expliquée par la théorie de l'intoxication.

M. FÉRÉOL croit très probable la nature infectieuse des urticaires dont vient de parler M. Debove. Toutefois on peut se demander comment il se fait que les urticaires soient si rares relativement au nombre des kystes ponctionnés. En outre l'urticaire apparaît, quelquefois aussi, chez des malades atteints de kyste hydatique, avant même toute ponction.

M. LABOULBÈNE pense qu'il y aurait lieu de rechercher s'il n'existe pas, dans les liquides des kystes hydatiques, un de ces poisons qu'a étudiés M. Gautier sous le nom de ptomaïnes et de leucomaïnes.

M. DEBOVE dit que l'absence d'urticaire après la ponction peut s'expliquer par ce fait qu'il n'y a pas d'épanchement dans le péritoine. D'autre part il y a une grande variété d'un sujet à l'autre : témoin l'urticaire déterminée par les moules. Quant aux urticaires sans ponction, on peut admettre la coïncidence. Il y a en outre toujours un certain échange entre les hydatides et les tissus vivants.

M. LABBÉ cite l'observation d'une femme paraissant atteinte de phthisie qui avait un kyste hydatique de la face convexe du

foie qui s'est ouvert dans le poumon, a déterminé une gangrène pulmonaire, ce qui n'a pas empêché la malade de guérir. Elle n'était pas phthisique. Dans ces cas, la ponction n'est pas suffisante, il faut faire d'emblée le traitement curatif des kystes hydatiques du foie.

Pathogénie de l'albuminurie par altération des albuminoïdes du sang. — M. HAYEM lit un travail sur ce sujet. Dans les albuminuries chroniques avec altérations des reins, la lésion est considérée par beaucoup d'auteurs comme primitive. Pour d'autres, l'origine de ces albuminuries se rattacherait à une altération des matières albuminoïdes du sang. M. Hayem a fait une série de recherches et d'expériences sur ce sujet, et il termine en disant : Il résulte de cette étude critique et expérimentale que l'influence des modifications des matières albuminoïdes du sang sur la production de l'albuminurie et des néphrites chroniques est loin d'être démontrée.

Traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids. — M. FRANTZ GLÉNARD (de Lyon) lit un travail sur ce traitement dans les cas où le sujet se trouve placé dans des conditions d'âge, de santé, de tempérament, de complications etc., qui nécessitent des modifications dans la technique de la méthode. C'est ce qu'il appelle l'individualisation du traitement.

Il passe successivement en revue les conditions individuelles extérieures à la fièvre typhoïde qui peuvent faire hésiter les médecins dans l'indication ou l'application du traitement par les bains froids. Parmi ces conditions les unes sont physiologiques, telles que l'âge, la menstruation, la grossesse, la puerpéralité, l'allaitement; les autres sont pathologiques : ce sont l'obésité, l'épilepsie, l'hystérie, le rhumatisme, la goutte, les affections pulmonaires, la phthisie, les affections cardiaques, le surmenage.

Relativement à l'âge, même traitement pour l'enfant que pour l'adulte ; le bain à 20 degrés sera seulement de huit à dix minutes au lieu de quinze. Après cinquante ans, remplacer le grand bain froid par un grand bain chaud graduellement refroidi de 30 à 20 degrés. La menstruation, la grossesse, l'allaitement, l'état puerpéral n'entraînent aucune modification dans la formule générale du traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids. Parmi les conditions pathologiques, l'obésité indique un traitement plus sévère, bain à 15 degrés et de vingt minutes si la température l'exige. Pour l'épilepsie et l'hystérie, pas de modifications à la formule générale ; pour le rhumatisme et la goutte, continuer les bains, ajouter le salicylate et la quinine. Dans le catarrhe bronchique chronique, s'il est léger, formule générale ; s'il est accentué, commencer par des bains à 30 degrés graduellement refroidis pendant vingt à trente minutes. Agir de même dans l'emphysème et la pleurésie ancienne. Selon M. Frantz Glénard, la méthode de Brand est, sinon contre-indiquée, au moins inutile dans la phthisie qui vient compliquer une fièvre typhoïde ; dans les affections du cœur, formule générale si le sujet est jeune et l'affection cardiaque bien tolérée ; dans le cas contraire, bains à 30 degrés ou lotions froides.

La séance est levée.

Séance du 23 mars 1888. — Présidence de M. Siredey.

COMMUNICATIONS

Athétose. — M. FÉRÉOL présente un malade atteint d'athétose. C'est un homme de vingt-cinq ans qui a eu, dit-il, la fièvre typhoïde à cinq ans ; à la suite de cette maladie, il a eu de l'hémiplégie, de la contracture et depuis ce temps il conserve de l'hémichorée. Le spasme se produit surtout dans la main droite. Ce qui caractérise ce cas, c'est qu'il n'a pas d'anesthésie, les sens sont intacts. Il y a une atrophie marquée de tout le côté droit du corps.

M. RENAULT communique l'observation d'une jeune fille de vingt-cinq ans qui a également une hémiathétose bien nette, mais sans hémiplégie et sans atrophie. Elle a eu une fièvre typhoïde à quatre ans et c'est depuis qu'elle présente cette athétose.

Traitement des attaques épileptiformes par les applications de pointes de feu sur le cuir chevelu. — M. CH. FÉRÉ présente un malade qui, six mois après une attaque d'hémiplégie, a été atteint d'épilepsie, dont les attaques présentaient les caractères de l'épilepsie vulgaire, sans aucun signe de localisation. Ces attaques, qui se répétaient tous les quinze jours, ont été considérablement éloignées, sous l'influence d'applications de pointes de feu sur la région du cuir chevelu, paraissant correspondre à la lésion cérébrale qui a produit l'hémiplégie. Le traitement a commencé le 10 février 1887, et depuis cette époque le malade n'a eu que trois accès, le dernier il y a cinq mois. M. Féré a obtenu encore de bons résultats sur sept autres malades, dans des conditions analogues. Il pense que, dans bon nombre de cas, la lésion cérébrale ne fait que déterminer l'épilepsie vulgaire, chez certains sujets prédisposés, comme le ferait une lésion périphérique. Plusieurs de ses malades présentaient, d'ailleurs, des phénomènes d'épilepsie partielle, et ont obtenu aussi de l'amélioration.

Traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids. — M. RICHARD a reçu une note de M. le docteur Digé, médecin aide-major à Niort, qui a traité par les bains froids 36 hommes atteints de fièvres typhoïdes. Il n'a eu que 2 décès et a constaté de très bons effets de ce mode de traitement.

M. Richard a eu à traiter, dans ces derniers temps, 76 hommes atteints de fièvre typhoïde. 38 ont été traités par les bains froids, 38 par les moyens ordinaires. Il a perdu 2 malades sur les 38 qui ont été baignés et 4 sur les 38 autres. Il a surtout constaté, sous l'influence des bains froids, un amendement considérable des symptômes nerveux. Il a eu deux cas d'hémorrhagie intestinale, l'un traité par la méthode de Brand, l'autre par les moyens habituels. Chez le premier de ces deux malades, les accidents hémorrhagiques ont très rapidement disparu, chez le second ils se sont rapidement terminés par la mort. Voici comment a procédé M. Richard dans l'application de ces bains froids ; huit bains par jour, en moyenne, d'un quart d'heure chaque. Un bain toutes les trois heures sauf pendant la nuit où l'application des bains était suspendue de onze heures du soir à six heures du matin, par suite de l'insuffisance du personnel. Il fait prendre un grand verre d'eau aux malades pendant qu'ils sont dans leur bain. En résumé, M. Richard est un partisan convaincu de l'emploi des bains froids dans le traitement de la fièvre typhoïde ; il est persuadé que cette méthode de traitement est appelée à rendre de grands services. Elle entraîne malheureusement des difficultés matérielles qui en rendent parfois l'application très difficile.

M. FÉRÉOL fait observer que la conduite suivie par M. Richard, n'est pas tout à fait la méthode de Brand, à cause de l'interruption des bains pendant la nuit.

M. JUHEL-RENOY, à propos des cas d'hémorrhagies intestinales dont a parlé M. Richard, dit qu'il est démontré que les bains froids sont le meilleur moyen de les prévenir. Il ajoute qu'aujourd'hui plus de vingt mille malades ont été traités par cette méthode et n'ont donné qu'une mortalité de 4 p. 100.

M. DU CAZAL a pu se rendre compte des avantages de cette méthode pendant l'épidémie de fièvre typhoïde qui a eu lieu à Clermont-Ferrand. Malheureusement, à cause des difficultés matérielles de l'application des bains froids, puisqu'il n'avait que trois baignoires pour soixante-dix malades, il n'a pu y soumettre tous ses hommes atteints de fièvre typhoïde et a été obligé de les réserver pour les plus gravement atteints. Or, il s'est trouvé que la mortalité a été plus considérable sur les malades soumis aux traitements ordinaires, bien que moins gravement malades, que sur ceux qui ont été soumis à la méthode de Brand. Il croit que les bains froids sont le meilleur moyen à employer contre les hémorrhagies intestinales. Pour M. du Cazal les indications principales des bains froids dans la fièvre typhoïde sont la bronchite, l'ataxie et l'hémorrhagie.

M. RICHARD dit qu'il faut distinguer les hémorrhagies congestives du début des hémorrhagies ulcératives de la fin de la maladie. Les premières se trouvent très bien des bains froids, il n'en est peut-être pas de même des secondes.

M. DU CAZAL pense qu'il en est des hémorrhagies comme des pneumonies, et que les bains froids sont le plus sûr moyen d'éviter les unes et les autres.

M. FÉRÉOL a perdu deux malades, traités par les bains froids, de pneumonie. Mais il attribue ces décès beaucoup plus à la manière défectueuse dont la méthode a été appliquée qu'à la méthode elle-même.

M. BARTH persiste à considérer la pneumonie comme un des périls de la méthode de Brand. Il a vu, à l'hôpital, deux malades, soumis à cette méthode, mourir en quarante-huit heures de pneumonies franches, doubles. Il a vu, en ville, un malade atteint de fièvre typhoïde et qui a été traité, dans les meilleures conditions, par les bains froids. Les précautions les plus minutieuses étaient prises. On lui donnait huit bains par vingt-quatre heures; ce malade a pris ainsi quatre-vingts bains. On avait obtenu une amélioration considérable des phénomènes nerveux quand, sans cause appréciable autre que les bains froids, il fut pris d'une pneumonie qui l'emporta en quarante-huit heures.

M. JUHEL RENOY dit que les statistiques démontrent qu'on observe trois ou quatre fois moins la pneumonie avec la méthode de Brand qu'avec les autres traitements.

M. LABBÉ, tout en reconnaissant l'efficacité des bains froids, fait observer que les diurétiques, le lait en particulier, l'alimentation et l'alcool, joints aux bains froids, contribuent pour une bonne part aux résultats heureux qu'on obtient dans le traitement de la fièvre typhoïde.

Cancer latent. — M. BLACHEZ communique l'observation et présente les pièces d'une malade qui est venue mourir de syncope dans son service. Cette malade était cachectique, mais elle n'avait jamais présenté aucun trouble dyspeptique, aucun vomissement, aucune douleur. M. Blachez avait soupçonné chez elle l'existence d'un cancer latent. En effet, on a trouvé, à l'autopsie, un énorme cancer de l'estomac.

A quatre heures et demie, la Société se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décrets, en date du 22 mars 1888, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. Roques, aide-médecin, docteur en médecine, et Morin, docteur en médecine, ancien médecin auxiliaire de la marine.

— Par décret, en date du 22 mars 1888, ont été nommés dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de première classe de la marine, en retraite, Chauvin, Nègre et Eyssautier.

— Par décrets, en date du 24 mars 1888, M. Berson, docteur ès sciences, est nommé professeur de physique à la Faculté des sciences de Toulouse, avec dispense de stage ; — M. Fallot, docteur ès sciences, est nommé professeur de géologie et de minéralogie à la Faculté des sciences de Bordeaux; — M. Joly, docteur ès sciences, maître de conférences de chimie à la Faculté des sciences de Paris, est nommé professeur adjoint à ladite Faculté.

— Par arrêté ministériel, en date du 5 mars 1888, M. le docteur Chauffard, médecin du Bureau central, est nommé médecin titulaire de l'institution Sainte-Périne; — M. le docteur Oulmont, médecin du Bureau central, est nommé titulaire de la Maison de retraite de La Rochefoucauld ; — M. le docteur Richelot, chirurgien du Bureau central, est nommé chirurgien titulaire de l'hospice de Bicêtre; — M. le docteur Lailler, ancien médecin de l'hôpital Saint-Louis, est nommé médecin honoraire des hôpitaux et hospices de Paris ; — M. le docteur Cruveilhier, ancien chirurgien de l'hôpital Beaujon, est nommé chirurgien honoraire des hôpitaux et hospices de Paris.

— Par arrêté préfectoral, en date du 21 mars 1888, M. le docteur Mary-Durand est nommé membre de la Commission d'hygiène publique et de salubrité du Ier arrondissement de Paris, en remplacement de M. Méteyer, décédé.

— Un concours public, pour la nomination à trois places de médecin du Bureau central, s'ouvrira le lundi 30 avril 1888, à midi, à l'administration centrale de l'Assistance publique, à Paris, avenue Victoria, nº 3.

MM. les docteurs, qui voudront concourir, se feront inscrire au secrétariat général de l'administration, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 26 mars 1888, et sera clos définitivement, le samedi 14 avril suivant, à trois heures.

— Un concours public pour la nomination à deux places de chirurgien du Bureau central s'ouvrira le vendredi 4 mai 1888, à midi, à l'administration générale de l'Assistance publique, à Paris, avenue Victoria, nº 3.

MM. les docteurs, qui voudront concourir, se feront inscrire au secrétariat général de l'administration de midi à trois heures et y déposeront leurs titres. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le mardi 3 avril 1888 ; il sera clos définitivement le samedi 21 avril, à trois heures.

— Le conseil général des Facultés de Paris a autorisé, pour le second semestre de l'année scolaire 1887-1888, l'ouverture, à la Faculté de médecine, des trois cours libres suivants : docteur Queyrot (appareil circulatoire); docteur Legendre (maladies du tube digestif chez les enfants); docteur Duchâtelet (opérations sur l'appareil génito-urinaire).

— Le banquet annuel des internes en médecine des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 7 avril, à sept heures, dans les salons du Grand-Hôtel, sous la présidence de M. le professeur Hardy. Le prix de la cotisation (20 francs pour les anciens internes, 16 francs pour les internes en exercice), peut être remis, soit dans les hôpitaux, à l'interne en médecine, économe de la salle de garde; soit à l'un des commissaires : MM. Piogey, Bottentuit et Tillot (Émile).

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le personnel du laboratoire de pathologie expérimentale et comparée, est composé comme suit : chef du laboratoire, M. Wurtz; moniteurs, MM. Sanchez-Toledo, Foureur et Veillon.

— M. le docteur Émile Ménière est chargé d'une mission à l'effet de représenter le ministère de l'instruction publique au Congrès international d'otologie, qui s'ouvrira à Bruxelles en septembre 1888.

— La sixième conférence transformiste sera faite le jeudi 12 avril 1888, à quatre heures de l'après-midi, à la Société d'anthropologie de Paris, 15, rue de l'École-de-Médecine. Le conférencier, M. le docteur A. Bordier, traitera des « Microbes et le Transformisme ».

— Une exposition internationale d'hygiène et de sauvetage s'ouvrira à Ostende, le 3 juin prochain. — Pour tous les renseignements s'adresser au secrétaire : M. L. de Vriese, rue des Regnesses, 3, à Gand.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Chabannes (de Saint-Seurin-de-Cadourne); Achille Cosserat (de Padoux); Jeaubernat (de Toulouse); Maurin (de Viviers); Piéchaud père (de Bordeaux); Roux (de Meximieux); Vibert, chirurgien en chef de l'hôpital du Puy, et de M. le docteur Baader (de Bâle).

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. Munier-Chalmas, sous-directeur du laboratoire de recherches du cours de géologie, fera, pendant la semaine de Pâques, une excursion géologique dans l'Ar-

denne, de Mézières à Givet, etc., pour l'étude des terrains cambrien, dévonien et jurassique.

Les personnes, qui désireraient faire partie de cette excursion, sont invitées à se faire inscrire au laboratoire de géologie, de deux heures à quatre heures, avant le vendredi 30 mars 1888. Le rendez-vous, pour le départ, est à la gare des chemins de fer de l'Est, le lundi 2 avril, à onze heures et demie précises du matin. Le retour aura lieu le dimanche 9 avril par le train de six heures dix-sept du matin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

33

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidulées, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. HENRY.

THERMALITÉ 13°	SAINT-JEAN	RIGOLETTE	PRÉCIEUSE	DÉSIRÉE	MAGDELEINE
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse..	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre..................		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux..................		
Chlorure de sodium..................		
Matières organiques..................		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

62

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

S[t] dép. dét. à Paris, Ph[ie] LEBEAULT, 53, Réaumur.

ENTREPOT GÉNÉRAL : 5, rue Bourg-L'Abbé, Paris.

54

BLENNORRHAGIE — CYSTITE
ÉCOULEMENTS AIGUS OU CHRONIQUES DE L'URETHRE OU DE LA VESSIE.

PILULES DE KAVA FOURNIER

Ces pilules guérissent en quelques jours, surtout l'état aigu, sans *fatigue pour l'estomac*, ni *renvois*, ni *diarrhée*, ni *odeur des urines*.

Médaille d'or, Paris 1885.

Exiger sur chaque pilule la signature du D[r] FOURNIER, 22, place de la Madeleine, Paris.

54

TRAITEMENT DES

MALADIES CONSOMPTIVES

PAR LA MUSCULINE GUICHON ET LES POTIONS ALCOOLIQUES graduées (formules du D[r] Fusier) préparées à la Trappe des Dombes (Ain).

S'adresser au Frère Procureur, à Notre-Dame-des-Dombes, par Villars (Ain), et chez tous les droguistes et Pharmaciens.

29

VIN DU DOCTEUR CABANES
(KINA CABANES)

AU LACTOPHOSPHATE DE CHAUX ET DE FER
ET AU QUINQUINA TITRÉ

Contre *Dyspepsie, Anémie, Chlorose, Convalescences, Inappétence, Formation des jeunes filles, Menstruations difficiles et douloureuses.*

DOSE : Un verre à madère avant chaque repas. — Se trouve dans toutes les ph[ies].

GROS : E. MAZIER, 264, boul. Voltaire, Paris.

93

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des Dyspepsies amylacées.
TITRÉE PAR LE D[r] COUTARET.

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a reçu l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon. Académie des sciences de Paris. Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liège, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

GROS : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

66

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires**, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

83

PASTILLES DU PÉROU LECERF

Au bromhydrate de cocaïne pur.

Ces pastilles, d'un goût agréable, et titrées à 1/2 centigramme de **bromhydrate**, s'emploient avec succès contre : les TOUX NERVEUSES, les GASTRITES, GASTRALGIES, les VOMISSEMENTS DE LA GROSSESSE, etc.

Ph[ie] LECERF, 222, faubourg Saint-Antoine, et toutes pharmacies. — *La boîte : 2 fr.* 50.

24

POUGUES SAINT-LÉGER

Les seules eaux alcalines reconstituantes

Maladies de l'estomac et des intestins, gravelle, diabète, appauvrissement du sang, métrites, leucorrhée, dysménorrhée, chlorose, anémie.

Des caisses sont mises, à titre gracieux, à la disposition de MM. les docteurs. Adresser les demandes, 15, Chaussée d'Antin, Paris.

177

PASTILLES HOUDÉ

AU CHLORHYDRATE DE COCAÏNE

Grâce à l'anesthésie qu'elles produisent, nos **Pastilles de chlorhydrate de cocaïne** ne tardent pas à procurer le plus grand soulagement et à calmer les douleurs dans les **maladies de la gorge**, dans les **enrouements**, les **extinctions de la voix**, dans les **laryngites** et les **angines**.

Elles contribuent à faire disparaître les **picotements, chatouillements**, et à **tonifier les cordes vocales**; très utiles pour combattre le mal de mer, vomissements, les maladies de l'œsophage et de l'estomac en facilitant la déglutition.

DOSAGE. — Chacune de nos pastilles renferme 2 milligrammes de chlorhydrate de cocaïne.

MODE D'EMPLOI. — De 6 à 12 par jour suivant l'âge; les prendre une heure avant les repas.

Dépôt : **A. HOUDÉ**, 42, r. f[g] St-Denis, Paris et ph[ies].

35

SOLUTION PELISSE

AU BENZOATE DE SOUDE DU BENJOIN

Recommandée dans les
Affections aiguës et chroniques
de la **GORGE** et de la **POITRINE**.

DOSAGE : Une cuillerée à soupe représente 75 centigrammes du médicament.

DÉPÔT, 4, r. de la Sorbonne. Détail d[s] les Ph[ies].

39

LA POUDRE DE VIANDE ROUSSEAU

garantie d'une conservation illimitée et d'une odeur et d'un goût agréables, rend facile et pratique l'alimentation thérapeutique.

Paris, 3 *bis*, rue Bleue.

47

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

65

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

39

Méd. aux Exp. : Vienne, Philadelphie, Paris, Sydney.

INHALATIONS D'OXYGÈNE

APPAREIL DE LIMOUSIN

INHALATEUR, location, 5 francs par semaine. GAZ, 0 f. 10 le litre. — Appareil complet pour fabriquer et respirer, avec boîte, **130** francs.

Ph[ie] LIMOUSIN, 2 *bis*, rue Blanche, Paris.

55

PHTHISIE, TUBERCULOSES

PERLES D'IODOFORME

DU D[r] CLERTAN.

Chaque perle contient 5 centigr. d'iodoforme dissous dans l'éther.

DOSE MOYENNE. — *2 perles à chaque repas.*

Grâce à ce procédé, approuvé par l'**Académie de médecine**, l'odeur de l'iodoforme est supprimée et il n'y a pas à craindre d'effet de contact irritant.

INDICATIONS. — Toutes les **tuberculoses** : *Phthisie aiguë et chronique, adénites, scrofules;* **Antisepsie gastro-intestinale** : *Dyspepsie, diarrhées fétides, fièvre typhoïde, etc.*

Très employées dans les Hôpitaux de Paris. — Formulaire et annuaire du profess[r] BOUCHARDAT.

4

PHTHISIE, AFFECTIONS DES BRONCHES.

CAPSULES MOLLES DE BOURGEAUD

à la **CRÉOSOTE VRAIE** du goudron de hêtre et à l'**Huile de foie de morue**. — *Récompense unique à l'Exposit. universelle de Paris*, 1878. Les seules expérimentées et employées dans les hôpitaux de Paris. — BOURGEAUD, pharm. de 1[re] cl., fourn. des hôp., 20, r. de Rambuteau, Paris.

CAPSULES contenant 0,02, 0,05 et 0,10 de créosote, la boîte, 4 fr. — VIN et HUILE créosotés conten. 0,20 de créosote par cuillerée, la bouteille, 5 fr.

33

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

VIN DE BAYARD A LA PEPTONE PHOSPHATÉE

contient moitié de son poids de viande et 0[gr], 20 *de chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Après des lectures de MM. Galezowski et E. Magitot, candidats à la place déclarée vacante dans la classe des associés libres, le premier sur « les différentes variétés d'atrophie du nerf optique ataxique », le second sur des « recherches physiologiques et médico-légales relatives à l'âge », l'Académie a repris la suite de la discussion sur la prophylaxie publique de la syphilis.

Les chapitres II et III, relatifs à l'hospitalisation et au traitement, et à la réforme dans l'enseignement des maladies vénériennes, ont été adoptés à peu près sans changements. Cependant, au chapitre III, l'article 18, relatif au stage dans un service de vénériens ou vénériennes de tout étudiant en médecine pourvu de seize inscriptions, a été modifié quant à la durée de ce stage, qui reste ultérieurement à fixer d'accord avec l'administration de l'Assistance publique.

Quant au chapitre IV : « Prophylaxie de la syphilis dans l'armée et la marine », ses différents articles ont donné lieu à une discussion générale que l'heure avancée de la séance n'a pas permis de terminer. Elle sera continuée dans la prochaine séance.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. BROUARDEL.

État mental de la femme sous l'influence des fonctions génitales, et en particulier de la grossesse.

Nous avons déjà suivi, plus spécialement chez l'homme, l'influence du fonctionnement normal ou anomal des organes génitaux sur l'intelligence. Nous retrouvons, chez la femme, cette influence des fonctions génitales, depuis le moment où elle est réglée jusqu'au moment où elle est accouchée.

On admet vulgairement, que les femmes enceintes éprouvent certaines dépravations de l'appétit, certaines envies irrésistibles, telles que l'envie du vol, et que si on leur résiste, il en résulte, pour l'enfant, telles ou telles difformités (taches de lie de vin). C'est là une grande exagération. D'autre part, on croit aussi qu'une femme en couches peut être prise de folie instantanée, et, dans son délire, tuer son enfant. Tels sont les deux points auxquels se rattache l'étude de cet état génito-mental de la femme.

La tendance actuelle des psychopathes est de ne pas accepter les troubles de l'esprit inhérents à la situation particulière de la femme, comme suffisants pour expliquer des actes criminels. En effet, on trouve presque toujours, quand on cherche, ou une tare personnelle, ou des antécédents héréditaires en aliénation. Ne vous contentez donc pas de constater des faits qui n'ont été, en réalité, que la goutte d'eau qui a fait déborder le vase et d'innocenter une femme coupable de vol, par exemple, uniquement parce que son état de grossesse la prédisposait à la cleptomanie. Il y a là un abus contre lequel il faut réagir.

Au moment de la première apparition menstruelle, il n'est pas rare de rencontrer des troubles psychiques spéciaux. Eh bien! je les ai observés chez une petite fille dont la mère est hystérique, dont l'oncle est dans une maison de santé et dont la grand'mère s'est noyée. Si cette jeune fille se marie, il est certain qu'elle est prédestinée à des accidents puerpéraux.

Je pourrais vous citer plusieurs exemples de troubles de l'esprit, à la première menstruation. Une certaine Henriette C..., bonne d'enfants, âgée de quinze ans, promenant un enfant de deux ans, le tue. On reconnaît que, le même jour, elle avait ses règles pour la première fois. Le rapport des médecins fut favorable à sa non-responsabilité.

Morel, un des aliénistes les plus distingués de ce siècle, a cherché à grouper ces faits et a constaté, en particulier, que la pyromanie apparaissait assez souvent à cette époque. En effet, la pyromanie a presque toujours pour acteurs des enfants au-dessous de quinze ans, des *minus habens*, des quasi-imbéciles, dont on n'a rien pu tirer à l'école. Vient quelque chose qui excite plus ou moins leur système nerveux, cette révolution détermine un acte insolite.

Une fille, réglée sur le tard, tue l'enfant de sa voisine. On l'arrête. Elle ne se rappelle rien et affirme avoir perdu la mémoire. Dans la prison, elle a une deuxième époque menstruelle, qui se caractérise, cette fois, par un état de mélancolie, avec refus des aliments. Elle ne se rappelle toujours rien de la première menstruation.

Lorsque la menstruation est établie, il est rare que ces faits insolites se reproduisent, et le retour des règles ne se traduit que par une aggravation du caractère habituel de la femme.

Mais il y a encore d'autres troubles qu'il faut que vous connaissiez, non au point de vue criminel, mais au point de vue de la pratique médicale. Très souvent, entre quinze et dix-huit ans, la jeune fille, qui avait des sentiments religieux plus ou moins développés, est prise d'une exaltation religieuse extrême. Elle perd le sommeil, témoigne une loquacité excessive, a des hallucinations de la vue et de l'ouïe, sous la forme de spectacles ou de concerts célestes. Dans un cas que j'ai vu, la jeune fille a dit, pendant six semaines, sans s'arrêter : « Je suis perdue, je suis perdue... » Il y avait un peu de fièvre et de la photophobie. Le premier médecin avait diagnostiqué une méningite. Mais Lasègue, qui m'a appris à connaître ces faits, vint ensuite et affirma que la maladie durerait six mois et guérirait. C'est ce qui est arrivé.

Le plus souvent, la jeune fille ne peut ni manger ni dormir. De plus, il y a quelquefois tendance à la mélancolie et à la mélancolie-suicide. C'est pourquoi, il ne faut jamais laisser la malade seule et ne pas ouvrir les fenêtres.

Généralement cet état mental disparaît au bout de quelques mois et ne revient pas jusqu'à la ménopause. Pourtant les troubles à forme mélancolique sont parfois définitifs. Ne manquez pas de faire des réserves extrêmes de ce côté. Dans tous les cas, au moment de la ménopause, la forme mélancolique, à tendance suicide, apparaît presque toujours, et quelquefois aussi la nymphomanie.

Vous voyez constamment les troubles psychiques intimement unis aux fonctions génitales.

Arrivons à la grossesse. Les gens du peuple disent qu'il faut satisfaire les envies des femmes enceintes. Vous connaissez le pica et le malacia : certaines femmes boivent leurs urines, d'autres mangent du plâtre, etc. Il y en a qui éprouvent la lypémanie à chaque grossesse.

Encore ici, il existe toujours une prédisposition par des antécédents personnels ou héréditaires, et on ne peut pas plus constituer une folie typique de la grossesse qu'une folie de l'hystérie.

Souvent, on observe une perte absolue des sentiments affectifs et des impulsions incendiaires ou homicides. Une femme avait cinq enfants. Elle envoie du poison à celui qui était en pension et, pendant qu'on avait été chercher de sa part celui qui était en nourrice, elle jette les trois autres dans un puits avec elle. Nous pouvons dire comme Voltaire : « Le cas est rare et c'est celui de ne pas discuter de toutes les variétés. »

Encore une fois, il n'y a pas là une entité constituée, quelque chose de défini comme le délire toxique, saturnin ou autre, mais une vésanie très variable dans ses manifestations.

Ce qui donne le plus fréquemment sujet à des expertises, c'est la cleptomanie. On a dit que cette manie du vol des femmes enceintes n'était que l'exagération de leurs envies. Ordinairement, c'est le vol à l'étalage : je peux vous citer l'exemple d'une femme de magistrat, dans une position aisée, qui avait volé une oie rôtie à l'étalage d'un fruitier.

Pourquoi les vols à l'étalage, dans les grands magasins, sont-ils beaucoup plus fréquents qu'autrefois ? C'est qu'aujourd'hui cet étalage est fait avec le plus de soin, le plus d'art possible pour exciter l'envie d'une femme quelconque. Et lorsque les femmes, les plus maîtresses d'elles-mêmes, dépassent souvent, dans leurs achats, l'ultimatum de leur bourse, il n'est pas bien surprenant que des hystériques, des morphiomanes, des femmes grosses, ne puissent résister au désir de prendre. Car c'est surtout dans ces trois catégories que se recrute la liste des voleuses de magasin. Et le désir ne réside pas chez elles dans l'excitation de l'envie, mais dans l'atténuation de la résistance à l'envie. La morphiomane, notamment, ne sait pas dire « non ». C'est une femme qui n'a pas de défense.

Une morphiomane, à qui son mari coupait les vivres, volait les livres de sa bibliothèque, pour les vendre. Une autre vendit le bâton de maréchal de son grand-père. Une autre avait acheté 1 800 francs de médicaments, en douze mois, à un pharmacien, à crédit. Ce dernier lui avait délivré, pour un petit voyage, cent paquets de 10 centigrammes de morphine ! Comme il n'est pas admissible qu'un pharmacien ait le droit de donner une quantité de médicaments cent fois plus grande qu'il n'est nécessaire, il a été condamné à payer l'entretien de cette femme dans la maison de santé du docteur Motet !

Je n'en finirais pas si je vous rapportais tous les exemples de vols commis par des femmes grosses. Legrand du Saulle en cite une qui avait volé 300 cravates d'homme. Elle est allée plus tard s'excuser, elle-même, et payer le déchet.

Mais je tiens surtout à vous indiquer ceci, qu'il vous sera impossible de rien éclaircir, si vous ne tenez compte que du fait en lui-même. Vous devez procéder exactement comme s'il s'agissait d'un cas d'aliénation, en thèse générale, c'est-à-dire remonter tout le *curriculum vitæ* et l'arbre généalogique de l'inculpée.

Il ne nous reste plus que deux petits chapitres à étudier : la folie pendant l'accouchement, et la folie après l'accouchement.

Les avocats vous demanderont : « Docteur, est-ce qu'il n'est pas possible que ma cliente ait été prise, pendant son accouchement, d'impulsions irrésistibles ? » Et si vous leur répondez que nous ne connaissons pas, en pathologie, de folie qui ne dure qu'une demi-heure, ils vous rappelleront que beaucoup de femmes ne peuvent s'empêcher de pincer et de mordre les gens qui les entourent, pendant leurs couches. C'est vrai, mais entre le fait de pincer son mari et celui de tuer son enfant, il y a une certaine différence.

On vous opposera encore l'exemple d'une femme qui, à elle-même, dans son délire, s'est ouvert le ventre, à la japonaise, et deux ou trois observations classiques, dans lesquelles l'enfant a été mutilé par la mère, qui se trouvait seule au moment de l'accouchement, et qui a fait ensuite des aveux, disant qu'elle avait obéi à un égarement momentané.

Comment répondre dans des cas semblables ? « Nous ne connaissons pas en pathologie de folie naissant et disparaissant subitement. L'absurdité de l'acte ne prouve pas l'aliénation de son auteur. Au premier examen, il nous semble improbable que le fait soit possible. Ce qui est possible, c'est qu'il y ait eu une exaltation d'un état névropathique antérieur, mais ce dernier point nécessite une nouvelle enquête. »

Et souvent, en faisant cette enquête, on trouve des explications. Tardieu rapporte l'exemple d'une femme chez laquelle on avait trouvé un enfant massacré, dans un vase de nuit. Or, cette femme était une archiduchesse allemande, qui menait, *incognito*, à Paris, la vie la plus dévergondée. C'était une hystérique. Ne concluez jamais sur un fait isolé.

Enfin, nous devons dire un mot sur la folie après l'accouchement. Il y a des femmes qui étranglent leur nourrisson. La manie puerpérale a les mêmes caractères que d'autres

formes de manie : loquacité, agitation, quelquefois tendance au suicide. Elle guérit vite et souvent : deux fois sur trois. Ordinairement, c'est dans la troisième semaine qu'elle survient. La première chose à faire, c'est de retirer à la mère son enfant.

Je tiens à vous répéter, en terminant à la fois cette leçon et mon cours de cette année, que, quelque variées que soient ces diverses formes de folie, elles ne se développent que bien rarement, sans qu'on puisse leur trouver des antécédents, personnels ou héréditaires.

HOPITAL NECKER. — M. Guyon.

De l'uréthrotomie externe.

(Leçon clinique recueillie par M. Noël Hallé, interne médaille d'or des hôpitaux.)

I

Nous avons actuellement, dans la salle Saint-Vincent, trois malades qui ont été soumis à l'uréthrotomie externe, sans conducteur, pour rétrécissement infranchissable.

L'un, couché au n° 2, a été opéré, pendant les vacances du mois d'octobre dernier, par M. Kirmisson : il porte encore actuellement au périnée un petit trajet fistuleux, et son urèthre a besoin d'être soumis à la dilatation métallique, qui d'ailleurs en entretient facilement le calibre. Le second, garçon de seize ans, a été opéré, par moi, le 10 août de l'an passé. Il était atteint d'un rétrécissement traumatique récidivé, infranchissable, pour lequel l'uréthrotomie externe lui avait été faite une première fois déjà en province. Je viens, il y a quelques jours, de pratiquer chez cet enfant une uréthrotomie interne complémentaire; le passage était devenu fort difficile et on ne pouvait introduire que des bougies fines des nos 7 ou 8. Les suites immédiates de l'uréthrotomie externe avaient été très simples : au bout de vingt jours, la plaie périnéale était cicatrisée. Actuellement le périnée est souple et normal. Enfin au n° 20 est un homme de trente-six ans, opéré le 7 janvier dernier, et qui conserve encore une petite fistule périnéale presque insignifiante.

J'ai eu l'occasion, dans le courant de 1887, de pratiquer quatre fois encore la même opération, ce qui porte à sept le nombre des uréthrotomies externes faites l'année dernière dans mon service. De ces quatre derniers malades, deux sont sortis rapidement et complètement guéris. Le troisième avait encore à sa sortie une petite fistule, mais un bon canal; le périnée était, au moment de l'opération, criblé de fistules, et j'avais dû, après la réunion des deux bouts, procéder séance tenante à la reconfection du périnée. Le dernier a succombé, un mois après l'opération, aux progrès d'une pyélo-néphrite ancienne des plus avancées.

Il m'a paru intéressant, à propos de cette série de sept cas d'uréthrotomie externe, de vous parler du manuel de cette opération délicate; les particularités relevées au cours de ces sept uréthrotomies et dans leurs suites nous conduiront à insister sur quelques points particulièrement intéressants de sa pratique.

L'exposition du manuel opératoire gagnera en clarté, si nous définissons d'abord bien nettement le but que le chirurgien cherche à atteindre dans cette opération, et les conditions pathologiques dans lesquelles il la pratique. Cette double notion préalable est nécessaire, pour qui veut opérer méthodiquement.

Les conditions opératoires sont toujours les mêmes dans leurs points essentiels. La section périnéale externe n'est plus, aujourd'hui, ce que Syme (d'Édimbourg) a voulu faire : une méthode générale de traitement des rétrécissements à mettre en parallèle avec l'uréthrotomie interne. C'est une opération de nécessité, réservée aux seuls cas de rétrécissements uréthraux cliniquement infranchissables. Nous sommes donc toujours en présence d'un urèthre, sur lequel toutes les ressources chirurgicales ordinaires ont été épuisées. Les bougies fines diverses, et même les petites sondes métalliques courbes, dont les Anglais se servent volontiers dans ces cas, non sans succès, mais dont l'emploi n'est pas exempt de danger, ont été plusieurs fois essayées patiemment : rien n'a pu traverser l'urèthre. Le malade urine mal, souvent même une rétention incomplète ou des accidants rénaux menacent; il faut agir, et rétablir à tout prix le cours des urines; telles sont les conditions opératoires. Découvrir la région du rétrécissement, en chercher l'orifice antérieur, le méat, si l'on peut ainsi dire : faire *de visu* le cathétérisme de ce rétrécissement, l'inciser pour introduire la sonde dans la vessie, enfin rétablir, par la sonde et sur elle, la continuité des deux bouts du canal, voici le but à atteindre.

Étudions les temps successifs de cette opération. Sédillot, qui, de tous les chirurgiens français, a le plus contribué à remettre en honneur, pour les cas infranchissables, l'uréthrotomie externe repoussée par Desault et Boyer; Sédillot, dis-je, déclarait qu'elle pouvait être, dans certains cas, l'opération la plus difficile de la chirurgie. Sans aller aussi loin, les chirurgiens sont d'accord pour regarder l'uréthrotomie externe, comme une opération délicate, souvent laborieuse, pouvant exiger un très long temps, et dont l'achèvement est parfois même incertain. Dans une toute récente discussion à la Société de chirurgie, bien des expédients ont été proposés pour trouver et franchir le bout postérieur de l'urèthre rétréci. Le nombre et la diversité des opinions émises sur ce sujet, dans une pareille assemblée, indiquent du moins que cette recherche et ce cathétérisme ne sont pas considérés, par les chirurgiens les plus habiles, comme une manœuvre aisée. Il y a donc lieu d'examiner attentivement la question, et de nous demander si vraiment l'uréthrotomie externe offre autant d'incertitudes, et nécessite autant d'expédients : la description méthodique de l'opération va nous l'apprendre.

Le premier temps opératoire est simple et ne prête à aucune divergence; c'est l'incision préalable du canal sain, immédiatement en avant du point rétréci. Le chirurgien introduit dans l'urèthre le cathéter de Syme, cathéter courbe, mince et effilé, creusé, sur sa face convexe, d'une cannnelure sans cul-de-sac à son extrémité, et le pousse au contact du point rétréci. Sur cette sonde cannelée courbe, dont un aide fait saillir sous les téguments la convexité, le chirurgien incise directement toutes les couches du périnée et la paroi uréthrale : le premier temps est terminé sans difficultés : nous sommes à l'entrée du point rétréci qu'il va nous falloir traverser.

Ce second temps est celui qui demande le plus de soins et de méthode. C'est la partie vraiment difficile de l'opération. La première précaution à prendre est de se créer un champ opératoire aussi large et aussi bien limité que possible, dans lequel on puisse régulièrement diriger ses manœuvres : on obtient ce résultat en faisant écarter méthodiquement les bords de l'incision. J'ai depuis

longtemps coutume d'employer, dans ce but, le moyen anciennement conseillé déjà par Sédillot, Civiale et Voillemier; je fais passer dans les lèvres de la boutonnière uréthrale deux anses de fil, l'une à droite, l'autre à gauche : ces deux anses sont confiées à des aides, et bien également tendues. Un dernier artifice sert à fixer aussi le point extrême antérieur du champ opératoire : une petite bougie fine est introduite par le méat dans l'urèthre, reprise par l'incision périnéale, recourbée en avant sur la face inférieure de la verge; ses deux bouts sont réunis dans un fil, ou saisis par une pince à forcipressure; cette bougie forme ainsi une anse complète qu'on fait tendre en haut et en avant, sur la ligne médiane. De la sorte les trois angles du champ opératoire uréthral, latéraux et antérieur, sont indiqués et fixés par la tension des deux anses de fil et de la bougie recourbée : nous avons sous les yeux la région où se trouve l'entrée du rétrécissement.

Devons-nous, sans autre manœuvre préalable, essayer le cathétérisme du canal rétréci, dont l'orifice antérieur vient d'être mis à découvert? Devons-nous, au contraire, prendre le bistouri et traverser en l'incisant la région rétrécie, pour aller retrouver le bout postérieur perméable de l'urèthre? Ce sont les deux procédés opératoires entre lesquels il faut choisir.

Le premier est celui qui vous tentera le plus; il semble qu'on va enfin pouvoir insinuer un instrument dans cette filière rétrécie, dont on ne pouvait qu'à distance tenter de franchir l'entrée. Le cathétérisme est directement essayé à l'aide d'une bougie fine ou d'un stylet délié. Les tâtonnements auxquels on avait dû se résigner lorsqu'on cherchait à pénétrer par le méat doivent encore être subis : on cherche, sans succès, à découvrir l'orifice dont on s'est rapproché. Ainsi conduite, cette recherche est le plus souvent infructueuse. On peut cependant essayer cette manœuvre, mais sans s'y attarder. La réussite vous permettrait, il est vrai, d'inciser les parties rétrécies sur conducteur; ne craignez pas de renoncer à cet avantage, et pratiquez directement la section du rétrécissement au bistouri : c'est là, en vérité, le second temps de l'opération.

Le champ opératoire est bien préparé à l'aide des fils et de la bougie : le chirurgien, gardant rigoureusement la ligne médiane qui le guide et suivant les tissus morbides qu'il doit traverser, commence à inciser la région rétrécie d'avant en arrière. Les limites de cette incision sont suffisamment précises : elle s'étend aussi loin que les tissus malades et indurés de la cicatrice uréthrale; elle doit diviser le rétrécissement dans toute son étendue, c'est-à-dire dans toute sa profondeur et dans toute sa longueur. Il est un point de repère certain, toujours facile à reconnaître, et qui vous indiquera quand vous aurez atteint l'extrémité postérieure du point rétréci et terminé votre incision. Ce point de repère, c'est le ligament sous-pubien, cette arcade fibreuse qui s'étend d'un pubis à l'autre, formant sous la symphyse une vive arête. Vous savez combien ce ligament, épais et résistant, avec son bord net, est facile à sentir; les accoucheurs l'emploient comme point de repère dans la mensuration digitale du bassin par le toucher. Chez l'homme ce ligament est aussi facile à trouver, soit à travers la plaie périnéale, soit par le toucher rectal.

C'est au niveau de ce ligament, au niveau par conséquent de la partie inférieure de la symphyse, qu'il faut arrêter l'incision. C'est là que s'ouvre la portion membraneuse de l'urèthre. Arrivés là, nous avons certainement franchi toute la longueur du canal rétréci : les rétrécissements, quoi qu'on en ait dit, à moins qu'ils ne succèdent à une fracture du bassin, se limitent toujours à la portion périnéale de l'urèthre et n'empiètent jamais sur la région membraneuse. Le second temps de l'uréthrotomie externe consiste donc dans l'incision de toute l'épaisseur et de toute la longueur du rétrécissement. Cette incision sera faite sur conducteur, si on a eu la chance exceptionnelle de pénétrer après avoir ouvert l'urèthre; vous la pratiquerez sans autre guide que les points de repère que je viens d'indiquer, s'il en est autrement. Cette incision porte sur des tissus indurés et cicatriciels, qu'on entend crier sous le scalpel, que l'on sent avec le doigt, dont on voit la tranche; vous êtes donc, en réalité, conduits. Mais, surtout quand ces tissus fibreux sont durs et épais, il est indispensable de les écarter à mesure qu'on les incise, pour ne pas s'égarer, rester sur la ligne médiane et reconnaître à quel point de l'incision on est parvenu. Pour écarter ces tissus, employez les érignes simples ou doubles, à long manche, à dents courbes et pointues, qui servent aux anatomistes : aucun autre instrument, sous un si petit volume, ne peut mieux écarter, et plus régulièrement tendre des tissus indurés.

Ce second temps opératoire, temps d'incision directe du rétrécissement, est simple à effectuer en général. Dans mes six dernières opérations, pratiquées par ce procédé, le temps nécessaire pour l'incision du rétrécissement et la découverte du bout postérieur de l'urèthre, de la région membraneuse, n'a pas, je crois, dépassé dix minutes : cette manœuvre mène à la rencontre du bout postérieur, d'une manière sûre et rapide; elle y mène par la voie directe.

On a pensé que l'on rendrait l'opération plus sûre et peut-être plus simple, en abandonnant la voie périnéale, et en allant tout de suite à la découverte de la portion membraneuse. On a, en un mot, proposé de faire sur l'urèthre postérieur sain, en arrière du rétrécissement, une ouverture semblable à celle qu'on pratique au-devant du point rétréci dans le premier temps de l'opération. La manœuvre est difficile : ici, point de cathéter pour guider l'incision; et la portion membraneuse, souple et profonde, ne peut être reconnue au toucher. Le bec de la prostate, que Demarquay a proposé de rechercher et de reconnaître par le toucher rectal, afin d'inciser la portion membraneuse immédiatement en avant de lui, n'est pas encore un repère bien sûr, facile à nettement reconnaître. Aussi a-t-on eu plus d'une fois recours, ainsi que l'avait proposé Sédillot, à la taille hypogastrique et au cathétérisme rétrograde : on incise alors la portion membraneuse sur conducteur. Si je me fie aux résultats de ma pratique, je suis disposé à penser que l'ouverture de la portion membraneuse, aussi bien par le procédé de Demarquay qu'à l'aide du cathétérisme rétrograde, ne peut être considérée que comme une ressource absolument exceptionnelle. Je considère comme une règle de ne pas abandonner la section méthodique effectuée à travers le périnée.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 mars 1888. — Présidence de M. Hérard.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. Guignard, professeur à l'École supérieure de pharmacie, qui se porte candidat dans la section de pharmacie;

2° Le compte rendu, par M. le docteur Séjournet (de Reims), des maladies et de la mortalité infantiles dans la circonscription médicale de Reims en 1887.

M. LE PRÉSIDENT informe l'Académie qu'il y a lieu de déclarer une vacance dans la section de pathologie médicale, par suite du décès de M. Bernutz.

LECTURES

Différentes variétés d'atrophies du nerf optique ataxique. — M. GALEZOWSKI fait connaître le résultat de ses recherches ophthalmoscopiques, basé sur un grand nombre d'observations personnelles et sur une statistique de plus de 1 000 cas. En effet, il s'est efforcé de recueillir, partout où la chose lui a été possible, le plus de renseignements, tant au point de vue de l'étiologie que de la symptomatologie de l'atrophie du nerf optique.

Le nombre des cas d'atrophie papillaire qu'il a ainsi réunis s'élève à 1029, lesquels se décomposent en 870 appartenant au sexe masculin et 159 au sexe féminin.

Le nombre 1 029 comprend toutes les variétés d'atrophie du nerf optique mais le chiffre le plus élevé appartient à l'ataxie locomotrice, soit 717 cas, sur lesquels 496 fois M. Galezowski a retrouvé des antécédents syphilitiques.

De ce travail, il croit pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Les atrophies ataxiques comprennent environ les deux tiers de la masse des atrophies papillaires;

2° Dans un peu plus des deux tiers des atrophies ataxiques l'existence de la syphilis a pu être démontrée;

3° Enfin, quoique l'atrophie ataxique, en général, ne soit pas guérissable, elle peut être arrêtée dans sa marche lorsqu'elle est accompagnée d'altérations particulières des vaisseaux.

Recherches physiologiques et médico-légales sur l'âge. — M. E. MAGITOT. Les physiologistes et les médecins légistes se sont préoccupés, de tout temps, de fixer les signes capables de déterminer l'âge probable, soit d'un fœtus, soit d'un nouveau-né, dans les questions d'identité et dans les problèmes que soulèvent l'avortement et l'infanticide. Or, les livres classiques sont très pauvres en cette matière, et les auteurs se bornent à mentionner certaines observations faites sur le squelette, comme les points d'ossification de certains os; mais ces renseignements sont très incomplets et fort souvent inexacts.

C'est pour répondre à ces desiderata que M. Magitot a entrepris de nouvelles recherches. Déjà, dans une communication à l'Académie des sciences, en 1874, l'auteur avait, au moyen de l'observation des phases du développement de l'appareil dentaire, et, en particulier, par les dimensions du chapeau de dentine, origine de la couronne des dents, établi des signes d'une parfaite fixité et d'une grande inaltérabilité, aux différentes époques de la vie fœtale. Ce sont ces études que M. Magitot a poursuivies, au moyen des mêmes faits anatomiques, observés chez le nouveau-né, depuis l'époque de la naissance jusqu'au sixième mois, moment de l'apparition à l'extérieur de la première dent, à l'état normal.

Un tableau, annexé au mémoire, représente le poids et la taille du nouveau-né; l'état du développement des gouttières alvéolaires; le degré d'ouverture de l'angle du maxillaire inférieur, et les points d'ossification du squelette en général.

ÉLECTIONS

L'Académie procède à l'élection de deux associés étrangers.

Les candidats étaient ainsi classés :

En première ligne, M. Prescott-Hewet; en deuxième ligne, M. Longmore; en troisième ligne, M. Spencer Wells.

Au premier scrutin, le nombre des votants étant 43, majorité 22, M. Prescott-Hewet obtient 38 suffrages (élu), et M. Spencer Wells, 5.

Au deuxième scrutin, le nombre des votants étant 45, majorité 23, M. Longmore obtient 32 voix (élu), et M. Spencer Wells, 13.

La Commission, tirée au sort pour la présentation des candidats à la place vacante dans la classe des associés libres, et composée de MM. Milne-Edwards, Siredey, Labbé, Guéniot, Planchon, J. Lefort, Blanche et Marjolin, a choisi pour son président M. Lefort, et pour rapporteur M. Blanche.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA PROPHYLAXIE PUBLIQUE DE LA SYPHILIS.

M. FOURNIER, rapporteur, donne lecture des articles XI à XVI, devenus les articles IX à XIV, qui constituent le chapitre II intitulé : Hospitalisation; traitement. Ces articles sont ainsi libellés :

ART. XI. — Le nombre de lits affectés au traitement des maladies vénériennes est actuellement d'une insuffisance notoire. Il sera augmenté dans la proportion reconnue nécessaire par une enquête ouverte à ce sujet.

M. LABORDE demande à l'Académie d'émettre un vœu en faveur de la création de dispensaires multiples où les sujets atteints de maladies vénériennes et auxquels il répugne d'aller à l'hôpital, puissent trouver facilement et gratuitement les médicaments nécessaires.

M. FOURNIER. L'article XIII répond au désidératum exprimé par M. Laborde, « les médicaments propres au traitement des maladies vénériennes devant être délivrés gratuitement dans tous les hôpitaux, hôpitaux spéciaux ou hôpitaux généraux »; par suite la création de dispensaires est chose inutile.

ART. XII. — Cette augmentation du nombre des lits affectés aux vénériens et aux vénériennes se fera, non pas par la création de services spéciaux dans les hôpitaux généraux, mais bien par la création de *nouveaux hôpitaux spéciaux*, lesquels devront toujours être placés en dehors de la zone d'enceinte.

M. PERRIN demande la suppression de la dernière partie de cet article : « lesquels devront, etc. »

L'article XII est adopté avec cette modification.

ART. XIII. — Les médicaments propres au traitement des maladies vénériennes seront délivrés gratuitement dans tous les hôpitaux, hôpitaux spéciaux ou hôpitaux généraux.

ART. XIV. — Un service de *consultations gratuites*, avec délivrance gratuite de médicaments, sera annexé à l'asile sanitaire spécial destiné au traitement des prostituées vénériennes.

ART. XV. — Dans les hôpitaux, la consultation externe sera faite :

1° Pour les malades ne réclamant pas leur admission, par un médecin ou un chirurgien du Bureau central;

2° Pour les malades réclamant leur admission, par les médecins ou chirurgiens titulaires.

Les médecins ou les chirurgiens du Bureau central délégués à ces fonctions ne pourront les résilier avant cinq années d'exercice.

ART. XVI. — Dans toute ville de province, tout au moins dans chaque chef-lieu de département, il sera créé un service spécial pour le traitement des affections vénériennes; et les locaux affectés à ce dit service seront aménagés suivant toutes les règles de l'hygiène.

L'Académie passe à la discussion des articles XVII à XXII du chapitre III : Réforme dans l'enseignement.

ART. XVII. — Ouvrir librement tous les services de vénériens ou de vénériennes (y compris ceux de Saint-Lazare) à tout étudiant en médecine justifiant de seize inscriptions.

M. LABORDE et plusieurs membres de l'Académie demandent que ces services soient également ouverts aux docteurs en médecine sur la présentation de leur diplôme.

M. BROUARDEL fait observer que la question est complexe, et qu'elle a été discutée avec le Préfet de police; il y a là certaines difficultés en raison de l'impossibilité d'appliquer une peine disciplinaire à un docteur en médecine qui, pour un motif ou pour un autre, l'aurait encourue. Le préfet voudrait, dans ce cas, que l'autorisation donnée à un médecin pût lui être retirée *de plano* par l'administration.

Art. XVIII. — Exiger de tout aspirant au doctorat, avant dépôt de sa thèse, un *certificat de stage* de trois mois dans un service de vénériens ou vénériennes.

Après une vive discussion à laquelle prennent successivement part MM. Brouardel, Hérard, Besnier, Fournier et Trélat, la rédaction suivante, proposée par M. Trélat, est adoptée : « Il serait désirable que tout étudiant en médecine fît un stage dans un service de vénériens. »

Art. XIX. — Attribuer au concours et au concours exclusivement le recrutement du personnel médical chargé du traitement des vénériennes à Saint-Lazare ou dans l'asile hospitalier qui sera substitué à Saint-Lazare, et de tout ce personnel intégralement.

Art. XX. — Attribuer au concours et au concours exclusivement le recrutement du personnel médical chargé de la surveillance des filles inscrites au dispensaire de salubrité publique.

Art. XXI. — Cet article, relatif à la composition des services de Saint-Lazare ou de l'asile hospitalier « qui lui sera substitué », est supprimé.

Art. XXII. — Les jurys des divers concours, dont il vient d'être question, pourraient être composés comme il suit :

1° Pour la nomination des médecins en chef :

Un membre de l'Académie de médecine ; un représentant de l'École (professeur ou agrégé) ; trois médecins ou chirurgiens des hôpitaux ;

2° Pour la nomination des médecins du dispensaire, comme pour celle des élèves internes ou externes :

Quatre médecins du dispensaire, présidés par un membre de l'Académie.

Art. XXIII. — Cet article, relatif au programme des concours à élaborer, est placé en appendice ou en note.

Chapitre IV. — Prophylaxie de la syphilis dans l'armée et la marine. Les articles du chapitre IV donnent lieu à une discussion générale à laquelle prennent part MM. Legouest, Léon Colin, Le Roy de Méricourt, Rochard et Larrey.

M. Legouest demande la suppression des différents articles de ce chapitre. Il n'est pas partisan de conférences scientifiques faites à des ignorants qui ne peuvent y puiser qu'une fausse science. Les visites faites en commun n'ont aucun inconvénient. Les mesures proposées ou existent déjà, ou bien seraient inefficaces. En tous cas, grâce à celles qui sont, et depuis longtemps, en usage, les maladies vénériennes dans l'armée sont en décroissance très marquée depuis nombre d'années.

M. Léon Colin, tout en reconnaissant l'importance des observations de M. Legouest, ne partage pas son opinion, notamment quant aux conférences il croit utile de donner aux soldats quelques conseils les instruisant des dangers que présentent certains établissements, déguisés sous le nom de débits de vin ou de liqueurs.

M. Le Roy de Méricourt insiste également sur l'utilité des conférences proposées par la Commission. Ce n'est pas un cours de maladies vénériennes que l'on fera aux soldats, mais on leur fera connaître les dangers de certains établissements, les dangers aussi de recourir à certains traitements plus ou moins empiriques. Il demande aussi la suppression des visites des vénériens faites en commun, et insiste sur la nécessité d'examens privés, individuels et discrets.

M. Rochard approuve vivement aussi l'article relatif aux conférences faites aux soldats, sur les dangers auxquels ils s'exposent. D'ailleurs, déjà des conférences sur l'hygiène sont, depuis longtemps, réglementaires dans la marine, et sont généralement bien faites et mises à la portée de ceux auxquels elles s'adressent.

Il insiste aussi sur la nécessité d'un service régulier et rigoureux de surveillance et de visite médicale des prostituées, qui seules abaisseront notablement la statistique des cas de syphilis.

M. Larrey, comme ancien inspecteur général et président du Conseil de santé des armées, n'est pas d'avis qu'on aille trop loin dans les projets de réglementation et partage, en grande partie, la manière de voir de M. Legouest. Il pense qu'il suffirait d'appeler l'attention du gouvernement et des autorités militaires sur une application rigoureuse des réglements qui existent déjà depuis longtemps.

La séance est levée à cinq heures et la suite de la discussion est reportée à mardi prochain.

L'Académie se forme en comité secret, pour entendre la lecture du rapport de M. Javal, sur les titres des candidats à deux places d'associé national.

Les candidats sont classés dans l'ordre suivant :

M. Coze (de Nancy), M. Burdel (de Vierzon), M. Raimbert (de Châteaudun), M. Villemin (de Vichy), M. Teissier (de Lyon) et M. Penard (de Versailles).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les obsèques de notre vénéré rédacteur en chef, M. le docteur H. Brochin, ont eu lieu aujourd'hui mercredi, en l'église Saint-Étienne-du-Mont, au milieu d'un concours considérable d'amis, de confrères, de médecins et chirurgiens des hôpitaux de Paris, et de membres de la presse médicale, qui avaient tenu à lui rendre un dernier hommage.

Selon sa volonté expresse, — chacun reconnaîtra là encore son extrême modestie, — les honneurs militaires ne lui ont pas été rendus et aucun discours n'a été prononcé à l'issue du service funèbre.

— Par décret, en date du 26 mars 1888, a été promu dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Le Scour, aide-médecin, docteur en médecine.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Pendant les vacances de Pâques, le secrétariat sera fermé les 30 et 31 mars, 1er, 2 et 3 avril ; il sera ouvert tous les autres jours aux heures ordinaires. Les consignations ne seront pas reçues. M. le Secrétaire de la Faculté recevra les jeudis, 29 mars et 5 avril 1888, et le samedi 7 avril, de deux à trois heures.

— L'Académie des sciences a, dans sa séance de lundi dernier, élu M. Faye pour son délégué au Conseil supérieur de l'Instruction publique.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Bonnans est nommé préparateur du cours de chimie, en remplacement de M. Got, démissionnaire.

— *Faculté des sciences de Lille.* — M. Boutan, docteur ès sciences, est nommé maître de conférences, en remplacement de M. Hallez, appelé à d'autres fonctions.

M. Barrois, maître de conférences de géologie à la Faculté des sciences de Lille, est nommé professeur-adjoint.

— *Muséum.* — M. Sauvinet est nommé préparateur de la chaire de zoologie (insectes et crustacés), en remplacement de M. Boulard, décédé.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Martin Saint-Ange, décédé le 27 mars, à l'âge de quatre-vingt-cinq ans. Ses obsèques auront lieu à Saint-Thomas-d'Aquin, aujourd'hui jeudi, à midi.

— M. le professeur Farabeuf commencera le cours d'anatomie, le mercredi 11 avril 1888, à cinq heures du soir, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

— M. le professeur Damaschino commencera son cours de pathologie interne, le jeudi 12 avril 1888, à trois heures du soir, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure. Il traitera des maladies de l'appareil respiratoire.

— *Postes médicaux.* — Aube : s'adresser au maire de Pougy-sur-Aube (Aube). — Eure-et-Loir : s'adresser au maire de Bu (Eure-et-Loir). — Indre : s'adresser au maire de Poulaine (Indre).

— INDRE-ET-LOIRE : s'adresser aux maires de Roche-Corbon et de Souzay (Indre-et-Loire). — HAUTE-MARNE : s'adresser au maire de Blaise (Haute-Marne).

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 39. SAMEDI 31 MARS 1888. 61e ANNÉE. SAMEDI 31 MARS 1888. — N° 39.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de Pâques, le journal ne paraîtra pas mardi.

REVUE GÉNÉRALE

Fermentations et putréfactions intestinales.

Par M. le docteur G.-H. ROGER,
Ancien interne des hôpitaux, préparateur du laboratoire de pathologie générale à la Faculté de médecine.

I

C'est dans l'intestin que les diverses substances alimentaires subissent les transformations qui doivent les rendre absorbables. L'histoire de ces modifications est exposée dans tous les traités de physiologie, mais, dans ces derniers temps, on a publié un certain nombre de travaux qui semblent devoir modifier quelques-unes des notions courantes sur les fonctions des ferments digestifs. Un nouveau problème s'est posé : MM. Pasteur et Duclaux se sont demandé si les microbes intestinaux ne sont pas les agents d'une deuxième digestion, c'est-à-dire s'ils ne remplissent pas un rôle utile, peut-être même indispensable. Il se peut, en effet, que quelques microbes servent à la nutrition de l'organisme qu'ils habitent; mais nous trouvons sur ce point bien des contradictions, tandis que nous sommes mieux renseignés sur le rôle nuisible que remplissent souvent ces parasites; nous commençons à connaître l'histoire des substances toxiques qu'i s engendrent et dont l'importance en pathologie tend chaque jour à s'accroître. Il en résulte que les conceptions nouvelles sur le rôle pathogénique des poisons intestinaux ont eu un contre-coup en thérapeutique : on s'est proposé d'entraver la vie et les fonctions putréfactives des microbes et l'on est arrivé, dans ce sens, à des résultats très remarquables par l'usage des antiseptiques insolubles. Mais avant d'étudier le côté pratique de la question, nous devons exposer brièvement les principaux faits expérimentaux qui lui servent de base.

La présence de micro-organismes dans le tube digestif et dans les matières fécales est un fait connu depuis longtemps. Leuwenhoek, examinant des selles diarrhéiques, y avait constaté la présence de corpuscules plus longs que larges, et munis de pattes à leur face inférieure; en même temps, il observa de petits animalcules mobiles, égalant à peine le sixième d'un globule sanguin. Ces mêmes grains, Leuwenhoek les retrouva dans les excréments de divers animaux.

Au commencement de ce siècle, Leuret et Lassaigne décrivent des monades, qu'ils observent dans l'intestin des crapauds et des grenouilles; ils pensent que ces êtres jouent un rôle dans la digestion, qu'ils se chargent des particules alimentaires et les dirigent par la veine porte dans le courant sanguin. Gruby et Delafond supposent que la cinquième partie environ de la nourriture végétale se transforme en infusoires : ceux-ci, digérés à leur tour, fourniraient des matières animales à la nutrition des herbivores. Toutes ces théories n'ont évidemment qu'un intérêt historique. Aujourd'hui personne ne discute sérieusement l'origine des parasites intestinaux : il est bien certain qu'ils proviennent de l'extérieur, mais le mécanisme par lequel ils peuvent gagner la cavité intestinale soulève certains problèmes intéressants.

La première idée qui vient à l'esprit est que les microbes pénètrent avec les aliments; mais aussitôt se dresse une objection. Avant d'atteindre l'intestin, les microbes doivent séjourner dans la cavité stomacale; comment se fait-il qu'ils ne soient pas détruits par l'acide chlorhydrique que renferme la sécrétion de l'estomac? On peut remarquer tout d'abord qu'un certain nombre de micro-organismes peut se trouver dans les liquides ingérés, et par conséquent traverser rapidement l'estomac, surtout si l'ingestion a été faite à jeun. Quant aux aliments, les microbes qu'ils renferment peuvent gagner l'intestin avant que le suc gastrique contienne assez d'acide pour les détruire. Ceux qui restent plus longtemps seront, il est vrai, soumis à l'action de cette sécrétion, mais il faut établir d'abord quelle est sa valeur antiseptique. On cite à ce propos les expériences de M. Miller. Cet auteur, comparant les microbes de l'intestin à ceux de la bouche, trouve douze espèces dans le premier cas et vingt-cinq dans le second; recherchant ensuite l'action du suc gastrique, il constate que ce liquide arrête la fermentation lactique quand il contient 1,6 pour 1 000 d'acide chlorhydrique. Cette expérience, fort intéressante sans doute, ne nous renseigne nullement sur la façon dont se comporteraient les autres microbes, sans compter que l'arrêt de la fermentation n'implique nullement la perte de

la vie. Ces réserves nous semblent commandées par les recherches récentes de M. Vignal; en expérimentant sur les microbes de la bouche et des matières fécales, M. Vignal a reconnu que plusieurs d'entre eux résistent vingt-quatre heures à l'action du suc gastrique; c'est ce qu'on observe surtout avec les cultures anciennes, c'est-à-dire avec celles qui sont riches en spores. De ces résultats on peut rapprocher ceux qui ont été obtenus par Perroncito : cet auteur a démontré que le suc gastrique est capable d'arrêter et de détruire la bactéridie charbonneuse, tandis qu'il reste sans action sur les spores. Il est inutile d'insister sur l'importance de cette expérience, qui explique d'une façon très satisfaisante la production du charbon gastro-intestinal. Nous pouvons donc conclure que l'action antiseptique du suc gastrique est réelle, mais qu'elle ne semble guère s'exercer sur les spores.

Les microbes, en pénétrant dans l'intestin, se trouvent tout d'abord en contact avec la bile : or on dit et on répète, depuis Saunders, que la bile est un puissant antiseptique. C'était l'opinion de Leuret et Lassaigne, de Eberle, de Hoffmann. Bidder et Schmidt tentèrent de l'appuyer sur l'expérimentation : chez des chiens porteurs de fistule biliaire, ils constatèrent que les défécations étaient rares, les selles argileuses, grisâtres, d'odeur cadavéreuse ; les gaz intestinaux augmentaient ; l'air exhalé prenait une odeur nauséabonde; la mort survenait au bout d'un certain temps, sans qu'on pût trouver à l'autopsie de lésions appréciables. Ces résultats rappellent ceux qu'on observe en clinique : chez beaucoup d'ictériques, on note aussi du météorisme, de la fétidité de l'haleine et une odeur repoussante des matières fécales. Mais si ces faits sont parfaitement établis, l'explication en est moins simple; peut-être tous les phénomènes reconnaissent-ils pour cause les troubles profonds qu'entraîne la suppression de la bile, particulièrement dans l'élaboration et l'absorption des matières grasses. L'expérience directe démontre, en effet, que la bile est loin de posséder les propriétés antiseptiques qu'on lui attribue trop facilement; c'est un liquide qui se putréfie très vite, et qui, placé dans des bouillons de culture, ne gêne nullement le développement des microbes (Bufalini, Charrin et Roger, Vignal). On a bien dit que la bile se décompose dans l'intestin et que c'est l'action des diverses parties constituantes qu'il faudrait étudier; des recherches entreprises dans ce sens ont démontré que les sels biliaires entravent le développement des microbes; mais leur action est si faible que certainement, dans l'intestin, leur influence doit être nulle; ce qui le démontre encore, c'est que, sur des chiens porteurs de fistule biliaire, Rohmann n'a pas vu augmenter les substances aromatiques de l'urine : or, nous montrerons plus loin que l'élimination de ces substances est proportionnelle à l'intensité des fermentations intestinales.

Le suc pancréatique n'entrave en rien le développement des bactéries : il est même démontré aujourd'hui que cette sécrétion contient normalement des microbes. Kühne, Tiegel en ont trouvé dans le parenchyme du pancréas; M. Duclaux en a constamment rencontré dans le canal excréteur; les recherches de Jeanneret conduisent à la même conclusion. Par un procédé très ingénieux, cet auteur fait des digestions artificielles en se mettant à l'abri des germes de l'air : il constate que, malgré toutes les précautions, il se développe constamment, dans les milieux azotés, des bactéries et des spores; ces microbes sont facultativement anaérobies, mais vivent mieux en présence de l'air; dans les solutions sucrées, on trouve des chaînes de torules et des bacilles, mais pas de spores.

Dans un travail fort intéressant, Mac Fadyen a repris toutes ces questions et a étudié l'action des sucs gastro-intestinaux sur les microbes pathogènes. Des expériences, faites en dehors de l'organisme, l'ont conduit à des résultats tout à fait semblables à ceux que nous avons déjà indiqués. Dans une deuxième série de faits, l'auteur opère sur l'animal vivant : il donne des aliments chargés de bactéries, et quatre à cinq heures plus tard, sacrifiant l'animal, il recherche les microbes dans les diverses parties du tube digestif. Il a reconnu ainsi que les staphylocoques traversent l'estomac et se retrouvent dans l'intestin; ils sont plus abondants dans cette deuxième portion du tube digestif, lorsqu'on les donne mélangés à du lait que lorsqu'on les fait ingurgiter avec de la viande. Les résultats, obtenus avec la bactéridie charbonneuse, sont encore plus remarquables : cet organisme est constamment tué dans l'estomac, sauf lorsqu'il est administré dans de l'eau pure; il traverse alors la cavité gastrique, et vient se développer dans l'intestin. Il nous semble que ces recherches reproduisent ce qui se passe journellement dans la propagation des épidémies. L'eau contaminée traverse facilement la cavité gastrique, surtout quand elle est ingérée à jeun, et l'élément pathogène, soustrait à l'action de l'acide chlorhydrique, vient se développer dans l'intestin. Dans certaines affections stomacales où l'acidité du suc gastrique est diminuée, les éléments pathogènes pourront envahir facilement l'intestin. Expérimentalement, Koch a démontré cette influence : il a fait voir que le bacille-virgule ne se développe dans l'intestin du cobaye que lorsqu'on a pris le soin de neutraliser, au préalable, l'acidité de l'estomac. On peut donc conclure de tous ces faits, que, sauf le suc gastrique, aucun des liquides du tube digestif n'entrave la vie des microbes. Comme le dit Mac Fadyen, la barrière, qui s'oppose à l'invasion de l'organisme par les parasites intestinaux, est représentée par les cellules épithéliales. Celles-ci constituent un véritable filtre.

Il faut peut-être tenir compte aussi d'un deuxième mode de défense, indiqué par Ribbert. Cet expérimentateur a remarqué que les microbes peuvent pénétrer à travers l'épithélium intact et gagner les follicules clos; c'est du moins ce qu'il a observé dans le cæcum du lapin. Mais on ne trouve plus de microbes dans les couches profondes des parois et dans les ganglions mésentériques; on voit dans les follicules des images qui font penser à une destruction des parasites; leurs contours sont altérés et la coloration en est difficile; aussi l'auteur pense-t-il qu'il s'agit d'un processus analogue à celui que Metschnikoff nous a fait connaître sous le nom de phagocytose. Il est assez curieux de noter que Ribbert n'a rien pu constater de pareil dans les autres portions de l'intestin ou chez les autres espèces animales. Ces faits fort intéressants ont été confirmés dans leur partie essentielle par les recherches ultérieures de Bizzozero.

II

Le nombre des microbes qui se trouvent dans l'intestin est très difficile à déterminer exactement. Il varie suivant le sujet qu'on examine, suivant l'alimentation et l'état des voies digestives. Enfin, l'étude des bactéries qu'on trouve dans les matières fécales ou dans le chyme, ne donne que

des renseignements incomplets, les microbes pouvant pénétrer dans les culs-de-sac glandulaires et les follicules. Ajoutons encore que, lorsqu'on fait des plaques, une grande partie des éléments figurés ne doit pas se développer; il en résulte que toutes les évaluations sont au-dessous de la vérité; il faut donc regarder comme un minimum le chiffre de 21 480 000 microbes, trouvés par M. Vignal, dans 1 décigramme de matières fécales; et pourtant un homme rendant en moyenne 200 grammes de matières par jour, on arriverait au chiffre de 42 960 000 000.

Nous ne décrirons pas ici tous les microbes qu'on peut rencontrer dans l'intestin. Une pareille étude nous entraînerait trop loin; nous nous occuperons exclusivement de ceux qui ont été trouvés chez l'homme, et qui possèdent des propriétés digestives ou putréfactives. Stahl, Nothnagel, Bienstock ont essayé les premiers de décrire séparément les divers microbes de la cavité intestinale. Bienstock a isolé cinq bacilles dont deux sont particulièrement intéressants : l'un transforme les hydrocarbures en alcool, mais est sans action sur l'albumine; l'autre, le *bacillus putrificus coli*, laisse intacts les hydrocarbures, mais transforme l'albumine en peptones, puis en ammoniaque, en acides amidés, acides gras; enfin il donne diverses substances aromatiques : indol, phénol, scatol.

Aux cinq espèces décrites par Bienstock, Brieger en ajoute trois, dont deux ont des propriétés digestives : c'est d'abord un microcoque, souvent accouplé, se développant dans les solutions de sucre de canne et de raisin, qu'il transforme en alcool éthylique. La deuxième espèce est représentée par un petit bacille qui transforme le sucre en acide propionique, en donnant des traces d'acide acétique.

Le travail le plus considérable qui ait paru sur ce sujet est, sans contredit, le mémoire de M. Vignal. Cet auteur a isolé dix espèces de microbes, ayant tous des propriétés digestives. Il a étudié l'action de chaque organisme sur l'albumine, la fibrine, le gluten, l'amidon, le lait, la lactose, la saccharose, la glycose. Nous ne décrirons pas ici tous ces organismes, une pareille étude serait un peu trop aride; nous indiquerons seulement le *bacterium coli commune*, qui semble exister constamment et avait déjà été signalé par Escherich dans les selles des nouveau-nés. A côté de lui végètent six bacilles, deux coccus et un streptocoque : on trouvera les caractères et les propriétés de ces divers parasites dans le mémoire de M. Vignal.

Le nombre et les espèces de microbes varient suivant le régime et l'âge de l'individu qu'on examine. Chez le nouveau-né, il n'existe jamais de parasites dans l'intestin; c'est un point sur lequel tout le monde est d'accord. Mais on en trouve peu de temps après la naissance, alors même que l'enfant n'a encore rien ingéré. D'après Escherich, on peut en reconnaître la présence quatre à sept heures après l'accouchement; quelquefois seulement, au bout de douze ou de dix-huit heures. Ces microbes pénètrent probablement par suite des efforts respiratoires que fait le nouveau-né; il est possible que quelques-uns remontent par l'anus.

Les microbes intestinaux de la première enfance, signalés par Uffelmann et Bienstock, ont été étudiés avec grand soin par Escherich. Dans le méconium, cet observateur a trouvé un grand nombre de microbes dont plusieurs liquéfient la gélatine; dans les selles lactées, l'aspect est tout autre : il n'existe guère, à l'état physiologique, que deux bacilles, qui tous deux ne liquéfient pas : l'un nous est déjà connu; c'est le *bacterium coli* que nous avons signalé chez l'adulte et qui existe déjà dans le méconium; il occupe le gros intestin où il remplit ses fonctions d'agent putréfacteur; l'autre est désigné sous le nom de *bacterium lactis aerogenes*; il occupe surtout les portions supérieures de l'intestin grêle; il transforme le sucre du lait en acide lactique. Escherich le regarde comme un agent de la digestion et est tenté de lui attribuer un rôle utile; les recherches de M. Hayem, sur l'emploi de l'acide lactique contre la diarrhée verte des nouveau-nés, donne un certain intérêt à cette opinion.

Pour en revenir aux microbes trouvés chez l'adulte, nous pouvons résumer leur action de la façon suivante : cinq dissolvent plus ou moins rapidement l'albumine; un la gonfle et la rend transparente; cinq dissolvent la fibrine; deux la gonflent; quatre dissolvent le gluten; un saccharifie l'amidon, et un autre la fécule; huit coagulent le lait; quatre dissolvent la caséine; dix transforment la lactose en acide lactique, dix la glycose en alcool, sept intervertissent la saccharose.

Quelle est la signification de ces transformations? Représentent-elles une digestion accessoire? ont-elles un rôle utile ou peuvent-elles être supprimées sans inconvénient? Autant de questions auxquelles il est bien difficile de répondre. Le problème semble presque résolu pour la cellulose. Tappeiner a démontré que cette substance peut servir à la nutrition des herbivores; mais que les transformations préalables étaient l'œuvre des microbes. Si pareille démonstration était fournie pour d'autres substances, on devrait considérer comme favorable l'existence des microbes, au moins de quelques-uns d'entre eux. Dès lors les méthodes thérapeutiques, qui ont pour but d'antiseptiser le tube digestif, pourraient, au premier abord, paraître irrationnelles. Nous reviendrons plus loin sur cette objection et nous en montrerons le peu de fondement. Pour nous en tenir actuellement à ce qui se passe à l'état normal, nous signalerons encore les expériences de M. Duclaux qui a essayé de déterminer quelle est l'activité des fermentations microbiennes : pour cela il a recherché à quel degré se fait dans un vase inerte, à une température voisine de celle du corps, la transformation d'un bol alimentaire, ensemencé avec quelques gouttes de suc intestinal. La quantité de matière, dissoute en trois jours, a toujours dépassé la moitié de celle qui se dissout dans la digestion normale. « Ainsi l'action des ferments, dans le tube digestif, est au moins comparable, pour sa puissance, à celle des liquides normaux de la digestion. » Il serait donc indispensable d'étudier la nutrition chez un animal dont l'intestin ne contiendrait pas de microbes. Le problème est plus facile à poser qu'à résoudre. Nous verrons plus loin quels sont les résultats obtenus dans ce sens par l'usage des antiseptiques intestinaux.

III

Parmi les produits qu'on trouve dans le chyme, les uns proviennent de ferments solubles, les autres des ferments figurés. Pour les hydrocarbures, la transformation par les sucs digestifs se réduit à la production de dextrines et de sucres (glycose, lévulose, maltose). Les microbes peuvent produire des substances analogues en saccharifiant l'amidon ou en intervertissant la saccharose; mais la fermentation peut aller plus loin et donner naissance à de l'alcool éthylique; ce fait a un grand intérêt, car il explique peut-être, pourquoi on trouve de l'alcool dans le foie et le cer-

veau d'animaux qui n'ont jamais ingéré cette substance (J. Béchamp, Rajewski). Il est une autre série de corps, qui relèvent également des ferments figurés : ce sont les acides lactique, acétique, butyrique, etc. Ces acides de fermentations sont surtout abondants chez les herbivores; ils donnent au chyme, pris à la fin de l'iléon ou dans le cæcum, la réaction acide qu'il présente; on sait que plusieurs physiologistes étaient partis de ce fait pour soutenir qu'il se passe dans cet intestin une digestion complémentaire, analogue à celle de l'estomac; cette conception erronée tombe devant les recherches modernes qui démontrent que la réaction du cæcum est attribuable à des acides de fermentation, et non à un acide de sécrétion, comme celui du suc gastrique.

L'action digestive des microbes s'étend aux autres classes d'aliments; on avait admis jusqu'ici que c'était sous l'influence du suc pancréatique que les graisses neutres se dédoublaient pour donner naissance à des acides gras et à de la glycérine. D'après Landwehr, cette réaction serait produite par les microbes : on ne l'observerait pas dans les digestions artificielles aseptiques.

Plus importante encore est l'action des microbes dans la digestion des albuminoïdes. Ces substances sont transformées, dit-on, sous l'influence du suc pancréatique; les produits qui prennent ainsi naissance dans l'intestin sont bien plus complexes que ceux qu'on trouve dans la digestion stomacale. A côté des peptones, on rencontre des acides amidés, leucine, tyrosine, hypoxanthine, de l'acide aspartique, de l'acide cinnamique, des corps de la série aromatique, indol, phénol, scatol et enfin divers gaz, acide carbonique, hydrogène, hydrogène sulfuré, ammoniaque. Tous ces corps prennent également naissance, lorsqu'on fait putréfier des matières albuminoïdes; aussi était-il important de déterminer quelles sont les modifications qui appartiennent en propre au suc pancréatique. C'est ce qu'a fait Kuhne en pratiquant des digestions artificielles dans un milieu contenant 2 p. 1000 d'acide salicylique; il prétend éviter ainsi tout développement de germes et voit se produire des peptones et des acides amidés; mais il n'y a ni substances aromatiques, ni gaz. Salkowski, Salamon, Hufner ont répété et varié les expériences; ils ont obtenu des résultats analogues. On peut donc dire que les gaz intestinaux et les substances aromatiques dépendent de la vie des microbes; ainsi s'explique leur absence constante dans l'intestin du fœtus et du nouveau-né.

Parmi les substances aromatiques, nous avons cité l'indol, le phénol et le scatol. Ce dernier corps, peu soluble, se retrouve en grande partie dans les excréments. La production du phénol peut paraître étrange : cette substance, par ses propriétés antiseptiques, doit, en effet, modérer l'activité des fermentations microbiennes, mais ce n'est là qu'un cas particulier de cette loi générale qui veut que toute matière vivante, par cela même qu'elle vit, engendre des substances capables de l'intoxiquer. Le phénol et l'indol sont absorbés au niveau de l'intestin; dans l'organisme ils subissent tous deux une transformation analogue, c'est-à-dire qu'ils se sulfo-conjuguent : il se forme ainsi du phényl et de l'indoxyl-sulfate de soude ou de potasse; les deux substances s'éliminent par l'urine, leur quantité est donc en rapport direct avec l'intensité des putréfactions microbiennes; mais, comme le démontrent les travaux de Brieger et de Morax, les variations dans l'élimination de ces deux corps ne sont pas toujours parallèles; suivant la nature des agents putréfactifs, on peut voir prédominer l'une ou l'autre de ces substances. Il serait donc très intéressant au point de vue clinique de pouvoir étudier leurs oscillations; malheureusement leur dosage est bien trop compliqué pour pouvoir entrer dans la pratique, il faut se contenter d'évaluer approximativement la quantité d'indol par la coloration bleu-violet que prend l'urine quand on en chauffe une petite quantité avec de l'acide chlorhydrique; tout le monde sait que cette réaction est très nette dans les maladies à putréfactions intestinales intenses, particulièrement dans la fièvre typhoïde. Outre ces deux substances, on trouve encore dans l'urine, unis à l'acide sulfurique, d'autres corps appartenant au groupe aromatique, mais dont l'importance, en clinique, est à peu près nulle.

L'ammoniaque, qui se produit sous l'influence de la vie microbienne, subit aussi des transformations dans l'organisme. Avant de pénétrer dans la circulation générale, ce corps doit traverser le foie; or, les expériences de Schrœder et de Minkowski ont démontré qu'il s'y transforme en urée. Cette transformation n'est sans doute pas complète et une petite quantité s'élimine dans l'urine; ce qui prouve bien que l'ammoniaque de l'urine provient de l'intestin et non de la désassimilation des tissus, c'est que cette substance ne se rencontre que chez les carnivores; elle fait défaut chez les animaux qui se nourrissent de végétaux.

Il est, enfin, des substances produites dans l'intestin, sous l'influence des microbes et dont l'importance en pathologie est considérable; ce sont les ptomaïnes et divers corps toxiques, dont on ne connaît pas la constitution chimique, mais dont on a démontré les propriétés physiologiques. Les substances toxiques, qu'on peut rencontrer dans le chyme ou les matières fécales, sont assez nombreuses; quelques-unes sont ingérées directement, tels sont surtout les sels de potasse. D'autres résultent du processus digestif lui-même; ainsi les peptones amènent la mort quand on les introduit directement dans la circulation; si normalement elles remplissent un rôle utile, c'est qu'elles subissent une transformation régressive avant de venir au contact des tissus. Enfin, un troisième groupe de substances toxiques résulte de la vie microbienne : ce sont des produits analogues aux poisons putrides, découverts par Gaspard en 1822 et étudiés depuis par nombre de physiologistes et de chimistes. Or, ces substances toxiques se produisent surtout quand les matières sont placées à l'abri du contact de l'air; c'est dans ces conditions que les microbes remplissent le plus facilement leur rôle d'agents réducteurs; enfin la température de 40 degrés, le séjour des aliments pendant deux ou trois jours dans le tube digestif, sont autant de conditions favorables à la production de bases toxiques. C'est à M. Bouchard que revient le mérite d'avoir le premier indiqué, en 1882, la présence d'alcaloïdes dans les matières fécales : il reconnut que certains étaient solubles dans le chloroforme, d'autres dans l'éther; mais il ne put en obtenir une assez grande quantité pour les faire cristalliser et les soumettre à l'analyse élémentaire; l'année suivante, Arnold étudiait les mêmes alcaloïdes et constatait que leur injection amène chez la grenouille des phénomènes paralytiques très nets; mais l'animal finit par se remettre : c'est que les alcaloïdes sont loin de représenter tous les produits toxiques des putréfactions intestinales, et il y a certainement de ce côté bien des points obscurs à éclaircir.

Reste à savoir, si, à l'état normal, les poisons putrides de l'intestin sont absorbés; Stich ne le pense pas : il suppose

que ces substances sont neutralisées par leur passage à travers les membranes intestinales. Cette opinion ne nous semble guère soutenable; car M. Bouchard a démontré que la toxicité de l'urine dépend pour une part de l'intensité des fermentations intestinales, il a fait voir de plus que la quantité et la qualité des alcaloïdes urinaires varient parallèlement à la quantité et à la qualité des alcaloïdes intestinaux.

IV

Les fermentations microbiennes, dont l'intestin est le siège, jouent un grand rôle en pathologie. Dans un premier groupe de faits, nous citerons les troubles morbides relevant d'une augmentation dans l'intensité de putréfactions, ou d'une production anomale de substances toxiques, sous l'influence des microbes pathogènes. Le type de ces maladies d'origine intestinale, nous est représenté par cet ensemble d'accidents qui résultent de l'ingestion de viandes avariées, particulièrement d'une espèce de saucisses peu cuites, fort en usage en Allemagne, c'est le *botulisme* ou *allantiasis*. En comparant les observations publiées jusqu'ici, on peut se convaincre facilement qu'il existe deux processus pathogéniques; dans quelques cas assez rares, il s'agit d'une intoxication : la viande avariée contient toutes formées des substances toxiques, probablement des ptomaïnes, les accidents sont presque immédiats. Ainsi, dans une observation de Kraatzer, les symptômes d'empoisonnement apparurent une demi-heure après le repas. Mais, dans la plupart des cas, l'incubation est plus longue; Muller, qui a réuni 263 observations, constate que les accidents débutent généralement au bout de dix-huit heures; il survient de la fatigue, du brisement général; puis apparaissent les nausées, les vomissements, la diarrhée qui est inconstante; la gorge est sèche et brûlante. Au bout de deux ou trois jours, les phénomènes s'aggravent encore, le malade se plaint de vertige, de diplopie, la démarche est incertaine, le respiration laborieuse; du quatrième au dixième jour, on constate de la dysphagie, de la raucité de la voix, les membres sont parésiés, la peau froide, et le patient finit par succomber dans le collapsus. La terminaison fatale, qui s'observe dans un tiers des cas, survient dans les dix premiers jours. La guérison complète est précédée d'une longue convalescence.

L'évolution si lente des accidents, la durée de l'incubation éloignent l'idée d'une intoxication et nous amènent à supposer qu'il s'agit plutôt d'un processus infectieux. Les viandes mauvaises sont remplies de microbes qui trouvent dans l'intestin d'excellentes conditions de développement, les symptômes relèvent bien d'une intoxication, mais celle-ci est secondaire, elle est le résultat de la multiplication de microbes. C'est à M. Bouchard que nous devons cette conception qui n'a pas seulement un intérêt théorique, mais conduit à d'importantes déductions au point de vue du traitement. Il faut ajouter que les idées de notre maître semblent avoir acquis des partisans, même en Allemagne. Nauwerck a relaté récemment une épidémie survenue à la suite de l'ingestion de saucisses gâtées : dix personnes furent atteintes et deux succombèrent, les premiers symptômes apparurent après une incubation qui variait de vingt à soixante-douze heures. Ce qui fait l'intérêt de cette épidémie, c'est qu'elle a servi de point de départ à des recherches expérimentales. Ehrenberg trouva dans les saucisses des bases, analogues à celles que Brieger avait isolées des substances putrifiées; mais, comme le fait remarquer Nauwerck, ces bases étaient en très petite quantité et aucune d'elles n'avait de propriété toxique notable. Aussi devant l'insuffisance des résultats chimiques, et la longue durée de l'incubation, l'auteur pensa-t-il qu'il devait s'agir d'une infection microbienne; il fit quelques recherches dans ce sens et trouva dans les saucisses un bacille qui faisait putréfier l'albumine et se montrait pathogène pour le lapin; ce même organisme se rencontre dans l'intestin de porcs bien portants, on est donc conduit à supposer que, pendant la préparation de la saucisse, le microbe se trouve enfermé dans son intérieur et qu'il n'est pas détruit à cause de la faible chaleur à laquelle on soumet ce mets.

Si des faits aussi graves sont exceptionnels en France, on observe assez souvent dans notre pays des troubles plus légers, mais relevant d'un processus analogue; à la suite de l'ingestion de certaines viandes avariées, il survient dans l'intestin des putréfactions anomales par leur intensité, mais se rapprochant, par la nature des substances produites, de ce qui se passe à l'état physiologique.

La production de poisons putrides doit être invoquée aussi pour expliquer certains des troubles qu'on observe au cours de la dilatation de l'estomac. Il est indéniable que l'auto-intoxication joue un rôle dans cet état morbide. On avait pu penser que les fermentations se passaient dans l'estomac, mais il est facile de reconnaître que, dans certains cas, la sécrétion gastrique contient une notable quantité d'acide chlorhydrique. Aussi, peut-on, avec M. Bouchard, admettre deux ordres de faits : dans quelques cas, les putréfactions se font dans l'estomac dilaté, elles se traduisent par des phénomènes de dyspepsie putride et particulièrement par des renvois nidoreux et fétides. Ailleurs, les putréfactions commencent dans l'estomac, puis arrêtées momentanément par l'acide chlorhydrique du suc gastrique, elles reprennent avec une intensité nouvelle dans la cavité intestinale. C'est donc l'intestin qui est en cause et à ce titre la dilatation de l'estomac méritait d'être citée dans l'étiologie des putréfactions intestinales.

Jusqu'ici, nous n'avons pas vu se former de poisons différents par leur nature de ceux qui prennent naissance à l'état normal; il nous faut maintenant aborder l'histoire des maladies où les microbes pathogènes envahissent l'intestin et sécrètent des poisons spéciaux, en quelque sorte spécifiques, donnant au tableau symptomatique un aspect particulier. C'est ce qu'on observe, par exemple, dans la fièvre typhoïde et le choléra. Mais il va sans dire qu'à côté de l'intoxication attribuable au microbe particulier, il faut encore tenir compte des sources normales d'auto-intoxication et particulièrement des poisons produits par la désassimilation des tissus ou par les microbes vulgaires de l'intestin. C'est justement parce que ces sources d'intoxication continuent à agir qu'on observe, dans les maladies infectieuses les plus disparates, un fond symptomatique qui reste toujours le même. Il est bien évident aussi que l'on ne peut songer à attribuer tous les symptômes de la maladie, par exemple la fièvre typhoïde, aux seuls troubles intestinaux; le microbe infecte l'organisme entier et sa présence dans les divers tissus suffirait à infirmer une conception aussi étroite. Pour nous en tenir à la fièvre typhoïde, nous rappellerons encore que Selmi et M. Lépine ont trouvé des alcaloïdes dans l'urine d'individus atteints de cette maladie. Brieger, en opérant sur des cultures pures du bacille d'Eberth, a pu extraire un alcaloïde à chlorhydrate déliquescent, la typhotoxine. Injectée sous la peau d'un cobaye, cette base amène

de la salivation, de l'accélération de la respiration ; l'animal ne peut se tenir sur ses pattes; il est pris d'une diarrhée abondante et meurt en vingt-quatre ou quarante-huit heures. S'il est probable qu'un poison analogue doive se former chez le typhique, il n'est pas démontré, dira-t-on, qu'il se produise dans la cavité intestinale, il peut, certainement, se former dans les tissus. Brieger fait même remarquer que, dans la dothiénentérie, on n'observe pas d'augmentation dans la quantité de phénol éliminée par l'urine ou dans la quantité de scatol que contiennent habituellement les matières fécales. Cet argument, invoqué contre l'origine intestinale de l'intoxication typhique, n'a peut-être pas la valeur qu'on serait tenté de lui attribuer; car tous les microbes de la putréfaction ne produisent pas forcément du phénol ou du scatol, et ces deux substances ne se trouvent pas dans les cultures du bacille d'Eberth. Aussi croyons-nous, jusqu'à preuve du contraire, qu'une bonne partie des poisons typhiques prend naissance dans la cavité intestinale; ce qui nous confirme dans cette opinion, c'est qu'on voit nombre des symptômes morbides s'améliorer ou disparaître quand, par les antiseptiques, on entrave la pullulation des microbes de l'intestin.

Avec le microbe du choléra, la démonstration est encore plus facile, puisque l'agent pathogène habite exclusivement l'intestin. L'existence d'un poison soluble dans cette affection, a été mise hors de doute par M. Bouchard ; en injectant dans les veines de lapins des urines de cholériques, cet auteur a observé, chez les animaux en expérience, des symptômes qu'on ne rencontre pas avec les urines normales, et qui rappellent d'une façon saisissante certains des troubles qu'on observe dans le choléra. Dans les déjections, M. Pouchet a trouvé une substance alcaloïdique très toxique. Malheureusement la démonstration n'est pas complète, car la recherche des poisons dans les bouillons, où l'on a cultivé le microbe de Koch a donné des résultats contradictoires. C'est ainsi que MM. Nicati et Riesch en injectant dans les veines des cultures filtrées, ont observé des vomissements, de la diarrhée, de la parésie des membres et dans quelques cas la mort. M. Bouchard a été moins heureux, il a pu introduire dans l'organisme des quantités considérables de cultures filtrées, sans observer le moindre phénomène d'intoxication. Cantani a repris cette question; sans suivre l'auteur dans les théories bizarres qu'il expose, on peut relever dans son travail un fait, qui, s'il se confirme, aurait un certain intérêt : les cultures ordinaires du bacille-virgule ne renferment pas de substances toxiques, celles-ci se montrent seulement dans les bouillons, contenant une forte proportion de peptones.

Il est un deuxième groupe d'affections, où l'intoxication d'origine intestinale joue un rôle important, c'est lorsqu'il existe un obstacle au cours des matières. Dans ces cas le contenu de l'intestin est soumis à une absorption prolongée qui, en supposant même que les putréfactions restent normales, introduit dans l'organisme une quantité considérable de poison. C'est ce qu'on observe, par exemple, dans toutes les variétés d'obstruction intestinale.

Enfin l'intensité des putréfactions, l'absorption des produits toxiques restent dans les limites habituelles, mais il se produit une auto-intoxication d'origine intestinale, parce qu'il est survenu des troubles dans les organes chargés de transformer ou d'éliminer les poisons normaux. On sait en effet qu'une partie des substances toxiques, provenant de l'intestin, est neutralisée dans l'organisme, particulièrement dans le foie; ce qui a échappé à l'action de cette glande est éliminé par les urines; survienne une altération des organes transformateurs ou éliminateurs, l'intoxication se produira. C'est ce qu'on observe dans la plupart des maladies infectieuses, où ces organes sont si souvent altérés; c'est ce qu'on voit également à une certaine période des affections chroniques, atteignant le foie ou le rein. Dans tous ces cas, en apparence si disparates, on retrouve certains symptômes communs, relevant de la même cause, la stercorémie.

V

Les notions pathogéniques que nous venons de résumer, conduisent à d'importantes déductions thérapeutiques. S'il est vrai que l'intoxication joue un rôle dans les divers processus que nous avons indiqués, s'il est vrai que cette intoxication reconnaît, pour cause principale, les fermentations microbiennes de l'intestin, l'indication immédiate sera de s'opposer à l'absorption ou à la production de ces substances toxiques. De là deux méthodes : on peut essayer de supprimer les poisons, on peut tenter d'agir sur les agents de leur production.

Les purgatifs, en empêchant la stagnation des matières, doivent certainement débarrasser le tube digestif d'une certaine quantité de substances toxiques : c'est peut-être à cette propriété qu'on doit attribuer les bons effets de ces médicaments, dans le traitement de l'urémie. Nous ferons pourtant une réserve, parce que les recherches expérimentales de Morax ont montré que les purgatifs n'avaient sur la fermentation intestinale qu'une action incertaine. On remplit plus sûrement l'indication de neutraliser les poisons, en les absorbant au fur et à mesure de leur production : c'est ce qu'on obtient avec le charbon, administré seul ou associé à une substance antiseptique. C'est ainsi que, dans la fièvre typhoïde, M. Bouchard donnait autrefois 100 grammes de charbon et 1 gramme d'iodoforme, mélangés à de la glycérine, de façon à constituer une pâte assez épaisse : le malade prenait la masse par cuillerées à soupe. Si l'on emploie cette méthode, il faut avoir soin d'administrer un purgatif de temps en temps, et surtout au moment où l'on cesse le traitement : car, outre la constipation qui résulte quelquefois de l'accumulation du charbon, il serait dangereux de laisser, dans l'intestin, une masse tout imprégnée de substances toxiques.

Cette première méthode a certainement donné de bons résultats; mais elle doit céder devant celle qui se propose d'entraver la vie même des microbes intestinaux : l'antisepsie intestinale, telle que la préconise actuellement M. Bouchard, constitue, au point de vue de la thérapeutique générale, une des grandes idées de notre époque et présente pour le médecin un intérêt tout spécial.

Un bon antiseptique intestinal doit remplir trois conditions, il doit être insoluble, très antiseptique, et très peu toxique : les deux dernières qualités sont évidentes; la première n'a pas moins d'importance : un antiseptique soluble serait facilement absorbé, et ne pourrait agir que sur la portion supérieure du canal gastro-intestinal; s'il est insoluble, il peut traverser tout l'intestin et exercer son action sur les microbes, qui en habitent les diverses régions.

Les substances qu'on a préconisées, sont beaucoup trop nombreuses pour que nous puissions les énumérer toutes. Nous croyons ne pas devoir étudier les antiseptiques so-

lubles, pour les raisons que nous avons exposées plus haut. Pourtant il est quelques médicaments qui, malgré leur solubilité, donnent de bons effets. Sans parler du sulfate de quinine, dont l'action est évidemment complexe, nous citerons l'eau sulfo-carbonée. Cette préparation peut se prescrire de la façon suivante : Sulfure de carbone 25 grammes; eau 500 grammes; essence de menthe 30 gouttes. Agitez, puis laissez reposer; on donnera une cuillerée à soupe, toutes les deux heures. Sous l'influence de cet agent, on obtient une désinfection des matières fécales, et on observe certains des bons résultats que nous indiquerons tout à l'heure, à propos des antiseptiques insolubles.

Les sels de mercure, par leur haut pouvoir parasiticide, semblent tout d'abord devoir fixer l'attention. On a employé en effet plusieurs sels mercuriels; le calomel a donné quelques résultats, quand on l'a administré tout à fait au début de la fièvre typhoïde. Greifenberger n'a pas craint de prescrire le sublimé, malgré sa toxicité considérable. Il fait une solution de 4 à 5 centigrammes dans 180 grammes de véhicule, et ajoute 20 grammes de sirop de menthe. On administre au malade une à deux cuillerées, toutes les vingt-quatre heures. Sous l'influence de ce traitement, l'auteur aurait vu la température baisser dès le deuxième jour, et tomber à la normale vers le sixième jour. Dans les cas légers, 5 à 6 centigrammes suffisent; dans les cas intenses, il faut donner 15 centigrammes, c'est-à-dire administrer le médicament pendant huit ou neuf jours. Malgré ces succès extraordinaires, nous croyons que ce mode de traitement pourrait conduire à des accidents toxiques. Nous ferons les mêmes réserves pour le bi-iodure, qui est très antiseptique, puisque 2 centigrammes suffisent à stériliser un litre de bouillon; mais ce sel est fort toxique; à dose de 15 centigrammes par kilo, il peut amener la mort d'un lapin. Quant au sulfure noir, il n'a presque pas de propriétés antiseptiques.

Au début de ses recherches, M. Bouchard avait employé l'iodoforme; ce corps n'est pas sans inconvénient, on ne peut l'administrer qu'à faible dose, et encore l'estomac le supporte-t-il difficilement; de plus il se décompose, et une petite quantité d'iode se retrouve dans l'urine. Les sels de bismuth n'ont pas ces inconvénients, mais ils sont bien peu antiseptiques; ils ont pourtant certains avantages : le métal, mis en liberté dans l'intestin, peut s'unir à l'hydrogène sulfuré, pour former du sulfure insoluble; cette réaction tend à diminuer le tympanisme, et à neutraliser une substance toxique et irritante; aussi se trouvera-t-on bien, dans certains cas, d'associer un sel de bismuth, aux antiseptiques dont nous allons parler; on pourra employer le sous-nitrate ou le salicylate; avec ce dernier sel, on introduit une certaine quantité d'acide salicylique, qui peut exercer une action antifermentescible; mais cette action est passagère, à cause de la rapidité de l'absorption. Les vrais antiseptiques intestinaux que nous possédons actuellement sont la naphtaline et le naphtol.

La naphtaline, préconisée par Rossbach et étudiée par M. Bouchard, doit être donnée à dose de 5 grammes par jour. On peut la prescrire de la façon suivante :

Naphtaline. . . . . } āā 5 grammes.
Sucre. . . . . }
Essence de bergamotte. . . . . II gouttes.

Pour 20 paquets; en prendre un toutes les heures.

Il est très important d'administrer l'antiseptique à doses fractionnées, c'est la seule manière d'agir constamment, sur toute l'étendue du tube digestif. La napthaline a donné à M. Bouchard d'excellents résultats; Götze l'a expérimentée chez trente-cinq malades, atteints de fièvre typhoïde; il donnait également 5 grammes par jour, et dans quelques cas, arrivait aux doses de 6 et 7 grammes. La naphtaline fut toujours bien tolérée, sauf chez un malade qui présenta quelques légers phénomènes d'intoxication; la naphtaline supprimée, tout se dissipa rapidement. Dans les observations de Götze, nous voyons que ce médicament eut une action abortive dans dix-sept cas. Trois fois la fièvre tomba en trois jours; neuf fois en dix jours; enfin dans quatre cas, il fallut attendre vingt jours. Dans les dix-huit cas, où la maladie suivit son cours, les symptômes furent bénins, et les rémissions matinales très marquées. Sur les trente-cinq malades, trois succombèrent, ils présentaient tous trois des complications, pneumonie du sommet, bronchopneumonie, cystite. La mortalité serait donc de 8,5 p. 100, ce qui est un résultat fort encourageant, mais on peut émettre des doutes sur le diagnostic, au moins pour quelques-uns des cas rapportés par l'auteur.

Malgré les avantages considérables, qu'on a pu retirer de son emploi, il faut reconnaître que la naphtaline n'est pas encore un médicament parfait : une portion s'absorbe et s'élimine, sous forme de naphtyl-sulfite de soude ou de potasse; elle donne une coloration brune aux urines et, ce qui est plus grave, elle peut amener divers troubles urinaires, qui forcent bientôt à en suspendre l'emploi. Ces inconvénients ne se retrouvent plus avec le naphtol.

M. Bouchard avait d'abord étudié le naphtol β; dans une note à l'Institut, il avait montré que ce corps était très antiseptique et très peu toxique. C'est ce qu'on peut facilement saisir dans le tableau suivant, que nous empruntons à la communication de notre maître :

	DOSE antiseptique pour 1000.	DOSE unique toxique.	DOSE quotidienne toxique.
Iodoforme.	1,27	0,5	0,05
Iodol.	2,75	2,17	1,24
Naphtaline.	1,51	3,4	1
Naphtol β	0,4	3,8	1

Si on compare le naphtol β au bi-iodure de mercure, on voit que ce dernier corps est seize fois plus antiseptique; mais il est deux cent cinquante-trois fois plus toxique. Il en résulte que si l'on administre le naphtol et le bi-iodure, à doses physiologiques équivalentes, la dose de naphtol employée sera capable de stériliser, quatorze à quinze fois plus de matière, que la dose correspondante de bi-iodure. Pour l'homme, la dose mortelle de naphtol β serait voisine de 250 grammes. Or, 2gr,50 par jour suffisent pour réaliser l'antisepsie intestinale.

Les avantages que nous avons trouvés au naphtol β, sont encore plus marqués pour le naphtol α. Cette substance a été étudiée récemment, au laboratoire et sous la direction de M. Bouchard, par M. Maximovitch. Cet observateur a reconnu que le naphtol α est deux fois plus antiseptique que le β, et qu'il est près de trois fois moins toxique. Il faut environ 2 décigrammes de naphtol α par litre, pour empêcher le développement de la plupart des microbes pathogènes; et, ce qui est très important pour notre sujet, du bouillon ensemencé avec de la matière fécale, ne présente qu'un léger louche, lorsqu'on a ajouté 0,1 à 0,12 pour 1000, de cette

substance. Pour un homme de 65 kilos, il ne faudrait pas moins de 585 grammes pour amener la mort. On peut donc, sans aucune crainte, administrer par jour 3 à 4 grammes de naphtol. Le mode d'emploi sera le même que pour la naphtaline : on pourra également associer le naphtol à d'autres substances, variant suivant les indications particulières : sous-nitrate ou salicylate de bismuth, craie, magnésie, rhubarbe, etc.

Les différents procédés, que nous avons rapidement indiqués, ne suppriment pas complètement les microbes intestinaux, mais en diminuent le nombre, dans des proportions considérables ; il faut souvent faire plusieurs préparations, pour trouver un ou deux parasites. Là se pose l'objection que nous faisions pressentir plus haut : l'antisepsie intestinale n'a-t-elle pas des inconvénients, au point de vue de la nutrition ? ne supprime-t-elle pas des agents utiles dans les phénomènes normaux de la digestion ? A ces arguments théoriques, on peut répondre par des faits. Chez de nombreux animaux on a administré, pendant longtemps, les antiseptiques à dose très élevée, sans voir survenir aucun trouble nutritif; la même constatation a été faite à maintes reprises chez l'homme ; enfin, étant donné le danger réel des auto-intoxications intestinales et l'avantage quelque peu hypothétique des fermentations microbiennes, l'hésitation n'est plus permise. Car, il est un fait bien démontré, c'est que, si l'on ne parvient pas à détruire tous les microbes de l'intestin, on réussit facilement à diminuer l'intensité des putréfactions. Une constatation bien simple le prouve, c'est la désodoration presque complète de l'haleine et des matières fécales ; le changement est surtout appréciable chez le chien, où les excréments ont d'habitude une odeur si forte et si désagréable. Ce qui est plus important, c'est qu'on constate en même temps une diminution dans l'élimination, par l'urine, des substances aromatiques (Morax), et surtout une diminution, dans des proportions énormes, du pouvoir toxique des matières fécales ; M. Bouchard l'a vu diminuer des quatre cinquièmes, chez des typhiques soumis au traitement antiseptique. Par cela même qu'il se forme moins de poison, il s'en absorbe et s'en élimine moins, aussi voit-on également s'abaisser le taux de la toxicité urinaire. « Chez un homme atteint d'un embarras gastrique, 35 à 40 centimètres cubes d'urine déterminaient la mort d'un kilogramme d'animal; après la désinfection des matières fécales par la naphtaline, 90 à 100 centimètres cubes d'urine étaient insuffisants. Cette innocuité des urines a duré autant que l'antisepsie du tube digestif. L'antisepsie supprimée, les urines sont redevenues toxiques (Bouchard). »

Les faits expérimentaux et cliniques, dont nous avons exposé l'histoire, montrent bien l'importance de l'antisepsie intestinale; les résultats obtenus dans le traitement des maladies infectieuses, et particulièrement de la fièvre typhoïde, constituent la meilleure justification pratique de ce mode de traitement. Les typhiques soignés concurremment par cette méthode, et par les bains progressivement refroidis, conservent un teint clair, blanc et rose ; la stupeur est peu marquée, et souvent même fait complètement défaut; la langue est humide, le météorisme peu considérable, les selles sont inodores, les eschares exceptionnelles ; enfin, sur une statistique de trois cents malades, soignés de cette façon, dans le service de M. Bouchard à l'hôpital Lariboisière, la mortalité n'a été que de 15 p. 100, alors que, dans les autres services du même hôpital, les décès montent à 20 et 25 p. 100. Ces chiffres nous semblent de nature à faire prendre en considération une méthode thérapeutique qui cadre si bien avec les nouvelles découvertes scientifiques.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 mars 1888. — Présidence de M. Polaillon.

COMMUNICATIONS

Résection ou arthrectomie. — M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE pense que l'on ne peut pas absolument comparer deux opérations dont les indications sont dissemblables.

En général, les opérations limitées aux synoviales sont mauvaises ; il n'a expérimenté les arthrectomies que sur de petites articulations, et il n'a pas eu lieu de s'en féliciter. Les observations de M. Chauvel ne sont d'ailleurs pas faites pour modifier son opinion. Sur quatre opérations, deux résultats sont mauvais, deux seulement sont à peu près bons, mais ces résultats ont été longs à obtenir, et ils sont encore trop récents pour qu'il soit permis d'établir un jugement définitif.

Les dangers de ces arthrectomies sont sérieux et peut-être supérieurs à ceux des résections, car, sur vingt et un malades qu'il a réséqués, M. Championnière n'en a perdu aucun.

Il tient, d'autre part, à protester contre l'assertion qui a été émise à la dernière séance ; et il s'étonne que M. Kirmisson, sur quatre cas de résection, n'ait pas trouvé une seule fois de tuberculose osseuse. Pour M. Lannelongue, ce fait est absolument exceptionnel, et, sur vingt résections qu'il a pratiquées, pour tumeurs blanches, vingt fois les os étaient atteints. C'est une raison pour rejeter l'arthrectomie d'une façon absolue, surtout chez l'enfant où la tuberculose de la synoviale est toujours secondaire.

D'ailleurs, l'ablation de la synoviale ne peut être complète que si la résection des os permet d'en explorer tous les culs-de-sac.

L'arthrectomie donne une articulation raide et peu solide. L'absence de raccourcissement, loin d'être un avantage, est un inconvénient. Avec un genou ankylosé, si le membre atteint est de même longueur que le membre sain, le malade ne peut marcher qu'avec peine et en fauchant. Il n'y a qu'à observer les réséqués, dont on veut dissimuler la difformité par des chaussures à haut talon. Très rapidement, les malades arrivent à diminuer la hauteur de leurs semelles pour faciliter leur marche.

M. SEGOND ne fait que confirmer, en tous points, l'opinion précédente. Il a pratiqué l'arthrectomie, une fois sur un homme de quarante ans, une deuxième fois sur un jeune garçon de quatorze ans. Il n'a pas eu de complications opératoires ; mais le résultat thérapeutique a été nul, et il a été obligé d'en venir, chez ces deux malades, à l'amputation de la cuisse.

Ablation d'une tumeur maligne du testicule; absence de récidive trois ans après. — M. MONOD lit un rapport sur une observation de M. Jalaguier. Ce chirurgien opéra, il y a trois ans, un homme de soixante ans, qui portait un sarcocèle du volume des deux poings. La tumeur datait de deux ans, la castration pratiquée, la guérison opératoire fut rapide ; elle s'est maintenue depuis trois ans, bien que l'examen histologique, fait par M. Suchard, au Collège de France, ait démontré la nature maligne du néoplasme.

Ces faits-là sont rares. Kocher, dans la dernière édition de son traité, n'a rapporté que deux cas où la récidive n'est pas survenue. L'un de ces cas appartient à Chassaignac, le deuxième est de Volkmann. A ces deux faits, M. Monod en ajoute un troisième qui lui est commun avec M. Guyon, fait dans lequel, depuis cinq ans, la guérison s'est maintenue.

Ce pronostic thérapeutique varie plus d'après les conditions cliniques que d'après la structure de la tumeur.

Chez l'enfant, la généralisation est la règle dans l'année qui suit l'opération. Chez le vieillard, les chances de récidive sont

moindres, et, sans admettre avec M. Mollière, qu'après soixante-dix ans, la récidive n'existe plus, M. Monod ne peut s'empêcher de voir dans l'âge du malade de M. Jalaguier, un élément de bon pronostic.

La marche lente du mal est aussi de bon augure; dans le cas actuel, le malade observait sa tumeur depuis deux ans.

Enfin la limitation du mal, l'intégrité du cordon sont les conditions essentielles du succès.

Cependant, il ne faut pas affirmer la guérison absolue, témoin ce cas, que M. Castex a pu observer dernièrement et qu'il a présenté au Congrès. Chez un malade que M. Panas avait opéré, cinq années auparavant, d'un sarcome de l'orbite, la généralisation vient de se faire, à différents points du corps et notamment dans le cubitus droit.

Hystéro-traumatisme. — M. TERRIER rappelle, à propos du malade présenté à la séance dernière par M. Kirmisson, que c'est à M. Charcot, que l'on doit cette notion de la nature hystérique des accidents nerveux consécutifs aux traumatismes.

Cette opinion, entièrement due à l'École de la Salpêtrière, est maintenant adoptée par les médecins étrangers qui jusqu'alors croyaient à des lésions médullaires, voire même cérébrales, il ne peut d'ailleurs que renvoyer au tome III des leçons de M. Charcot.

Troubles nerveux dus à l'enclavement d'un nerf dans le cal d'une fracture. — M. HEYDENREICH rapporte deux intéressantes observations, dont l'une lui a été fournie par un employé de trente-sept ans, qui présentait les signes manifestes d'une paralysie radiale purement motrice, consécutive à une fracture de la diaphyse humérale.

Une incision faite à la partie inférieure et externe de l'humérus permet de trouver le nerf au sortir de la gouttière de torsion. On reconnaît, en remontant par la dissection, qu'il passe sur un cal volumineux, à la partie supérieure duquel il se trouve enclavé et bridé par des adhérences fibreuses. Sa coloration est normale; mais au point serré, il présente la trace d'un étranglement réel, entre deux renflements. Le nerf fut dégagé, et, rapidement, les douleurs spontanées qui tourmentaient le malade disparurent, et dès le neuvième jour, les muscles manifestaient quelque tendance à se contracter. Les progrès furent lents; mais actuellement, cinq mois après l'opération, le malade peut parfaitement écrire, et la force musculaire, qui était nulle auparavant, marque 33 kilogrammes au dynamomètre.

Chez le deuxième malade, le cas est tout autre, il s'agit d'un soldat de la légion étrangère, qui reçut, à l'affaire de Lang-Son, une balle dans la partie supérieure et externe de la jambe. Après un séjour prolongé à l'hôpital, l'extraction d'esquilles et le malade continua à présenter des crampes, des fourmillements, de véritables douleurs dans le membre inférieur; en même temps une anesthésie complète s'établissait dans la zone des nerfs tibial antérieur et musculo-cutané. L'incision, pratiquée au niveau de l'ancienne blessure et suivie de la découverte du nerf sciatique poplité externe, permit de constater l'intégrité du nerf musculo-cutané, mais elle montra, un peu au-dessous de son origine, le nerf tibial antérieur fortement enclavé dans le cal vicieux d'une ancienne fracture du péroné. Le dégagement en fut délicat et pénible. Le nerf était rouge, vasculaire et adhérent.

Les jours, qui suivirent l'opération, furent marqués par le réveil d'une fièvre paludéenne, qui céda facilement au sulfate de quinine. Les douleurs continuèrent, malgré l'intervention, mais dès le cinquième jour la sensibilité reparaissait, obtuse d'abord, pour acquérir rapidement l'état normal. Les douleurs spontanées disparurent complètement; mais, fait particulièrement intéressant, l'atrophie des muscles de la jambe ne fit qu'augmenter.

Malgré cela, le malade marcha plus facilement qu'avant l'opération, car il ne souffrait plus.

Dans ce cas, le nerf était atteint de névrite qui, partie du tibial antérieur, était diffusée au musculo-cutané et même au sciatique. La date éloignée de la blessure et la suppuration du foyer traumatique suffisent pour expliquer cette inflammation du nerf.

De l'intervention chirurgicale dans les attitudes vicieuses succédant à des contractures spasmodiques d'origine nerveuse. — M. TERRILLON lit un volumineux mémoire sur ce sujet.

Ces contractures spasmodiques atteignent, toujours en général, le même groupe musculaire et, par conséquent, déterminent des attitudes vicieuses constantes, c'est ainsi qu'elles mettent le pied en équinisme, la jambe en flexion, et la hanche dans l'attitude de la coxalgie (coxalgie hystérique).

Ces contractures peuvent être passagères, mais cela n'est pas constant, elles s'établissent souvent d'une façon permanente et, à leur suite, laissent une véritable rétraction musculaire, ainsi qu'un épaississement fibreux autour de l'articulation déviée.

Si l'on cherche à redresser, le mouvement est arrêté par la tension brusque d'une corde; mais la contractilité musculaire persiste. Pour expliquer ce fait, de la rétraction et de la contracture coexistant avec la contractilité, on a invoqué plusieurs théories. C'est ainsi que M. Déjerine pense qu'il se fait, au niveau de l'intersection musculo-tendineuse, une transformation fibreuse suivie de rétraction, ce qui explique la diminution de longueur du muscle, mais le corps musculaire reste intact à sa partie supérieure. Pour Bloch, il faudrait chercher l'explication des faits dans une cirrhose myopathique interstitielle.

A côté de ces lésions musculaires, M. Terrillon insiste sur la transformation fibreuse du tissu péri-synovial; mais, il constate l'intégrité absolue de l'articulation elle-même.

Pour remédier à cet état de choses, il faut :

1° Allonger le muscle;

2° Assouplir les tissus péri-articulaires.

Mais il convient d'attendre que le phénomène actif ait disparu; car l'intervention serait alors nuisible et transformerait, par exemple, un pied équin en pied talus, il est donc essentiel de savoir s'il y a contracture ou rétraction, il y a pour cela plusieurs moyens. Si la tentative de redressement est douloureuse, c'est qu'il y a encore contracture, si l'attitude vicieuse se corrige sous le chloroforme pour se reproduire au réveil, il ne faut point intervenir, la contracture active n'a pas encore disparu.

L'intervention consistera dans une ténotomie ne permettant qu'un léger écartement entre les bouts sectionnés. Le membre sera immobilisé dans un bandage, et ce n'est que le huitième jour qu'un appareil plâtré sera appliqué; après redressement du membre, il est souvent nécessaire de faire des sections tendineuses secondaires; c'est ainsi qu'au pied, après la section du tendon d'Achille, il faut souvent couper les tendons fléchisseurs des orteils qui sont courbés en griffe et dont l'attitude empêcherait la marche.

Enfin, il faut compléter le traitement par l'électricité et le massage méthodique.

M. Terrillon rappelle l'exemple de la malade qu'il a présentée à la Société, il y a un an et demi, et dit qu'actuellement il existe, à la Salpêtrière, trois malades qui ont pu récupérer la marche, grâce à cette intervention chirurgicale.

Kyste congénital. — M. ROUTIER lit une observation de kyste congénital de la région sacro-coccygienne, dont l'ablation a été suivie de complète guérison.

Rétraction de l'aponévrose palmaire. — M. TERRILLON présente un malade qui était atteint, aux deux mains, d'une rétraction de l'aponévrose palmaire ayant amené la flexion absolue du cinquième doigt. D'un côté, l'intervention consista dans l'ablation complète de l'aponévrose rétractée; de l'autre, après avoir mis à nu le plan fibreux, M. Terrillon se contenta de faire sur les brides des incisions multipliées et, dans un cas comme dans l'autre, il obtint, ainsi qu'on peut le voir, un résultat parfait. En employant ainsi deux procédés différents, M. Terrillon verra celui qui donnera le meilleur résultat, au point de vue de la récidive, il fera d'ailleurs porter, la nuit, à son malade un appareil à traction élastique, maintenant l'extension des doigts.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE pense que la récidive survient

quoi qu'on fasse. Tout ce que l'on peut obtenir, c'est que la flexion redevienne moins aiguë, et que le crochet formé par le doigt soit plus ouvert. C'est ainsi qu'il a opéré un contrôleur de chemin de fer, qui a été très satisfait du résultat obtenu, son doigt moins fléchi lui permettant alors de s'accrocher facilement au montant des portières.

Chez un ouvrier qui maniait le marteau, M. Championnière n'a pas craint de faire l'amputation du doigt fléchi. Cette intervention débarrasse l'ouvrier d'un organe gênant, en même temps qu'elle libère l'aponévrose à ses points d'attache.

Fistule du sinus maxillaire guérie par l'autoplastie. — M. QUENU présente une malade à qui il a fait une double autoplastie, pour remédier à une perforation chirurgicale du sinus maxillaire. Cette malade était atteinte d'un kyste non suppuré du sinus, qui fut traité par la résection de la paroi osseuse antérieure. Mais à la suite de cette perforation, il s'établit un courant d'air fort gênant pour la malade, entre les fosses nasales et la cavité buccale. Pendant quatorze mois, on essaya en vain différents moyens de traitement, avant d'en venir à l'autoplastie.

M. BERGER se demande si le kyste était bien dans le sinus, ou si ce n'était pas un kyste dentaire, il rappelle qu'ici il a présenté une pièce, comme un fait d'hydropisie du sinus, et que M. Magitot a pu démontrer nettement que l'interprétation était erronée, et qu'on avait affaire à un kyste dentaire, ayant refoulé la paroi du sinus. Il pense, d'ailleurs, qu'en règle générale, ces orifices fistuleux du sinus n'ont que trop de tendance à l'oblitération spontanée.

M. TERRIER pense que les fistules, résultant d'abcès du sinus, ne se ferment que trop rapidement. Un cas malheureux, qu'il a pu observer, lui fera, désormais, ouvrir très largement ces abcès du sinus. Mais le cas de M. Quénu est tout autre; comme lui, il pense que les hydropisies du sinus ne sont pas aussi rares qu'on le croit. Ce qui l'étonne c'est la communication, qui a existé, avec les fosses nasales; elle n'a pu se faire que par la perforation de la paroi interne du kyste, au moment de l'opération.

Greffes épidermiques. — M. MONOD présente un malade à qui il a pratiqué, avec succès, de larges greffes épidermiques, sur une vaste ulcération.

M. POZZI a vu employer ces procédés par Thiersch à l'étranger; il les a utilisés lui-même, il se contente de rappeler qu'il faut éviter les liquides antiseptiques, qui sont toujours un peu caustiques, et que l'asepsie seule doit être utilisée; il convient de détruire les bourgeons charnus, et d'aviver par le grattage la surface où vont s'appliquer les greffes.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 27 mars 1888, a été promu dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin en chef. — M. Friocourt, médecin principal.

— Par décret, en date du 27 mars 1888, ont été nommés dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin en chef. — M. Vauvray, médecin en chef de la marine en retraite.

Au grade de médecin principal. — M. Guerquil, médecin principal de la marine en retraite.

Au grade de médecin de première classe. — M. Latière, médecin de première classe de la marine en retraite.

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Mesnil, médecin de deuxième classe de la marine en retraite.

— Par arrêté ministériel, en date du 29 mars 1888, des concours s'ouvriront, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, pour des emplois de suppléants à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont, à savoir :

Le 5 novembre 1888, pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie;

Le 9 novembre 1888, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale;

Le 14 novembre 1888, pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle;

Le 19 novembre 1888, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes.

— Par arrêté ministériel, en date du 29 mars 1888, un concours s'ouvrira, le 5 novembre 1888, devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique externes et de clinique obstétricale, à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille.

— La Société de médecine du Nord décernera, en 1889, un prix de 500 francs au meilleur mémoire inédit, sur un sujet de médecine ou de chirurgie.

Les mémoires seront inscrits lisiblement en français; une devise, inscrite en tête du manuscrit, sera répétée sur une enveloppe cachetée, contenant le nom et l'adresse des auteurs. Tout concurrent, qui se fera connaître directement ou indirectement, sera exclu du concours. Les mémoires devront être adressés franco, avant le 1er janvier 1889, à M. le docteur Baudry, secrétaire général de la Société, 14, rue Jacquemars-Giélée, à Lille.

La Société se réserve la propriété des manuscrits. Elle publiera dans son bulletin le mémoire couronné et les travaux qui, sans mériter le prix, lui paraîtront dignes de la publicité. Un tirage à part, de 100 exemplaires, sera adressé aux auteurs des mémoires publiés.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. Cazes et Rodet, médecins-majors de deuxième classe; de M. Dauvais de Gérardcourt, médecin-major de première classe, en retraite, et de M. Schnitzler, élève du service de santé militaire.

— A l'occasion des fêtes de Pâques, les leçons du cours de botanique (classifications et familles naturelles), des samedis 31 mars et 7 avril, n'auront pas lieu. Le cours reprendra le samedi 14 avril, à deux heures dans le grand amphithéâtre.

— M. le professeur Des Cloizeaux commencera son cours de minéralogie le vendredi 6 avril 1888, à quatre heures trois quarts, dans l'amphithéâtre de la galerie de minéralogie du Muséum d'histoire naturelle et le continuera les mercredi et vendredi de chaque semaine, à la même heure.

Après avoir exposé les propriétés générales des minéraux et les principes qui servent de base à leur classification, le professeur fera l'histoire des espèces comprises dans la classe des pierres. Des conférences auront lieu le jeudi dans la galerie ou dans l'amphithéâtre.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Du catarrhe chronique, hypertrophique et atrophique des fosses nasales ; de l'ozène, obstruction catarrhale des trompes d'Eustache, végétations adénoïdes du pharynx, traitement par la galvano-caustique chimique, par M. le docteur GARRIGOU-DESARÈNES. 1 vol. in-8°, avec 84 figures dans le texte. — Prix : 5 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Les frontières de la folie, par M. le docteur A. CULLERRE, membre correspondant de la Société médico-psychologique. 1 vol. in-16. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Variétés de la personnalité, par MM. les docteurs H. BOURRU et P. BUROT, professeurs à l'École de médecine navale de Rochefort. 1 vol. in-16 avec 15 photogravures. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

La seconde enfance, guide hygiénique des mères et des personnes appelées à l'éducation de la jeunesse, par M. le docteur

E. Périer. 1 vol. in-16. — Prix : 2 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

La variole et le croup à Montluçon, par M. le docteur P.-M. Dechaux. 1 vol. in-16. — Prix : 2 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Képhir, ou champagne lacté du Caucase; origine, morphologie du champignon, action physiologique et importance thérapeutique, par M. le docteur Kosta Dinitch. In-8°, avec figures. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Alex. Coccoz.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie avait à discuter aujourd'hui les dernières propositions de la Commission sur la prophylaxie publique de la syphilis, qui lui avaient été renvoyées pour subir certaines modifications dans leur rédaction. Ces propositions, concernant la syphilis dans l'armée et la marine, ont été réduites de neuf à cinq articles, et, après de nouvelles observations de M. Legouest, qui repoussait notamment les articles 25 et 26, relatifs, le premier, aux conférences à faire aux soldats pour les prémunir contre les dangers de la prostitution clandestine; le second, au traitement à continuer après la sortie de l'hôpital; elles ont été définitivement adoptées avec quelques utiles additions proposées par M. Rochard et soutenues par M. Le Roy de Méricourt. L'ensemble du projet de la Commission a été ensuite voté à la presque unanimité des membres présents.

Ainsi s'est terminée cette longue et importante discussion qui n'a pas occupé moins de neuf séances et qui, ainsi que l'a fait très justement remarquer M. Hérard, président de l'Académie, aura un grand et légitime retentissement. Déjà, a-t-il ajouté, satisfaction a été donnée, sur certains points, aux premiers vœux émis par l'Académie.

Entre temps, l'Académie a entendu plusieurs lectures et a procédé à l'élection de deux associés nationaux.

HOPITAL NECKER. — M. GUYON.

De l'uréthrotomie externe (1).

(Leçon clinique recueillie par M. Noël HALLÉ, interne médaille d'or des hôpitaux.)

II

Nous venons d'envisager dans son ensemble et d'une manière générale le second temps de l'opération. Je dois vous indiquer maintenant les particularités qu'il présente, suivant la cause et la nature du rétrécissement, l'état du périnée, la présence ou l'absence de fistules.

Les rétrécissements traumatiques sont, à mon avis, les plus favorables de tous à l'exécution de ce procédé. Alors, on trouve toujours dans le périnée un nodus cicatriciel volumineux, à limites précises, facile à sentir, véritable cicatrice hypertrophique du canal : toujours on apprécie le moment où commence et celui où s'achève son incision. Dans les trois cas de rétrécissements traumatiques, opérés l'an dernier, ce temps opératoire a été facile, rapide et précis. J'ai depuis longtemps éprouvé l'avantage de se guider ainsi par la section, à petits coups, de la cicatrice qui a remplacé la paroi inférieure de l'urèthre, toujours plus ou moins largement déchirée par le traumatisme.

Les rétrécissements blennorrhagiques simples, sans altérations périnéales étendues, n'offrent pas cette ressource. Ce sont d'ailleurs les plus rarement justiciables de l'uréthrotomie externe. Elle peut pourtant être nécessaire dans ces circonstances. Alors, quand il n'existe pas de transformation fibreuse du périnée, on est exposé, dans ce second temps de l'opération, à rencontrer le bulbe. Transformé, faisant partie de la cicatrice fibreuse dans les cas d'altération par plaie ou à la suite de fistules étendues du périnée, il a gardé ici sa forme et sa structure normales; il peut être cause d'un saignement assez abondant. Il ne faut pas cependant se préoccuper outre mesure d'une petite lésion du bulbe. Dans un cas, j'ai pu contourner le bulbe et mener l'incision du périnée latéralement à lui jusqu'au bout postérieur. Cette manœuvre ne peut être conseillée d'une façon générale. Je crois qu'en pareil cas on peut, sans grand inconvénient, entamer le bulbe si on le rencontre, en prenant seulement la précaution de rester sur la ligne médiane. Dans ces conditions l'hémorrhagie est faible, et les dangers d'infection veineuse ne sont plus guère à craindre, avec les précautions antiseptiques de l'opération et du pansement. Le bulbe, lorsqu'on le découvre, vous servira d'ailleurs de guide pour arriver à l'urèthre.

La présence des fistules périnéales, si fréquentes dans les cas qui obligent à l'uréthrotomie externe, ne modifie point le plan général du second temps opératoire. Ces fistules peuvent même rendre grand service pour la découverte du bout postérieur et la pénétration dans la vessie.

Dans quelques cas rares, il sera possible d'entrer directement par la fistule jusque dans la vessie. L'instrument introduit ainsi devient un guide naturel, c'est vers lui qu'on dirigera l'incision antéro-postérieure à travers le rétrécissement. Dans la plupart des cas le trajet fistuleux mène seulement au voisinage de l'urèthre, en arrière du point rétréci;

(1) Fin. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 347.

s'il existe des trajets fistuleux multiples, ils ont généralement un point de départ commun, sorte de carrefour, de cavité irrégulière qui confine exactement à l'urèthre. Un stylet est introduit jusqu'en ce point : c'est là que doit tout d'abord aboutir l'incision conduite à travers les tissus modifiés du périnée. On est alors au voisinage de l'urèthre, dans lequel le bistouri ne tarde pas à pénétrer. Si cette cavité centrale, carrefour des trajets fistuleux, n'est pas rencontrée, on continue, comme dans les cas traumatiques, à inciser tous les tissus indurés, aussi bien en profondeur qu'en longueur.

Résumons en quelques mots, avant de passer outre, la manœuvre qui, vous le comprenez, constitue ce second temps opératoire, dont l'importance est capitale. C'est, je le répète, l'incision directe, médiane, d'avant en arrière et de haut en bas, du point rétréci. Cette incision n'a d'autre limite que les tissus cicatriciels ; commençant à l'entrée du rétrécissement elle ne se termine, dans les cas extrêmes, qu'au niveau du ligament sous-pubien, à l'entrée même de la région membraneuse. C'est une sorte de muraille de tissus indurés, qu'il faut diviser par le milieu, et écarter suivant les progrès de l'incision. Quand cette incision est terminée, il n'y a plus, à proprement parler, de difficultés opératoires : le troisième temps de l'uréthrotomie commence.

Ce troisième temps est le cathétérisme du bout postérieur. L'incision des parties rétrécies nous a conduit en arrière du rétrécissement, à l'entrée de la région membraneuse où il faut pénétrer. J'ai, depuis plusieurs années, fait construire une sonde cannelée spéciale, qui est le seul instrument dont je me serve pour entrer dans le bout postérieur de l'urèthre. Cette sonde cannelée, de volume ordinaire, est simplement prolongée, par un stylet boutonné en argent, de quelques centimètres de longueur; ce stylet se visse sur le bout de la sonde cannelée. J'avais adopté cette disposition afin de pouvoir au besoin visser la sonde cannelée sur une bougie armée : mais je préfère pénétrer d'emblée avec la sonde cannelée à stylet. Il est bon de donner à son extrémité souple une légère courbure, car c'est dans la partie initiale de la courbe uréthrale, et pour contourner le pubis, qu'on s'engage alors. La recherche n'est pas longue après l'exécution complète du deuxième temps : après peu d'efforts on pénètre et on entre dans la portion membraneuse. Pour aider à la pénétration complète d'un instrument aussi mince et pour le guider dans sa marche jusqu'à la vessie, il est bon d'introduire le doigt dans le rectum, de le reconnaître et de le conduire sur ce doigt. On arrive bientôt à faire pénétrer le stylet jusque dans la vessie, et la sonde cannelée jusque dans la portion membraneuse.

Pour faire arriver aisément une bougie de calibre suffisant jusqu'à la vessie, l'uréthrotomie interne de ce bout postérieur est nécessaire : le rétrécissement est bien franchi, mais il persiste, à l'entrée ou en avant de la membraneuse, des brides ou une induration qui rendraient la pénétration de la sonde difficile. Sur la sonde cannelée en place, avec un bistouri étroit, on pratique sur le bout postérieur deux petites incisions latérales, auxquelles on peut même ajouter sans danger un petit débridement en bas : la seule paroi uréthrale à ménager ici dans ces débridements, c'est la paroi supérieure à cause du voisinage immédiat du plexus de Santorini.

Dès lors l'urèthre est libre : une bougie armée est glissée jusque dans la vessie le long de la sonde cannelée : la tige conductrice droite de l'uréthrotome est vissée à cette bougie, la sonde cannelée est retirée, et une sonde à bout coupé du n° 20 à 22 pour les adultes est facilement introduite sur le conducteur. La continuité est établie entre la plaie périnéale et la vessie, l'opération est terminée pour ainsi dire. Rien n'est plus facile, en effet, que de ramener, par le bout antérieur, cette sonde qui sort par le périnée. Une bougie de moyen volume est passée du méat au périnée. Son extrémité est introduite dans le bout antérieur de la sonde : un point de fil passé avec une forte aiguille à travers les deux instruments en assure la solidarité : on attire la sonde dans l'urèthre antérieur à l'aide de la bougie. La continuité est rétablie entre les deux bouts de l'urèthre à travers le rétrécissement incisé. La plaie est laissée ouverte et pansée; le travail de cicatrisation va reconstituer lentement sur la sonde le canal de l'urèthre et le périnée.

Chez trois de nos six malades, nous avons ajouté, comme complément de l'opération, une suture de l'urèthre et du périnée destinée à favoriser cette réparation. Cette suture, uréthroplastie et périnéorrhaphie, est un temps opératoire de date récente, dont l'usage n'est pas encore très répandu, et dont, par conséquent, nous devons discuter brièvement les indications et la valeur. Je n'hésite pas à m'en déclarer partisan d'une façon générale. Je crois que la suture de l'urèthre et du périnée après l'uréthrotomie externe est une pratique, en tous cas, sans inconvénients et qui est certainement appelée à rendre de véritables services. Son indication n'est certes pas la même dans tous les cas. Dans les cas où le périnée est souple et sain autour du rétrécissement, la suture n'ajoutera probablement rien à la rapidité et à la sûreté de la cicatrice. Quinze ou vingt jours, en moyenne, suffisent alors à la fermeture complète de la plaie périnéale. On peut donc ici, à volonté, employer ou négliger la suture. C'est dans le cas de grands délabrements périnéaux, de tissus cicatriciels et de fistules étendues que la suture et la reconstitution du périnée ont leur vraie utilité; de même dans les cas où l'extirpation d'une tumeur urineuse, d'un nodus cicatriciel ou d'un trajet fistuleux aura laissé une brèche périnéale étendue. Alors il faut suturer. Chez nos opérés cette pratique a paru abréger notablement les suites opératoires, sans qu'elle ait pourtant évité dans tous les cas la persistance d'une petite fistule. Chez le malade du n° 20 surtout, elle a donné un très bon résultat. Cet homme avait entre les deux bouts de l'urèthre un noyau cicatriciel de 4 à 5 centimètres d'étendue, résultat de la rupture et de l'infiltration consécutive. Il a actuellement un bon périnée avec une fistulette peu importante. Son canal est resté largement perméable. Nous avons dû pourtant, à cause d'accidents sérieux de fièvre urineuse, nous abstenir chez cet homme de tout cathétérisme, depuis l'opération. Or, actuellement, après six semaines, son urèthre admet avec la plus grande facilité une bougie n° 20. Cet excellent résultat peut être certainement attribué à la restauration uréthrale par la suture. La comparaison avec un autre de nos malades vient encore appuyer cette opinion. Chez ce garçon de quinze ans, opéré en août sans suture de l'urèthre, nous avons rapidement perdu du terrain, j'ai été obligé de pratiquer dernièrement chez lui une uréthrotomie interne complémentaire, et même, après cette opération, la dilatation reste difficile.

Quant au mode précis de cette opération plastique il est évidemment variable avec les cas particuliers. Dans les cas simples, c'est quelquefois la suture directe des parois uré-

thrales qu'on peut faire. C'est ce que j'ai fait en juillet dernier sur un homme de trente-quatre ans atteint de rétrécissement blennorrhagique infranchissable. Les deux bouts de l'urèthre ont été réunis par six points de catgut : les tissus superficiels avec une suture au fil d'argent; la cicatrisation était complète le onzième jour. Dans les cas d'induration fibreuse étendue, on peut dédoubler l'épaisseur du périnée et créer en quelque sorte des lambeaux latéraux profonds qu'on peut adosser par la suture au-devant de la sonde pour reconstituer une paroi uréthrale et rétablir la continuité des deux bouts. Enfin, par-dessus ce plan de sutures profondes faites avec du catgut, on suture les téguments; il est prudent d'établir un drainage entre ces deux plaies de suture.

Ces cas complexes nécessitent donc une véritable opération plastique dont les détails, variables d'ailleurs, ne sont pas encore entièrement fixés. C'est une véritable restauration du canal à l'aide des tissus du périnée. Cette réfection de l'urèthre se rapproche de l'uréthrotomie par voie nouvelle collatérale proposée par Bourguet (d'Aix) en 1865; dans ce procédé, un canal nouveau est créé de toutes pièces à travers les tissus du périnée. Ce sont deux procédés d'uréthrogénie fort analogues.

Après l'uréthrotomie externe, il faut placer une sonde à demeure; s'en passer, me paraît une pratique périlleuse, qui a été conseillée cependant. C'est s'exposer nécessairement, pendant les premiers jours qui suivent l'opération, à des cathétérismes qui, en pareilles circonstances, doivent être difficiles et nuisibles à la cicatrisation. Le reproche qu'on a fait à la sonde à demeure, de provoquer la suppuration de l'urèthre, est un fait exact. Quand le canal suppure abondamment autour de la sonde, la cicatrisation peut en être compromise. Il suffira, pour éviter ces accidents, de ne pas laisser trop longtemps la sonde à demeure et d'en maintenir la propreté par un pansement convenable. On peut ainsi la laisser séjourner huit à dix jours, sans qu'elle amène de suppuration sérieuse. Ce délai est suffisant : après un pareil séjour de la sonde, le cathétérisme sera toujours facile.

Tels sont les points que je désirais vous rappeler à propos de la pratique de l'uréthrotomie externe. Cette opération, réservée aux cas où le cathétérisme et l'intervention interne sont impossibles, a sa meilleure indication lorsqu'il existe des altérations périnéales étendues. Les moyens que je viens de vous exposer vous aideront, je l'espère, à mener à bien l'opération et à abréger le traitement consécutif. Mais pas plus que l'uréthrotomie interne, elle ne met à l'abri de la récidive, et vous m'avez vu récemment pratiquer l'uréthrotomie interne complémentaire chez un de nos opérés : j'ai dû, plusieurs fois déjà, avoir recours à cette seconde intervention, après un assez court délai.

Je tiens, en terminant, à insister de nouveau sur ce fait, que la recherche du bout postérieur, par les procédés que je viens de vous exposer, est presque toujours une manœuvre possible à mener à bien, sans difficultés sérieuses. Une seule fois j'ai échoué dans cette recherche; il s'agissait d'un rétrécissement consécutif à une fracture du bassin. Dans un autre cas de cette espèce, j'ai dû user de la patience la plus grande pour arriver au but. Dans de semblables conditions, rien n'est applicable des règles que je viens de vous donner; vous n'opérez plus dans la loge périnéale inférieure, mais bien dans l'étage supérieur du périnée : vous n'avez plus de repères certains pour la recherche d'un canal, dont la direction et les rapports sont profondément modifiés. C'est alors que le cathétérisme rétrograde est indiqué. C'est dans des cas semblables que vous ne prolongerez pas des recherches infructueuses et nuisibles et que vous serez prêts à la section hypogastrique. Mais ces cas sont heureusement fort rares, et peuvent quelquefois se prêter à l'uréthrotomie interne. Je la pratique alors sur la paroi inférieure, contrairement à ce que vous me voyez faire si souvent pour les rétrécissements de la région périnéale. Ceux qui résultent de la fracture du bassin, sont des rétrécissements de la portion membraneuse : en incisant en haut on pourrait blesser le plexus de Santorini.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. Grancher.

Diabète insipide chez un enfant de huit ans, à la suite d'un traumatisme.

Un enfant de huit ans, jusque-là bien portant, dont les parents ne présentent ni tare névropathique, ni antécédents syphilitiques, reçoit un choc sur la tête vers la fin de juin ou le commencement de juillet de l'année dernière. Pas de perte de connaissance immédiate, aucun phénomène de commotion cérébrale. Cependant le choc avait été assez violent : l'enfant, en s'approchant d'un manège de chevaux de bois en marche, avait été frappé à la tempe gauche et jeté à terre. Il s'était immédiatement relevé, pour se sauver à toutes jambes.

La maladie débuta quelque temps après. Pressé par le besoin d'uriner il était obligé, à l'école, de demander à tout moment au maître de le laisser sortir. Ces demandes fréquentes étaient attribuées à l'envie de sortir pour se distraire et aller jouer. Cependant, l'enfant, intelligent, appliqué, était toujours dans les premiers de sa classe qui compte soixante-dix élèves : c'est là un renseignement de valeur sur son développement intellectuel, cérébral, au moment de l'accident. Bientôt la soif augmenta assez pour attirer l'attention des parents; les deux symptômes cardinaux du diabète simple étaient ainsi réunis : polyurie, polydipsie. Il est difficile de décider lequel de ces deux phénomènes avait débuté. Ils sont tellement liés l'un à l'autre qu'on a tantôt appelé la maladie polydipsie, tantôt polyurie. Il semble toutefois que la polyurie soit le fait principal puisqu'elle persiste alors même qu'on a considérablement restreint la consommation des liquides.

Au moment de l'entrée, l'enfant rendait 7 à 8 litres d'urine; il buvait à peu près autant. L'urine était claire, incolore, d'une densité de 1003 à 1004. L'appétit, qui n'avait pas jusque-là subi d'atteinte, a diminué un peu depuis l'entrée à l'hôpital. Il y a eu un peu d'amaigrissement, mais sans perte de force notable; le petit malade reste gai et plein d'entrain.

L'examen des divers organes est absolument muet, il faut noter en particulier l'absence de tout phénomène nerveux ou cérébro-spinal. Le fait dominant, le seul fait morbide en réalité, c'est la polyurie et la polydipsie qui lui correspond.

L'*examen chimique* des urines a montré qu'il n'y avait ni sucre, ni albumine. L'urée atteint $1^{gr},2$ par litre, soit 10 grammes par jour, donc pas d'azoturie; les chlorures 70 centigrammes, donc pas de diabète chloruré; les phosphates 10 centigrammes, donc pas de phosphaturie. Il n'y avait pas de peptone, et par conséquent pas de peptonurie.

Les divers diabètes qualifiés étant ainsi écartés, il ne reste que le diabète simple; c'est là un point qu'il importait d'établir. Il y avait à chercher, dès lors, si ce diabète insipide, cette polyurie simple était liée à quelque maladie antérieure, héréditaire ou non, et en particulier à une lésion du système nerveux.

De *simulation* il ne pouvait être question. Il n'a nullement été besoin de recourir au procédé qui la révèle; procédé qui consiste

à doser comparativement l'urée dans l'urine émise devant le médecin et dans l'urine auparavant recueillie par le malade et soupçonnée de mouillage.

Parmi les maladies du *système nerveux central*, qui peuvent provoquer une polyurie symptomatique, il faut citer, à propos d'un enfant, surtout la méningite tuberculeuse. E. Hagenbach en a publié un cas intéressant (*Jahrb. f. Kinderheilk*, XIX, 1882). Il s'agit d'un enfant de quatre ans et demi, qui rendait 10 *litres* d'urine en vint-quatre heures. Depuis plusieurs mois, son caractère avait changé, il était devenu triste, grognon, irritable; il avait maigri; l'appétit avait disparu. Bientôt les phénomènes de la méningite tuberculeuse devinrent évidents; leur nature fut du reste confirmée par l'autopsie. Rien de semblable chez notre petit malade.

Il importe aussi de rechercher l'existence de psychopathies, de névroses, de l'*hystérie* et de l'*épilepsie*. L'enfant n'en présente pas trace; ses parents non plus.

La *syphilis héréditaire* doit être recherchée ainsi que le démontre une intéressante observation de Demme, de Berne (*Jahrb. f. Kinderheilk*, XIV, 1879). Un enfant de six ans, porteur d'une hyperostose du tibia et de ganglions tuméfiés, est pris, après un mouvement fébrile léger, d'une polyurie qui atteint le chiffre énorme de 15 litres par jour. Cette polyurie tomba à 2 litres, sous l'influence de l'iodure de potassium et du mercure. Demme est persuadé qu'il s'agissait d'une gomme bulbaire.

Comme *prédisposition héréditaire*, il faut encore rechercher chez les ascendants et les collatéraux la polyurie elle-même. Un travail très intéressant de A. Weil se rapporte à la forme héréditaire du biabète insipide (*Virchow's Arch.* vol. XLV, 1884). Cet auteur a vu la polyurie se montrer chez divers membres d'une même famille, et cela en dehors de toute espèce d'autre manifestation morbide. Cette famille très nombreuse, issue d'un polyurique premier, comptait en quatre générations 93 personnes : 23 d'entre elles avaient du diabète simple : 12 hommes et 11 femmes de tout âge. La polyurie et la polydipsie parallèle se montraient dès le jeune âge, et quelquefois dès deux à trois ans, les membres de la famille pouvaient déjà distinguer ceux qui seraient *buveurs d'eau*, suivant l'expression usitée entre eux. Les buveurs d'eau étaient du reste aussi bien portants que les autres, et vivaient tout aussi longtemps.

La polyurie simple est survenue encore à la suite de la scarlatine, de la fièvre intermittente. A. Johanessen l'a signalée chez un enfant piqué à la nuque par un scarabée des bois; cette piqûre avait déterminé une vive inflammation, de l'œdème et des manifestations nerveuses assez intenses.

Rien de semblable à tout ce qui vient d'être passé en revue, ne peut être noté chez notre malade, et je crois devoir insister sur ce point, qu'au moment de l'accident auquel remonte la maladie, il n'y a pas eu de phénomène de commotion cérébrale. Il s'agit chez lui d'une polyurie simple, probablement passagère.

On sait que, dans des expériences célèbres, Claude Bernard a provoqué le diabète insipide en piquant le plancher du quatrième ventricule, au-dessus du point dont la piqûre provoque la glycosurie. On l'a causé encore par la lésion du *vermis inferior* du cervelet, par la section du plexus rénal. Ce sont là toutes les données physiologiques; bien qu'insuffisantes elles mettent cependant nettement en relief l'importance des lésions nerveuses et, en particulier, des lésions du bulbe.

Dans le cas présent, rien n'indique que la polyurie corresponde à une lésion en foyer du système nerveux, plus particulièrement de la région bulbaire; le pronostic est par cela même plus favorable, bien qu'il faille toujours à ce propos faire de justes réserves.

Le jeune malade a été soumis à l'action de l'analgésine qui a amené un abaissement considérable du chiffre de la polyurie; avec 1 et 2 grammes on n'a rien obtenu; avec 3 grammes l'abaissement a commencé; avec 5 grammes, chute brusque à deux litres et même au-dessous. On continuera à donner l'analgésine à peu près à cette dose, et si son effet se maintient, elle aura rendu au malade un signalé service, puisque, souvent, la polyurie simple, abandonnée à elle-même ou traitée par les moyens thérapeutiques ordinaires, dure pendant plusieurs années.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 avril 1888. — Présidence de M. Hérard.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Des lettres de MM. les docteurs Henri Moissan, E. Villejean et A. Petit, qui se portent candidats dans la section de pharmacie;

2° Les lettres de MM. les docteurs Damaschino et E. Cadet de Gassicourt, se présentant comme candidats dans la section de pathologie médicale;

3° Un mémoire de M. le docteur Geschwind, médecin-major de première classe, sur les vaccinations et les revaccinations pratiquées au 2e tirailleurs algériens à Mostaganem;

4° Trois mémoires de M. le docteur Marvaud, médecin principal de deuxième classe, intitulés : *a.* Relation d'une épidémie de fièvre typhoïde en 1887 dans la garnison de Tours; *b.* Relation d'une épidémie de rougeole en 1887 dans la même garnison; *c.* Étude statistique sur la morbidité et la mortalité dans la garnison de Tours pendant la période décennale 1877-1887;

5° Une lettre de M. le docteur Louzy, d'Eygurande (Corrèze), relative au monument à élever par souscription au baron Boyer à Uzerche (Corrèze), sa ville natale.

M. le Président annonce à l'Académie la mort de M. le docteur Planchon, professeur d'histoire naturelle à la Faculté de médecine de Montpellier, correspondant de l'Académie dans la 4e division.

LECTURES

M. Layet (de Bordeaux) lit un travail intitulé : « Importance des vaccinations animales comme moyen de préservation de la variole et caractères véritables de l'éruption bovine qui constitue le cowpox dit spontané. »

M. Apostoli lit un mémoire sur la galvanisation en gynécologie et l'utilité et l'innocuité des hautes intensités.

M. Frémont (de Vichy) donne lecture d'un travail sur les micro-organismes contenus dans les sources minérales de Vichy.

ÉLECTIONS

L'Académie procède à l'élection de deux associés nationaux.

Au premier scrutin le nombre des votants étant 38, majorité 20, M. Coze (de Nancy) est élu par 26 voix contre 7 à M. Willemin, 3 à M. Penard et 2 à M. Burdel.

La seconde élection nécessite deux tours de scrutin; au second tour le nombre des votants étant 43, majorité 22, M. Burdel (de Vierzon) est élu par 30 suffrages, contre 9 à M. Willemin, 2 à M. Teissier, 1 à M. Raimbert, et 1 bulletin blanc.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la prophylaxie de la syphilis.

FIN DE LA DISCUSSION SUR LA PROPHYLAXIE PUBLIQUE DE LA SYPHILIS.

M. Fournier. Dans un but de conciliation, afin de rallier tous les suffrages, la Commission a décidé de remplacer les articles XXIV à XXX relatifs à la prophylaxie de la syphilis par les trois articles suivants :

Art. XXIV. — Assurer rigoureusement l'exécution des règlements militaires, notamment en ce qui concerne les visites de santé, la recherche des foyers de contagion et l'abandon de toutes mesures disciplinaires à l'égard des soldats affectés de maladies vénériennes. (Adopté sans discussion.)

Art. XXV. — S'efforcer de combattre les progrès incessants de la prostitution clandestine, en éclairant les soldats sur les dan-

gers de cette prostitution, et réclamer le concours des autorités civiles pour l'assainissement de certains foyers de contamination, soit dans les villes (débits de vins), soit aux alentours des camps.

Art. XXVI. — Assurer aux soldats syphilitiques, dont le traitement a été commencé à l'hôpital, la possibilité de continuer, à leur corps et sous la direction des médecins de leur régiment, le traitement nécessaire à leur guérison.

M. Legouest rend hommage aux efforts de la Commission, cependant les modifications qu'elle a consenti à introduire ne le satisfont pas tout à fait. Il accepte l'article XXIV, fait quelques réserves sur l'article suivant touchant l'utilité, fort contestable selon lui, des conférences destinées à faire connaître aux soldats les dangers de la prostitution clandestine, conférences qui, bien souvent, dit-il, n'ont d'autre effet que d'exciter une curiosité malsaine.

Quant à l'article XXVI il le repousse, car il engage les médecins qui ne doivent relever que de leur conscience. L'adopter, c'est imposer une médecine officielle, une médecine obligatoire.

M. Rochard soutient que les conférences sur l'hygiène que l'on fait aux marins dans les casernes sont très suivies, qu'elles n'ont jamais excité une curiosité malsaine; elles sont utiles et ne présentent aucun inconvénient.

M. Le Roy de Méricourt partage la manière de voir de M. Rochard, il n'y a aucun inconvénient, il n'y a que des avantages, au contraire, à montrer aux soldats les dangers de la prostitution clandestine, de même qu'il est utile de leur apprendre les dangers de boire une eau saumâtre.

M. Worms. Autrefois on punissait les soldats atteints de syphilis qui n'avaient pas le soin de le déclarer au médecin du régiment, dans un délai déterminé; c'était là une sage mesure, un moyen très efficace de leur faire comprendre le danger qu'il y avait à ne pas se faire traiter à temps.

L'article XXV est adopté.

M. Fournier répond aux objections soulevées par l'article XXVI, qu'il n'a jamais vu un seul cas de syphilis guérie par un seul traitement. Il faut que le soldat renvoyé guéri de l'hôpital, ou mieux *blanchi*, puisse à la sortie suivre un traitement externe, comme on le fait pour les malades des hôpitaux civils, auxquels on donne un bon avec lequel il leur est délivré les médicaments nécessaires, pendant une série de mois, à parfaire leur guérison.

M. Legouest. La plupart des soldats auxquels on prescrira de prendre des pilules de proto-iodure, ou une cuillerée d'iodure de potassium, en profiteront pour ne pas faire leur service militaire.

L'article XXVI est adopté.

M. Fournier donne lecture des articles XXVII et XXVIII, qui sont ainsi conçus :

Art. XXVII. — En ce qui concerne la marine, il serait à désirer qu'à bord des bâtiments de guerre, une visite médicale fût faite avant l'arrivée dans chaque port, afin d'interdire la communication avec la terre, aux hommes qui seraient contaminés.

M. Rochard accepte la rédaction de l'article, avec cette addition « toutes les fois que la durée de la traversée rendra cette mesure nécessaire », afin de ne pas astreindre, à des mesures qui deviendraient alors fastidieuses, tout bâtiment d'escadre revenant au mouillage un, deux ou trois jours après sa sortie du port.

Art. XXVIII. — Il est absolument essentiel que, dans toutes les villes du littoral, notamment dans les grands ports de guerre ou de commerce, un service régulier et rigoureux soit institué, pour la surveillance et la visite médicale des prostituées, en vue de prévenir les contaminations que contractent si fréquemment les marins dans les ports de relâche ou de débarquement.

M. Rochard demande que l'on ajoute « et que les filles reconnues malades soient traitées à l'hôpital jusqu'à la guérison complète des accidents transmissibles ».

Les deux articles XXVII et XXVIII sont adoptés avec les additions proposées par M. Rochard.

M. le Président. Ces deux articles étant les derniers du projet de la Commission par suite de la suppression du chapitre V, relatif à la prophylaxie des contagions syphilitiques dérivant de l'allaitement, je mets l'ensemble du projet aux voix.

Le projet de la Commission est adopté.

LECTURE

M. Maranba lit un long mémoire sur l'alcoolisme et la criminalité.

RAPPORT

M. Robin donne lecture d'un rapport sur les eaux minérales dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

CONCOURS VULFRANC GERDY

La Commission des eaux minérales, satisfaite des rapports de MM. les stagiaires Boutarel et Lamarque pour 1887, leur accorde à chacun une récompense de 500 francs. Elle leur désigne les stations suivantes pour 1888 : à M. Boutarel, Bourbonne pour l'été, et Dax pour l'hiver; à M. Lamarque, la Bourboule pour l'été, et Amélie-les-Bains pour l'hiver.

Une somme de 3 000 francs sera versée à chaque stagiaire pour ces deux services.

La séance est levée à cinq heures.

MARTIN SAINT-ANGE

Nous avons annoncé, dans notre dernier numéro, la mort de M. Martin Saint-Ange, l'un des vétérans les plus méritants du corps médical. Notre vénérable confrère s'est éteint à l'âge de quatre-vingt-cinq ans, après une vie noblement remplie. Tout jeune, encore étudiant, il se faisait remarquer par des travaux importants : dès 1826, à l'âge de vingt-trois ans, il publiait deux notices, l'une « Sur une variété de l'organe utérin chez la femme » et l'autre sur « Un déplacement du rein chez un enfant né avant terme », celle-ci annotée par E.-G. Saint-Hilaire. A cette époque, où les sciences naturelles brillaient d'un éclat particulier, il fut le collaborateur et l'ami de leurs plus illustres représentants, de Cuvier, de I.-G. Saint-Hilaire. C'est en commun avec ce dernier qu'il publia, cette même année 1826, les « Recherches anatomiques sur les canaux péritonéaux de la tortue ». Reçu docteur en 1829, après avoir été l'un des élèves préférés de Lisfranc, il présenta successivement, à l'Institut, cinq ouvrages, qui tous furent couronnés.

En 1831, lauréat une première fois avec une étude sur « Les organes transitoires et la métamorphose des batraciens », il obtint la même année le grand prix des sciences physiques avec ses « Recherches anatomiques des vaisseaux ». L'année suivante, c'est le « Tableau synoptique de la circulation du sang chez le fœtus humain, comparativement avec les cinq classes d'animaux vertébrés » qui reçoit la couronne académique. En 1835, paraît son travail sur « L'organisation des carripèdes » précédé et suivi d'autres nombreuses publications. En 1850, il obtenait encore le grand prix des sciences physiques avec son travail sur le « Développement du fœtus » fait en collaboration avec Baudrimont. Le même prix lui est encore accordé, en 1854, pour un nouvel ouvrage sur « L'appareil reproducteur dans les cinq classes d'animaux vertébrés ».

Tout en accomplissant ces imposants travaux, M. Martin Saint-Ange put satisfaire aux exigences d'une des plus belles clientèles de Paris, et, à sa notoriété de savant, joignait la réputation d'un médecin du plus grand mérite. Tous ses malades sont devenus, et, ce qui est plus rare, sont restés ses amis. Lorsque le moment du repos arriva, il reprit ses études favorites et prépara la publication de « L'iconographie de l'œuf humain fécondé » paru en 1884 et dont la *Gazette* a fait un compte rendu.

Chevalier de la Légion d'honneur à vingt-neuf ans, officier à quarante-quatre ans, en 1847, le docteur Martin Saint-Ange n'a

pas fait partie de l'Académie de médecine où sa place paraissait cependant bien indiquée. Savant trop modeste, praticien plein de zèle et de dévouement auprès de ses malades, travailleur infatigable, il a vécu simplement, loin de toute coterie, heureux de l'affection et de la reconnaissance de ses clients, ainsi que de l'estime de ses confrères, parmi lesquels il aimait à se rappeler de vieux amis, tels qu'Andral, Cruveilhier. Il s'est éteint au milieu des siens, après une vie toute d'honneur, de travail et de bonté.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1887-1888.

158. LECA. Lésions secondaires au cours du cancer de l'utérus. — 159. DASSIEU. Infection pneumonique. — 160. SIMON. Des troubles fonctionnels consécutifs aux fractures de la rotule. — 161. FANEAU. Du secret professionnel en médecine mentale. — 162. VILLON. De la phlébite post-puerpérale. — 163. AUCLERT. Étude physiologique et thérapeutique sur le dinitrate de chrysonéline. — 164. JUNIN. De l'étiologie héréditaire de la paralysie faciale dite *a frigore*. — 165. GUÈMES. De l'hémato-salpingite. — 166. ODRIZOLA. Lésions du cœur consécutives à l'athérome des coronaires. — 167. SAPPOVITCH. Contribution à l'étude de la pneumonie catarrhale.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 27 mars 1888, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe. — MM. les pharmaciens diplômés de deuxième classe Mazaud, Grimbert, Vicario, Béjot, Colin, Bouchet, Soullié, Cardin, Cortial, Delluc, Viaud et Poulain.

— Par décret, en date du 29 mars 1888, a été promu dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Loussot, aide-médecin, docteur en médecine.

— Par décret, en date du 3 avril 1888, M. Édouard Lockroy, député, est nommé ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, en remplacement de M. Faye, dont la démission est acceptée.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. le docteur Puech est maintenu, jusqu'au 31 octobre 1888, dans les fonctions de chef de clinique ophthalmologique.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. le docteur Curtis est nommé chef de clinique médicale, en remplacement de M. Collas, dont le temps d'exercice est expiré.

— *Ecole de médecine d'Alger.* — M. Rolland est nommé préparateur de chimie, en remplacement de M. Hanoun, démissionnaire.

— *École de médecine de Reims.* — M. Doyen, chef des travaux anatomiques et physiologiques, est chargé, en outre, d'un cours de pathologie externe et médecine opératoire.

— *École de pharmacie de Montpellier.* — M. Grimal est nommé préparateur de chimie, en remplacement de M. Blachas, démissionnaire.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. Salet, docteur ès sciences, est chargé d'un cours complémentaire de chimie organique.

— *Missions scientifiques.* — M. le docteur Morisse est chargé d'une mission scientifique en vue d'entreprendre diverses études médicales et d'histoire naturelle dans les bassins du Haut-Orénoque et de l'Amazone.

M. F. Geay est chargé d'une mission dans le Nicaragua, la Colombie et le Venezuela, à l'effet d'y entreprendre des recherches d'histoire naturelle et d'y réunir des collections scientifiques destinées à l'État.

M. Nicklès est chargé d'une mission scientifique en Espagne, à l'effet de poursuivre, dans les provinces de Valence et d'Alicante, des recherches géologiques.

M. Thoulet, professeur de minéralogie à la Faculté des sciences de Nancy, est chargé d'une mission en vue d'étudier l'organisation de l'observatoire météorologique de Christiania et de la « Scotish marine Station » d'Édimbourg.

— M. le docteur Lévêque, professeur suppléant à l'École de médecine de Reims, est nommé médecin-adjoint du lycée de Reims, en remplacement de M. le docteur Gentilhomme, décédé.

— Le Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, dont l'ouverture a eu lieu à Oran, jeudi dernier, a terminé ses travaux hier matin. Les membres de l'Association ont choisi dans cette dernière séance la ville de Limoges, pour la session de 1890, et élu vice-président pour l'année prochaine M. Cornu, en remplacement de M. de Lacaze-Duthiers qui passe président.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Senelle (de Bourg-sur-Gironde).

— MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices de Paris sont prévenus que les cours de médecine opératoire commenceront le lundi 16 avril 1888, à quatre heures, à l'amphithéâtre d'anatomie de l'administration de l'Assistance publique.

Des conférences sur l'histologie normale et pathologique continueront à être faites, par M. le docteur Armand Siredey, chef du laboratoire. MM. les élèves seront chaque jour exercés sous sa direction, au maniement du microscope.

Les microscopes et autres instruments, nécessaires à ces divers travaux pratiques, seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'administration de l'Assistance publique. Les séries devront être reconstituées pour la médecine opératoire, MM. les élèves sont prévenus que leurs cartes seront reçues à l'amphithéâtre, à partir du 9 avril 1888.

— M. Guignet, suppléant M. le professeur Chevreul, ouvrira le cours de chimie appliquée aux corps inorganiques, le lundi 9 avril 1888, à cinq heures et demie, dans le grand amphithéâtre du Muséum d'histoire naturelle, et le continuera les mardis, jeudis et lundis suivants à la même heure. Le cours de cette année sera consacré à l'histoire des principes immédiats contenus dans les êtres vivants, animaux et végétaux.

— M. le professeur Georges Ville commencera son cours de physique végétale, le mardi 10 avril 1888, à trois heures et quart, dans le grand amphithéâtre du Muséum d'histoire naturelle, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine à la même heure.

Dans la première partie du cours, le professeur résumera dans leurs grandes lignes les conditions qui règlent la production des végétaux ; dans la seconde partie il traitera du rôle considérable que remplit l'azote atmosphérique dans l'économie végétale et des applications qui s'en déduisent. A partir du mois de mai, les leçons seront suivies d'une démonstration expérimentale au laboratoire de physique végétale, situé 45 *bis*, rue de Buffon.

— M. le professeur Albert Gaudry commencera son cours de paléontologie, le mercredi 11 avril 1888, à trois heures et demie, et le continuera le vendredi et le mercredi de chaque semaine à la même heure.

Le professeur fera l'histoire des êtres qui ont vécu dans les temps géologiques. Il traitera des fossiles des terrains primaires et du trias. Les leçons auront lieu dans l'amphithéâtre d'anatomie comparée du Muséum d'histoire naturelle. Les lundis le professeur fera une conférence pratique, soit dans le laboratoire de paléontologie, soit dans les galeries publiques du Muséum.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE	3 mois : 8 fr. 50.	— 6 mois : 16 fr.	— 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. .	3 mois : 10 fr. ».	— 6 mois : 18 fr.	— 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

De la section des os dans les résections articulaires : ostéomie sous-périostée avec extraction consécutive de l'extrémité articulaire.

Par M. le docteur A. RICARD,
Ancien prosecteur des hôpitaux.

Les résections articulaires sont actuellement si bien entrées dans la pratique, que ce ne serait pas sans quelque surprise, que le chirurgien d'aujourd'hui relirait les débats et discussions de nos sociétés savantes d'il y a vingt-cinq ou trente ans. Vers 1858 et 1860, les résections osseuses étaient encore si contestées en France, qu'elles ne se pratiquaient qu'à titre exceptionnel, et par quelques chirurgiens seulement. Ce ne fut que peu à peu, qu'elles prirent rang parmi les meilleures de nos interventions chirurgicales et que leurs règles opératoires furent nettement et définitivement posées.

On ne saurait d'ailleurs se faire une bonne idée de l'évolution chirurgicale à cet égard, sans lire l'historique si complet par lequel M. Ollier commence son nouveau traité (1). Il sera facile alors de comprendre la défaveur avec laquelle le public médical accueillit cette intervention nouvelle; le silence que les Académies avaient faites autour des mémoires successifs des Moreau père et fils, et nous dirons même le blâme infligé à ces innovations opératoires n'étaient pas sans quelque raison d'être.

I

C'est qu'en effet, si l'idée de la conservation des membres était neuve et ingénieuse, le principe posé en excellents termes, il n'en est pas moins vrai que de l'idée première à l'exécution parfaite, il y avait plus d'un pas! et que le sacrifice complet eût été de beaucoup préférable à l'existence d'un membre le plus souvent inutile, déformé, impotent et dont la pénible conservation avait été obtenue au prix de si longs et de si douloureux sacrifices. Que faisait Chassaignac vers le milieu de ce siècle ? Il posait en principe qu'il fallait d'abord sectionner les os, et extirper l'articulation, comme s'il se fût agi d'une tumeur. On enlevait alors les articulations sans les ouvrir, et, à cette époque, les chirurgiens étaient heureux et fiers de faire circuler dans leur amphithéâtre l'articulation dont ils faisaient constater la totale extirpation (1). Il y a loin de ces résections passées à celles qui se pratiquent actuellement. C'est qu'en effet, on en restait encore aux procédés de Moreau, procédés rapides et brillants, mais détestables au point de vue du résultat. Que fallait-il? Aller vite, épargner au malade une trop longue durée de souffrances et aussi et surtout économiser son sang. Les chirurgiens anciens allaient donc au plus pressé, ils couraient au but, coupant au plus court, à travers muscles, tendons, ligaments ou nerfs, peu leur importait; il leur fallait en quelques secondes ouvrir l'interligne, luxer et faire saillir les os et rapidement en retrancher les extrémités. Sans parler des complications septicémiques graves qui enlevaient trop souvent le malade dont on avait voulu conserver le membre, il se produisait dans la plaie opératoire une suppuration constante avec ostéite, nécrose, décollements et fistules, et à la longue, lorsqu'un tissu de cicatrice solide comblait enfin la plaie, qu'étaient devenus les muscles rétractés sous la section, les tendons dont les bouts s'étaient éloignés; qu'était devenue l'innervation avec ces nerfs sectionnés? Il y avait là un reliquat opératoire peu encourageant et peu fait pour exciter les chirurgiens d'alors. En résumé, opération dangereuse, à résultat le plus souvent mauvais : voilà pourquoi les résections s'étaient heurtées à tant de résistance avant de prendre pied dans la pratique.

II

Mais on ne tarda pas à reconnaître la cause de ces imperfections, et des incisions prudentes, calculées, remplacèrent ces larges et hardies incisions transversales. On se guida sur les interstices musculaires, on évita de sectionner à travers le corps des muscles, de couper les tendons, on en vint, instruits par le malheur, à suivre l'os et à faire ce qu'on pourrait appeler une résection *extra-périostée*, ce que M. Ollier dénomme avec raison une résection contre l'os ou *résection parostale*. Les grands dégâts dans les parties molles furent déjà évités; mais, les perfectionnements qu'appor-

(1) Ollier. *Traité des résections*, t. Ier, p. 1 à 47, 1885.

(1) *Mémoires de la Soc. de chir.*, t. I, p. 459, 1844.

tèrent une hémostase plus parfaite et l'anesthésie chloroformique, la découverte de Heine et Flourens, sur la reproduction de l'os par le périoste, placèrent les résections dans des conditions toutes nouvelles. Quelques faits isolés avaient déjà montré cette régénération des os par leur étui périostique; Malgaigne (1), en 1834, avait nettement recommandé de conserver le périoste. « Si la résection s'opère dans la continuité d'un os long, ou même si l'on extrait l'os tout entier, il faut, autant que la maladie le permet, conserver le périoste. Chez les enfants, il peut fournir la matière d'un os nouveau, et chez les adultes il sert de base à un tissu fibreux qui remplace jusqu'à un certain point l'os ancien. »

Malgré le mémoire publié en 1855 par Larghi de Verceil, c'est à M. Ollier qu'on doit cette véritable révolution dans les histoires des résections articulaires. C'est lui qui, par ses intéressantes recherches physiologiques et plus tard par des faits cliniques, fixa définitivement la science sur ce point. On ne saurait lui contester le mérite de cette grande innovation, il suffit pour s'en convaincre de voir la violence avec laquelle il fut combattu vers 1858. Sedillot (2) ne disait-il pas que les résections sous-périostées étaient, non seulement inutiles, mais dangereuses! Et en 1859, lorsque M. Verneuil pratiqua la première résection sous-périostée du coude, cette intervention (3) « n'était-elle pas encore considérée par la plupart des chirurgiens comme une opération inexécutable ou irrationnelle » ? C'est par la fermeté des convictions et la tenacité du chirurgien lyonnais que les résections sous-périostées sont entrées dans la pratique. M. Ollier eut le mérite, en cherchant à obtenir la reproduction des surfaces articulaires, de faire voir combien est importante la conservation d'une gaine fibreuse qui, même dans les cas où elle ne reproduit pas les surfaces articulaires elles-mêmes, reproduit des extrémités osseuses « ayant, avec les ligaments et les tendons, à peu près les mêmes rapports qu'à l'état normal. La solidité de la nouvelle articulation est ainsi plus exactement assurée, en même temps que ses mouvements sont en grande partie conservés (4). »

Les nouvelles méthodes de pansement n'ont fait qu'ajouter leurs avantages aux perfectionnements opératoires. Aussi dans l'étude actuelle des résections, ne peut-il être question que de nuances, que de détails d'une importance relativement minime. Les grandes lignes sont aujourd'hui définitivement tracées.

Si nous nous sommes bien fait comprendre, nous avons montré qu'à côté de l'immense modification de Larghi et de M. Ollier, visant surtout la conservation du périoste pour la reproduction osseuse, il y avait eu un perfectionnement essentiel qui s'était insensiblement effectué et qui consistait dans le respect des parties molles. Pour beaucoup de chirurgiens, actuellement, la méthode de M. Ollier n'est que le dernier mot de ce perfectionnement, car alors même que la reproduction de l'os fait défaut, le manuel opératoire employé laisse en place ligaments et tendons, et, comme le faisait remarquer M. Le Fort, une articulation presque conservée.

(1) Malgaigne. *Manuel de médecine opératoire*, p. 230. Paris, 1834.

(2) Sédillot. *De l'évidement sous-périosté des os*, Paris, 1860, p. 14.

(3) Ollier. *Traité des résections*. Dédicace à M. Verneuil.

(4) Malgaigne et Le Fort. *Manuel de médecine opératoire*, 9e édition, p. 464.

III

Trois points principaux dominent l'histoire des résections :

L'incision extérieure.

L'isolement et la section des os.

Le traitement consécutif.

Nous parlerons peu de l'incision extérieure, sinon pour dire qu'elle doit être simple, en général, suivre les interstices musculaires ou la direction des muscles, éviter les nerfs et les vaisseaux. Souvent le chirurgien doit prendre des incisions de nécessité et, dans bien des cas, négliger les tracés connus; c'est surtout alors qu'il doit être anatomiste exercé autant que chirurgien prudent, connaître les endroits où il ne doit pas mettre son couteau, et choisir dans la région qui lui reste le chemin de son bistouri.

Le respect extrême des parties molles, c'est le fond même de la doctrine de M. Ollier; c'est la grande loi qui doit guider l'acte opératoire.

Mais, il y a un deuxième point sur lequel nous désirons attirer particulièrement l'attention, c'est sur le mode de section des os.

Lorsque, par l'incision des parties molles, l'opérateur est arrivé sur le périoste, lorsqu'il l'a incisé et libéré sur une petite étendue, l'aide tord l'extrémité osseuse qu'on lui confie, l'opérateur complète par un mouvement de luxation, et l'os est alors présenté à la scie. Voilà la manœuvre ordinaire, classique, celle qui est recommandée, enseignée et le plus généralement suivie. Cette façon d'agir est-elle parfaite? Nous ne le pensons point; d'accord en cela avec M. Verneuil qui exposait longuement dans une de ses dernières cliniques les inconvénients de cette manière de faire.

Quels inconvénients y a-t-il donc à opérer de la sorte ?

Lorsque, dans le cours d'une résection sous-périostée, l'opérateur a besoin d'un mouvement de torsion et de luxation, deux accidents peuvent se produire et quelques inconvénients peuvent naître : les accidents sont le *décollement du périoste au loin*, *la fracture de l'os*; les inconvénients résultent du changement de rapport que prennent alors les parties molles vis-à-vis des portions osseuses luxées.

Passons en revue ces différents points :

Le décollement éloigné du périoste, dans les mouvements de torsion ou de luxation des os, n'est pas une lésion imaginaire. M. Ollier en parle à plusieurs reprises (1).

« A ce moment (torsion) le périoste est moins adhérent et il faut procéder avec grande prudence, car un effort non contenu pourrait bien faire saillir la diaphyse à travers la gaine périostique, c'est un accident dont on est menacé dans les résections du coude par exemple, quand on a dépassé en haut les condyles de l'humérus. » Et plus loin : *Il est non seulement inutile de prolonger la dénudation osseuse loin de l'articulation, mais il faut à tout prix s'en abstenir.* Ailleurs M. Ollier craint la dénudation du périoste par sa face externe et il dit : « Les aides doivent éviter d'écarter trop violemment les bords de la plaie. Cet écartement trop violent pourrait avoir pour résultat de dénuder l'étui périostique par sa face externe. »

On peut lire encore : « Quand on confie un membre à un aide pour faire saillir l'os, ou lui imprimer un mouvement de rotation, il faut être bien prévenu que deux accidents

(1) Ollier. *Traité des résections*, p. 207 à 212.

peuvent arriver : le déchirement ou le décollement du périoste; la fracture de l'os ou le décollement diaphysaire à l'extrémité opposée à celle de la résection.

Ces faits, vrais pour l'adulte, s'observent encore bien plus facilement chez les enfants. Chez ces derniers, en effet, le périoste est tellement adhérent aux parties molles extérieures et si prompt à se détacher de l'os que l'on fait nécessairement des résections sous-périostées sans en avoir l'intention et que, lorsque ce périoste est décollé, il est souvent difficile de limiter ce décollement. C'est là un fait bien connu. Il est donc indispensable de redoubler de précautions lorsqu'on intervient sur un enfant.

« La brutalité n'est pas de mise, dit M. Farabeuf, quand le périoste en sève est peu adhérent au corps de l'os. La simple traction de l'aide, si elle n'est pas modérée, suffit à augmenter *considérablement* l'étendue du décollement. »

Ce décollement périostique existe donc réellement. Mais présente-t-il des inconvénients? Le fait est hors de doute.

Dans une résection, de quelque nature quelle soit, et à quelque lésion quelle puisse s'adresser, l'os, même à l'endroit où porte la section, est un os sinon malade, du moins prêt à le devenir, c'est un os profondément atteint. L'on ne saurait, en effet, prétendre le contraire : il suffit de regarder la coupe longitudinale d'un os, dont l'extrémité fait partie d'une articulation ankylosée ou bien atteinte de tumeur blanche. Depuis longtemps, on a décrit cette moelle jaune et graisseuse, qui remplit le canal médullaire élargi; depuis longtemps, on a insisté sur cette résorption du tissu spongieux, sur la fragilité anomale du tissu compacte, en un mot, sur le peu de vitalité de ce tissu osseux voisin d'une articulation malade. Pour être convaincu, il faut se rappeler les fractures succédant à une torsion ou une traction même modérées, dans les tentatives faites pour réduire les luxations anciennes, et l'on admettra alors que les os sur lesquels on pratique la résection ne sont point des os normaux et histologiquement sains. Dans ces conditions, vienne le décollement du périoste, sur cet os chétif et sans résistance, et la nécrose est imminente; elle sera fatale, si l'on n'obtient pas d'une façon absolue la réunion immédiate, réunion encore rare dans bien des cas de résection. Aussi, sommes-nous entièrement de l'avis de M. Ollier, quand il dit : « Le décollement du périoste peut ne pas avoir grand inconvénient si la réunion a lieu par première intention; mais, qui peut en répondre, surtout si une complication vient envahir la plaie, il peut en résulter, chez les adultes et les vieillards surtout, *une nécrose annulaire* et un retard prolongé dans la cicatrisation (p. 212). »

La fracture de l'os malade, au moment de la torsion, est un fait connu et assez fréquemment observé ; voici une observation fort intéressante que M. Verneuil releva dans son service en décembre 1887.

« Il s'agit d'une femme âgée de soixante-quatre ans, mais usée et décrépite, qui entra, le 9 juin 1887, à l'hôpital de la Pitié.

Cette malade présentait une ancienne scapulalgie avec immobilité absolue de l'articulation, atrophie musculaire considérable de l'épaule et du bras. Deux trajets fistuleux principaux s'observaient autour du moignon de l'épaule, l'un existait au niveau de l'épine de l'omoplate, l'autre à la face interne et supérieure du bras. Les deux trajets communiquaient d'ailleurs l'un avec l'autre et laissaient sourdre un pus séreux, grumeleux et mal lié.

Malgré les injections d'éther iodoformé et une amélioration passagère, la suppuration continua et, l'affaiblissement de la malade s'accentuant de plus en plus, M. Verneuil se décida à pratiquer la résection de l'épaule, en novembre 1887.

Une incision fut faite près de l'interstice deltoïdo-pectoral, et gagna l'articulation à travers les parties molles; la capsule fut incisée largement, la tête cariée fut mise à nu, et un léger mouvement de torsion fut pratiqué pour permettre d'atteindre la partie postérieure de la tête. A ce moment même, un craquement se fit entendre; et l'on reconnut que l'humérus s'était fracturé dans son tiers inférieur. Force fut de finir à la gouge et au ciseau la résection de la tête humérale.

L'opération continua sans autre incident, un appareil plâtré immobilisa en même temps la fracture et le moignon de l'épaule. On appliqua un pansement à l'iodoforme.

La malade supporte bien les suites de l'opération, la plaie et les trajets fistuleux sont lavés et injectés chaque jour avec une solution de sublimé. La température oscille entre 37 et 38 degrés. Mais, après quelques jours, il se manifeste un peu de fièvre, la malade est abattue, le pus est fétide et bleuâtre, il imprègne l'appareil plâtré qui soutient l'humérus.

L'appareil est enlevé dans les premiers jours de décembre, et l'on peut constater que la fracture est consolidée. On immobilise simplement le bras avec un bandage de corps et une écharpe simple. La température est redevenue normale, la malade va mieux, mais vers la fin de décembre l'appétit se perd, l'amaigrissement s'accentue, un peu de subdelirium survient la nuit, la diarrhée s'installe. Quelques phénomènes pneumoniques apparaissent et la malade décline de plus en plus, pour mourir dans la nuit du 31 décembre (1). »

Il est inutile d'insister sur l'importance de cette observation, il ne s'agit pas là d'un exemple où la torsion a été faite violemment pour réduire une luxation ou rompre des adhérences. Ici, le cas est tout autre, c'est au cours d'une résection, les parties molles étaient incisées, la capsule largement ouverte, il s'agissait de tordre et de luxer la tête à travers une large boutonnière, par conséquent, il n'y avait eu à employer aucun mouvement de force; la longue suppuration, le grand âge de la malade avaient suffi pour amener une telle fragilité de l'os. Cet exemple est si net et si démonstratif qu'il est inutile d'en chercher d'autres.

Le troisième inconvénient, résultant de ces mouvements de torsion et de luxation, consiste dans le changement de rapport entre les parties molles et les os. Pour donner un exemple, examinons ce qui se passe dans l'articulation du coude.

Lorsqu'on suit la méthode classique de résection du coude, que l'humérus luxé est dressé en l'air pour en compléter la toilette, l'avant-bras fléchi et tordu, il est souvent difficile à un opérateur peu exercé de reconnaître exactement la situation du nerf cubital, et maintes fois nous avons vu, au moment de la dénudation de l'olécrâne luxé dans la plaie, une échappée de l'instrument aller dénuder, sinon sectionner le nerf, alors que, passant sous le muscle cubital antérieur, il est accolé à la face interne de la base de l'olécrâne. Il est vrai qu'il suffit de faire appel à ses souvenirs anatomiques, mais, dans le fond d'une plaie anfrac-

(1) Cette observation a été rédigée d'après les notes qu'a bien voulu me remettre M. Sebileau, interne du service.

tueuse et saignante, lorsqu'il existe une position anomale du membre, l'opérateur se guide comme il peut, et il est certain que, si la luxation favorise la manœuvre de résection en mettant l'os au grand jour, elle constitue un danger pour certains organes dont les rapports sont modifiés.

IV

Il est donc utile de rappeler que ces manœuvres de luxation et de torsion des os ne sont pas sans présenter quelques inconvénients; et que, dans bien des cas, il convient de chercher un autre procédé. Convaincu de la nécessité et de l'excellence de cette réforme, M. le professeur Verneuil s'est appliqué à modifier, en la simplifiant, la technique opératoire des résections articulaires. Il est certain que bien des chirurgiens savent s'affranchir de tous les détails inutiles et encombrants que nous a légués l'enseignement théorique de la médecine opératoire. Mais ces infractions aux règles générales semblent des exceptions; tandis qu'au contraire elles constituent la manière pratique et usuelle d'opérer, et qu'en réalité, le chirurgien se comporte suivant les cas, modifiant son plan opératoire d'après les nécessités du moment.

Or, pour les résections, il importe de dégager quelque chose de précis et de général, à travers ces mille manières d'agir que nous conseille la technique opératoire. Il faut rappeler et répéter partout qu'il est absolument inutile d'extirper une extrémité osseuse d'un seul morceau, comme on le fait sur le cadavre; l'opérateur ne doit rechercher ce fait qu'à la condition de ne se donner aucune gêne, de ne se créer aucune difficulté, et il vaudra toujours mieux morceler facilement une extrémité osseuse malade, que de l'extirper péniblement d'un seul morceau.

Aussi est-il bon de simplifier le manuel opératoire habituel des résections, en le bornant à ces deux grandes lois :

1° Inciser les parties molles, avec le moindre dommage pour les organes sous-jacents;

2° Réséquer les *os en place* à travers une boutonnière périostique, comme s'il s'agissait d'une résection dans la continuité de l'os.

Voilà les idées générales, mais sont-elles une simple vue de l'esprit? Nous ne le pensons pas et notre manière de voir est bien près d'être partagée par tous. C'est, d'ailleurs, le procédé employé pour la résection des métacarpiens ou des métatarsiens.

Dans les *ankyloses*, c'est le manuel adopté et le seul employé, c'est même un procédé de nécessité, et l'on se comporte là comme dans le cas de résection d'un os dans sa continuité. L'os est sectionné en place, et il est inutile d'insister sur la facilité généralement grande de l'exécution opératoire. La pince de Liston, la gouge, le ciseau, le maillet et la scie, voilà les instruments suffisants pour détruire l'ankylose, régulariser les extrémités sectionnées et permettre ainsi de replacer le membre dans une position meilleure. C'est ce que fit M. Defontaine, dans le cas remarquable de résection trochléiforme du coude, qu'il présenta dernièrement à la Société de chirurgie.

Dans les *arthrites fongueuses*, on fait rarement la résection régulière classique, enseignée dans les cours, et qui constitue le bagage officiel des jeunes docteurs, frais sortis de l'amphithéâtre. Que fait-on presque toujours, sinon attaquer l'os en place, curer, abraser les portions ramollies, cariées, sinon pratiquer un véritable nettoyage, qui ne rappelle que de très loin la résection classique. La preuve de cette façon d'agir en est dans les curettes coupantes et fortes, qui abrasent, détachent et rejettent les parties malades : les curettes de MM. Trélat et Lannelongue. Agir ainsi, c'est agir bien, c'est conserver tout ce qui est sain, enlever ce qui est malade, c'est suivre la grande ligne précédemment tracée.

M. Ollier recommande également ces procédés de *résection par morcellement et par excisions parcellaires*, comme des procédés moins rapides, moins brillants, mais plus sûrs.

« Une extrémité osseuse peut-elle difficilement être extraite, par suite d'adhérences anomales, ou bien s'agit-il d'un os enclavé entre d'autres os difficiles à déplacer? *On doit les détruire sur place*, soit en les sectionnant en divers sens, au moyen de la gouge ou des diverses scies pénétrantes, soit en enlevant leur tissu central avec une couronne de trépan, pour diminuer leur résistance, soit en les divisant avec le ciseau et le maillet. »

M. Ollier est tellement partisan de cette résection des os en place, qu'il indique une série de moyens pour arriver à ce but. La section incomplète à la scie, à la cisaille, la térébration multiple permettant de faire sauter au ciseau des ponts de substance osseuse, l'usage du davier-gouge qui réduit peu à peu la hauteur et l'épaisseur de l'os par des excisions parcellaires successives, et à l'aide duquel on finit par le réséquer dans toute son épaisseur sur la longueur voulue.

« En opérant de la sorte, l'opérateur se trouve en dedans de la gaine périostique, limite l'action de son instrument, et, quelque nobles ou délicats que soient les organes voisins, il manœuvre avec une sécurité complète. »

Mais il y a des cas où ces grattages, ces pseudo-résections, ces arthrectomies, ne sont pas possibles, où il faut réséquer totalement une ou deux extrémités articulaires, c'est dans ces cas, où la résection classique reprend un peu ses droits, c'est dans ces cas que M. Verneuil recommande alors de modifier le manuel opératoire, employé habituellement dans la section des os, et de sectionner les os en place, après les avoir mis à nu par le grattage sous-périosté.

D'ailleurs, M. Ollier (p. 212), après avoir signalé les inconvénients et la gravité que pouvait présenter le décollement du périoste au-dessous de la section osseuse, reconnaît que « le moyen le plus propre à éviter ce décollement, c'est la section de l'os sur place.

On divise l'os dans la plus grande épaisseur, en laissant intacte une lamelle en arrière; puis on donne un second trait de scie oblique, de manière à enlever un coin osseux à base antérieure. L'ablation de ce coin osseux a seulement pour but de donner du jour pour achever la section avec d'autres instruments. On se sert dans ce but d'une petite cisaille, ou bien on fracture la lamelle osseuse. »

Cette méthode, M. Ollier l'indique surtout pour les résections dans la continuité, il préconise même, dans les cas difficiles, un autre procédé qu'il appelle *ostéotomie double, avec extraction sous-périostée consécutive*.

Après avoir passé la sonde sous l'os, avant toute dénudation, comme dans une résection parostale, l'opérateur fait une section à la scie à la fois sur le périoste et l'os; à l'autre extrémité du segment à retrancher, on répète la même opération, on fend alors la gaine périostique dans toute la longueur du fragment déjà mobilisé par les deux traits de scie, et on en opère très régulièrement le décollement; l'os est ensuite extrait avec la plus grande facilité.

Ce que M. Ollier conseille pour la diaphyse, M. Verneuil

le conseille pour l'épiphyse, mais avec des modifications. Il est d'abord à remarquer que, pour une résection de l'épiphyse, il ne peut plus s'agir que d'une ostéotomie simple et non double, puisque l'extrémité de l'épiphyse est libre dans l'articulation; mais de plus, M. Verneuil pense qu'il est possible d'éviter la section simultanée du périoste et de l'os; on pourrait appeler cette méthode, par opposition à la méthode de M. Ollier, *ostéotomie sous-périostée, avec extraction consécutive de l'épiphyse.*

Voici comment il convient de procéder :

L'incision du périoste étant faite dans l'axe de l'os, la rugine écarte les deux lèvres de la boutonnière, et décortique ainsi la demi-circonférence de l'os; avec une scie volante, ou plus simplement avec le ciseau et le maillet, l'opérateur résèque un coin comprenant la plus grande partie de l'épaisseur de l'os. La section est complétée, suivant les cas, par fracture ou à l'aide de différents instruments, cisailles, pinces, etc. L'épiphyse devient libre, sauf son adhérence en arrière avec le périoste non décollé. Elle est alors saisie avec un fort davier, et, sur cette extrémité, qui doit être retranchée, il n'y a plus d'inconvénient à faire des mouvements de torsion, de luxation, qui en rendent l'ablation extrêmement simple et rapide.

V

Examinons d'ailleurs rapidement, dans chacune des principales articulations, la manière de procéder.

Nous insisterons surtout sur les résections de l'épaule et du coude, où la résection sous-périostée a une importance toute particulière.

Résection de l'épaule. — Lorsque le chirurgien doit pratiquer la résection isolée de la tête humérale, en la séparant au niveau du col anatomique, l'opération est des plus simples. Il suffit, par l'incision de Malgaigne, voisine de l'interstice pectoro-deltoïdien, d'arriver sur la capsule, de la fendre sur la coulisse bicipitale, de l'humérus à la cavité glénoïde, et de décoller par la rugine son insertion humérale. Dès que l'opérateur pourra placer facilement un ciseau de Mac Ewen, et même, ce qui est meilleur, un ciseau plus large, en quelques coups il traversera les 3/4 ou les 4/5 de la tête; une pesée, faite avec l'instrument, permettra de fracturer facilement la portion restante. La tête est ainsi seule enlevée, et complètement enlevée. La cavité glénoïde mise à nu est facilement attaquée, soit par rugination et grattage, soit par le même procédé, et l'on peut aisément obtenir une décapitation complète du col de l'omoplate en deux coups de ciseaux.

S'il s'agit de sectionner l'humérus au niveau du col chirurgical, le même procédé est applicable, sans torsion, sans luxation de la diaphyse. L'incision de la capsule est la même que dans le cas précédent, mais elle descend plus bas, jusqu'au point de la future section osseuse, là les deux lèvres capsulo-périostées sont écartées par la rugine, de façon à découvrir, ce qui est facile, la moitié et plus de la circonférence de l'os. Alors, comme précédemment, soit à la pince de Liston, si l'os est friable, soit au ciseau, on sépare la portion à enlever de la portion restante. Cette section achevée, l'épiphyse reste encore adhérente par sa face postérieure et profonde, mais alors rien n'est facile comme d'en obtenir le décollement, en saisissant le fragment supérieur avec un fort davier, celui de M. Farabeuf ou de M. Ollier, et en le faisant basculer de bas en haut ou de haut en bas, mais mieux de bas en haut.

Pendant ce temps le tranchant de la rugine mord sur l'os et son dos refoule le périoste. L'on a de la sorte un décollement rapide et facile même sur le cadavre, où cependant les résections sont peu aisées; on obtient ainsi une gouttière fibreuse complète et l'on ne trouve inférieurement à l'extrémité humérale aucun décollement périostique.

Il existe en ce moment, dans le service de M. Verneuil, un malade qui a facilement été opéré par ce procédé et à qui on a pu faire l'ablation de la tête humérale et de la cavité glénoïde.

Lorsque l'os est friable et que la pince de Liston peut être employée, il ne faut pas saisir la totalité de l'os entre les mors de la pince qui, agissant alors par pression, déterminerait des fractures esquilleuses, de la compression du canal médullaire avec expulsion de la moelle, il convient de n'agir que sur une portion de la circonférence de l'os, de façon à mordre de la pointe et à ne se servir que de la partie des mors avoisinant la pointe. Par une série de reprises semblables, on arrive à couper facilement les extrémités les plus volumineuses, sans aucun dégât.

Articulation du coude. — Nous avons pris, pour faire la résection de l'épaule, l'incision de Malgaigne; pour le coude, il nous faut une incision s'éloignant un peu des incisions classiques. A moins d'indications spéciales nécessitant un siège précis, il vaut mieux faire l'incision externe avec ou sans incision interne complémentaire.

L'incision, longue de huit à dix centimètres, longe le bord externe de l'humérus, l'épicondyle, la tête et l'extrémité du radius. Le bistouri creuse profondément jusqu'à ce que, sous sa pointe, l'os se montre à nu (1). Abandonnant alors le bistouri, l'opérateur prend la rugine, ouvre en bas du côté radial les deux lèvres de la boutonnière périostée, et, d'un ou deux coups de pince de Liston, fait sauter la tête radiale.

Hueter, qui se sert aussi d'incisions latérales pour dépérioster l'humérus, conseille également d'extirper la tête radiale dans ce premier temps.

A l'extrémité supérieure de la plaie, la rugine fait le même travail, dénude l'épicondyle, découvre les faces antérieure et postérieure de l'humérus, jusqu'aux cavités olécranienne et coronoïdienne et à la pince ou au ciseau il est facile de faire sauter le bord osseux qui limite ces cavités en dehors. Un nouveau coup de pince ou de ciseau, donné de bas en haut sur la surface cartilagineuse, finit la section et permet de retrancher la moitié externe de l'extrémité humérale. Le terrain ainsi débarrassé, il est facile d'attaquer le reste de l'articulation, en commençant par l'olécrâne. La rugine dénude facilement la face externe de cette apophyse, puis sa partie postérieure, en respectant le périoste si important à cause de sa continuité avec le tendon du triceps. La base de l'apophyse est alors sectionnée, à la pince ou mieux au ciseau, souvent la section incomplète se parfait par fracture, et alors le davier, saisissant l'olécrâne par en bas et relevant la rugine, finit très rapidement son œuvre et arrive du périoste à l'insertion du triceps, qui est détachée soit à la rugine, soit à l'aide de quelques coups brefs de bistouri sur l'os. En procédant ainsi, après section préalable de l'olécrâne, et en allant du périoste au triceps, on simplifie de beaucoup ce manuel

(1) Il ne faut pas descendre trop au-dessous de la tête radiale pour éviter la branche profonde du nerf qui contourne l'os dans l'épaisseur du court supinateur.

opératoire. Ceux qui ont sur le cadavre décortiqué patiemment et péniblement l'olécrâne, savent ce qu'il en coûte de patience et de difficultés pour avoir une œuvre parfaite; le point essentiel, où beaucoup échouent, c'est lorsqu'il faut réunir, au niveau de la crête olécranienne, l'insertion du triceps au périoste postérieur. Les échappées sont fréquentes alors, et, malgré le plus grand soin, on n'obtient que difficilement et incomplètement la continuité périosto-tendineuse. Il y a dans le procédé que nous indiquons un véritable perfectionnement, au point de vue de la sécurité et de la facilité.

Park avait reconnu qu'après avoir pratiqué l'incision longitudinale postérieure ou l'incision cruciale, la section préalable de l'olécrâne aidait beaucoup à terminer l'opération. Dupuytren vantait cette manière de faire que Maisonneuve adopta ainsi qu'un certain nombre de chirurgiens contemporains. Mais nous ne voulons parler ici que de l'extirpation définitive et sous-périostée de l'olécrâne et non pas de ces cas où les chirurgiens ont cherché à conserver l'extrémité ou la totalité de cette apophyse adhérente au triceps, et tenté, avec des chances diverses, de la réunir ensuite au bout du cubitus raccourci.

Nous nous plaçons au même point de vue que M. Farabeuf, lorsqu'il recommande dans quelques cas cette section préalable de l'olécrâne. « S'il semble bon, pour les manœuvres ultérieures, de se débarrasser de cette apophyse, d'un coup de cisailles ou de ciseau frappé, ou d'un trait de scie, il est nécessaire qu'au préalable on l'ait décortiquée. »

L'olécrâne réséqué, il ne reste plus que la moitié interne de l'extrémité humérale. La rugine continue son œuvre en haut, la section osseuse interne se fait comme précédemment; alors, la trochlée séparée du reste de l'os est rabattue par en bas, pendant que la rugine travaille serré, repoussant le périoste sur l'épitrochlée qu'elle dénude. A ce moment, on peut terminer par un coup de pince de Liston ou de ciseau, à la manière de Vogt, de façon à détacher l'apophyse osseuse avec ses insertions musculo-ligamenteuses, ou bien on peut compléter la dénudation et faire l'extirpation complète : cela dépend tout à fait de l'intégrité ou de la lésion de l'épitrochlée.

Voici comment M. Farabeuf parle du procédé de Vogt : « Vogt a préconisé en 1876 et fait accepter, par un grand nombre de chirurgiens allemands, la méthode expéditive et irrésistible de faire sauter au ciseau les saillies osseuses qui fournissent de puissantes insertions, afin de mieux assurer la reproduction par un étui périostique incrusté sur toute sa surface. Je l'ai imité maintes fois sur le cadavre en maniant le ciseau et le maillet comme un sculpteur. Il est bon que l'os soit fixé, mais cela n'est point indispensable, car j'ai pu, en dirigeant bien mes coups, employer cette méthode pour extraire des extrémités d'os fracturées. Un petit coup de maillet donné sec fait toujours mordre le ciseau et toujours dans une faible étendue.

On peut ainsi détacher une plaque osseuse épicondylienne, emportant la majeure partie des attaches musculo-ligamenteuses correspondantes.

De même les insertions du triceps, du ligament et des muscles épitrochléens peuvent être emportées avec le sol même où elles sont enracinées. »

En somme, exécution rapide, facile et sûre, tels sont les avantages du procédé que nous proposons.

On peut d'ailleurs lui apporter, suivant les cas, certaines modifications. C'est ainsi qu'il est plus facile par une incision interne faite sur l'épitrochlée de dénuder cette saillie osseuse et la face correspondante de l'olécrâne. Pour peu que l'on rencontre des difficultés à sa dénudation par la partie externe de la plaie, il vaudrait mieux faire cette incision, qui d'ailleurs sert à placer un tube à drainage, passant là au point le plus déclive, lorsque le coude est placé dans l'attitude demi-fléchie.

C'est ce qu'a fait M. Defontaine dans son ostéotomie trochléiforme du coude. C'est également le procédé que recommande M. Farabeuf dans les cas d'ankylose rectiligne, M. Ollier en est également partisan dans les ankyloses complètes, qu'il suppose très difficiles à briser, mais Langenbeck et beaucoup d'auteurs les tiennent pour ce qu'il y a de mieux. C'est le vieux procédé de Jeffray.

Pour le poignet les mêmes principes et les mêmes méthodes sont applicables, on nous permettra de ne pas insister. Au lieu de l'incision dorsale de Lister, les deux incisions latérales de Roux ou de Dubled sont plus recommandables; en ayant soin de commencer par l'incision interne et l'extirpation de l'extrémité du cubitus, continuer ensuite par l'incision externe, attaquer le radius, en sectionner une partie, et parfaire la section par la plaie cubitale; l'extrémité ainsi isolée de la diaphyse est extirpée à l'aide du davier et de la rugine. C'est toujours la même ostéotomie sous-périostée précédant l'extirpation.

Par les incisions latérales, il est facile de s'attaquer au carpe.

Après ce que nous avons dit des résections du membre supérieur, il est permis d'abréger ce qui nous reste à dire sur les résections du membre inférieur.

La résection de la hanche se borne souvent à la résection de la tête fémorale, plus ou moins altérée. Là le procédé de section de l'os en place est facilement applicable, mais il a moins d'importance, car souvent, la résection de la hanche est intra-capsulaire, mais non sous-périostée, et les mouvements de luxation et de torsion ont moins d'inconvénients que partout ailleurs.

Mais il y a des cas où ce procédé est un procédé de nécessité, c'est lorsque la tête est fusionnée dans le cotyle.

Voici, en quelques mots, une observation empruntée en partie aux bulletins de la Société de chirurgie (1), en partie aux notes qu'a bien voulu me fournir M. L.-H. Petit. Appelé auprès d'un malade affecté de coxalgie grave et ayant constaté un raccourcissement de 3 centimètres avec ascension du grand trochanter, M. Verneuil diagnostiqua une subluxation de la tête fémorale et proposa la résection. Il existait des abcès fistuleux tout autour du bassin.

Une incision fut faite, en dehors et en avant, au niveau d'un des orifices fistuleux. On trouva le col fémoral dur et dénudé, mais la tête fémorale était très adhérente à la cavité cotyloïde, il fallut pratiquer la section du col avec le ciseau et le maillet de Mac Ewen. Ce qui fut fait facilement. La tête fut alors saisie avec un fort davier et, à la suite de manœuvres à la gouge tranchante, put être fragmentée et extraite de la cavité cotyloïde. Une contre-ouverture fut pratiquée à la partie postérieure pour permettre un large drainage, le malade fut placé dans la gouttière de Bonnet.

L'opération eut lieu le 24 novembre, la suppuration continua jusqu'au 15 janvier. A cette époque l'amélioration locale et générale marcha rapidement. Mais ce n'est qu'en

(1) *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, t. XII, 1886, séance du 13 janvier.

juillet, c'est-à-dire sept mois après l'intervention, que la guérison fut complète et que, malgré le raccourcissement, la marche devint solide et que ce jeune malade put reprendre ses occupations.

Dans ce cas, on le voit, l'ostéotomie préalable a été une mesure que le chirurgien fut heureux d'avoir à sa disposition, sans quoi toute tentative de luxation eût amené fatalement une fracture.

Nous ne pouvons, pour le *genou*, que mentionner le peu d'importance des différents procédés, car il s'agit là d'obtenir une soudure osseuse et la résection *in situ* n'a pas d'importance.

La résection *tibio-tarsienne* doit être calquée, avec des incisions courbes et plus longues, sur le procédé recommandé pour le poignet, savoir : extirpation préalable de la malléole externe, extirpation consécutive de la malléole interne et du plateau tibial, accessible de deux côtés à la fois par l'incision interne et par la plaie péronière.

Nous venons de donner des notions plus particulièrement applicables à l'une ou à l'autre des articulations, mais ce n'est pas à dire que nous prétendions avoir tracé là une règle invariable toujours à suivre; loin de nous cette pensée. Nous avons combattu les procédés où la force prime l'adresse, nous nous sommes efforcé de simplifier le manuel opératoire, en ramenant les résections à une ostéotomie avec extirpation consécutive, mais voilà tout. Car, plus encore que pour les amputations, le chirurgien, pour les résections, doit être clinicien plus qu'opérateur et, pour chaque cas particulier, il doit pouvoir adopter un plan opératoire spécial, combiné par lui et appliqué directement à son malade.

En résumé, nous proposons d'aller à l'os par une voie sûre, ménagère des parties molles, d'inciser le périoste et la capsule, suivant l'axe de l'os, et, par cette large boutonnière, ruginer, gratter, dénuder, se présenter une portion d'os, l'enlever à l'aide de la cisaille, du ciseau, ou de la scie volante; continuer, ruginant et dénudant toujours, pour sectionner encore, jusqu'à ce que l'épiphyse soit séparée de la diaphyse et devenue mobile, saisir cette épiphyse, la faire basculer, la libérer et l'extraire.

En agissant de la sorte, le manuel opératoire est simplifié, l'exécution est rendue plus facile, par suite plus rapide, et les dégats sont les moindres possible, les parties molles sont respectées, le périoste n'est pas décollé et l'opérateur s'est mis dans les meilleures conditions de guérison.

QUATRE CAS D'ARTHRECTOMIE DU GENOU.

Par M. le docteur Delorme, professeur au Val-de-Grâce.

I

L'arthrectomie, avec abrasion de la synoviale, a été jusqu'ici peu utilisée en France, pour le traitement des synovites fongueuses du genou. C'est ce qui nous a engagé à publier les observations de quatre blessés sur lesquels nous avons pratiqué cette opération. Nous avons obtenu, comme résultat, deux guérisons rapides et complètes, et deux insuccès en ce sens que deux de nos malades ont conservé des trajets fistuleux plus ou moins étendus.

Pour être menée à bien, cette opération impose le plus souvent le sacrifice de tous les ligaments de l'article, hormis le ligament postérieur; elle nécessite une abrasion très attentive de la synoviale, abrasion des plus délicates au niveau de la gaine du tendon du muscle poplité. Nous serions tenté de croire que certains insuccès de ce mode d'intervention doivent être rattachés à une abrasion incomplète de la synoviale à ce niveau. La résection donne une ankylose plus solide, mais nos deux blessés qui ont guéri nous ont montré que la raideur consécutive à l'arthrectomie était suffisante pour assurer la station et la marche, sans exposer aux déviations de l'article ou aux récidives. Quand les lésions ont dépassé les limites de la synoviale et intéressé les os, on peut combiner, à l'abrasion synoviale, l'évidement ou une excision limitée.

Notre intention, en publiant ces faits, n'est point de plaider pour ou contre l'arthrectomie, mais d'apporter simplement quelques éléments qui pourront être utilisés ultérieurement pour apprécier la valeur de cette opération.

Observation I. — *Tumeur blanche synoviale du genou gauche, arthrectomie par le procédé de Mackenzie, ablation de toute la synoviale fongueuse et de tous les ligaments, hormis le ligament postérieur. Terminaison par ankylose; fistule persistante; guérison en somme incomplète.* — Le nommé M... (Jean), soldat au 113e de ligne, entre à l'hôpital Saint-Martin, dans le courant d'avril 1886. Il présente, depuis un temps indéterminé, une arthrite du genou gauche, caractérisée par un gonflement sans douleur, sans réaction inflammatoire. Le cul-de-sal synovial sous-tricipital est démesurément développé par du liquide, à tel point qu'il est impossible de reconnaître l'état de la séreuse.

Pas d'antécédents héréditaires ou acquis. Le diagnostic ne peut, après l'examen attentif du blessé, qu'osciller entre une hydarthrose simple et une arthrite tuberculeuse. Suivant l'habitude que nous avons prise pour assurer notre diagnostic dans les cas douteux, nous exerçons sur la jointure une compression énergique [compression ouatée forcée] (1). Au bout de huit jours l'appareil est enlevé, toute trace de liquide a disparu, mais nous constatons avec la plus grande facilité, que la synoviale présente un épaississement considérable de plus d'un centimètre, surtout aux limites du cul-de-sac sous-tricipital. Dès lors le diagnostic d'arthrite fongueuse ne nous semble plus douteux (pareil épaississement de la synoviale ne s'observant pas dans les cas d'hydarthrose simple). Nous proposons l'arthrectomie qui est acceptée.

Nous passerons bien entendu sur maints détails de l'intervention (2) et de ses suites et nous ne nous arrêterons qu'à ceux qu'il nous semble indispensable d'indiquer.

---

(1) Dans un mémoire lu à la Société de chirurgie en 1886, et publié dans les *Archives de médecine militaire* de la même année, nous avons insisté sur les ressources que ce moyen peut fournir pour assurer le diagnostic d'arthrite fongueuse. Tandis que l'épanchement de l'hydarthrose simple disparaît en huit ou dix jours, et qu'après sa disparition on ne constate pour ainsi dire pas d'épaississement de la synoviale ou qu'un épaississement très léger, la compression, exercée pendant ce court laps de temps, est sans influence sur les fongosités, et quand l'arthrite fongueuse se complique d'un épanchement qui rend le diagnostic incertain et douteux, la disparition rapide de l'épanchement par la compression précise ce qui, dans le gonflement de l'article, revient à l'épaississement synovial. La récidive locale rapide, survenue chez le blessé après l'intervention, démontre que le procédé que nous mettons en usage ne nous avait pas trompé.

(2) Notre intervention hâtive chez ce blessé a été, à la Société de chirurgie, dans la séance du 7 mars, l'objet de critiques de la part de M. Kirmisson. Notre distingué confrère s'est étonné que l'arthrectomie ait été pratiquée d'emblée chez notre blessé « alors qu'il n'avait subi aucun traitement, tel que l'immobilisation prolongée ou la compression qui donnent le plus souvent de bons résultats ». Et il ajoutait que « c'était engager la chirurgie dans une mauvaise voie, que de pratiquer d'emblée des opérations qu'on pourrait éviter ».

La conclusion serait dure si elle exprimait autre chose qu'une opinion personnelle. Notre confrère sait mieux que nous que la question de la non-intervention et de l'intervention hâtives dans les tuberculoses articulaires est aujourd'hui très sujette à controverse, et il n'est point encore

Nous utilisâmes l'incision courbe à convexité inférieure, dite de Mackenzie, dont les deux branches remontaient sur les condyles fémoraux jusqu'aux limites supérieures du cul-de-sac. Le grand lambeau relevé, nous constatâmes que la synoviale, dont la cavité ne renfermait pas trace de liquide, était doublée d'une couche de fongosités saignantes, qui n'avait pas moins d'un centimètre d'épaisseur, et que la face antérieure de la rotule était, en maints points, érodée superficiellement.

Avec des ciseaux courbes, la synoviale fut abrasée au ras de la face profonde du surtout ligamenteux, puis, après avoir dépassé les limites du cul-de-sac, nous rasâmes le périoste de l'extrémité inférieure du fémur comme dans une dissection. Sur les côtés, les ligaments latéraux furent sacrifiés pour enlever à l'aise les culs-de-sac latéraux de la synoviale. Nous dûmes abraser ensuite les ligaments croisés et les ménisques tapissés de fongosités, et nous arrivâmes sur le ligament postérieur. Pour le bien mettre à découvert, un aide embrassant solidement la cuisse, imprima au fémur une direction verticale; un autre aide tira directement sur la jambe. Ce ligament postérieur était lui-même tapissé de fongosités. Avec les ciseaux courbes, nous dégageâmes méthodiquement la membrane fongueuse qui était là aussi épaisse qu'au niveau du cul-de-sac synovial sous-tricipital. Pour enlever facilement les masses fongueuses des culs-de-sac sous-jacents aux tendons des jumeaux, le premier aide exagéra la flexion de la cuisse sur le bassin, le second poussa directement la jambe vers les fesses, en lui imprimant de temps en temps des mouvements de rotation. Grâce à ces précautions, les prolongements synoviaux des jumeaux furent complètement dégarnis de leurs fongosités. Restait à poursuivre celles qui répondaient aux insertions inférieures du ligament postérieur et celles du diverticule du muscle poplité. La cuisse étant toujours tenue élevée, nous fîmes attirer la jambe aussi en avant que possible, tout en lui maintenant une direction verticale. Le cul-de-sac postéro-inférieur de la synoviale fut alors bien mis à découvert ainsi que le diverticule poplitéen et de légers mouvements de rotation imprimés au tibia facilitèrent l'ablation de la synoviale. Si nous insistons sur ces détails opératoires c'est qu'on ne peut guère décortiquer *toute* la synoviale fongueuse qu'en les suivant, que ce n'est qu'à ce prix qu'on peut espérer une guérison complète et que les auteurs nous semblent avoir trop négligé de les indiquer.

Quand l'article (dont les quelques ligaments conservés et le périoste fémoro-tibial présentaient partout un bel aspect nacré) nous sembla bien débarrassé de tout produit fongueux et que nous fûmes bien assuré que les os étaient intacts, nous cessâmes l'hémostase temporaire. L'hémorrhagie en nappe fut arrêtée par une compression et la ligature des vaisseaux, la plaie saupoudrée d'iodoforme, un drain placé en travers, en arrière des condyles fémoraux, sur le ligament postérieur, un autre porté à la limite supérieure de l'ancien cul-de-sac sous-tricipital. Les extrémités de ces drains ressortaient par la partie supérieure de nos incisions latérales. Nombreuses sutures superficielles et profondes. Avant de réveiller le blessé, le membre fut placé dans une gouttière valve de zinc, bien matelassée, et immobilisé dans l'extension. Cette gouttière, de notre invention, qui embrasse étroitement le pied, la jambe et la cuisse, laisse l'article à découvert en avant et sur les côtés et permet même de s'assurer de l'état de la région poplitée. L'immobilité obtenue, l'articulation fut entourée d'un pansement antiseptique, puis d'ouate bien serrée, et un pansement ouaté fut appliqué par-dessus l'appareil qu'il couvrit dans sa totalité.

Cinq jours après l'opération, les sutures superficielles furent enlevées; le onzième jour ce fut le tour des sutures profondes, et les drains furent alors remplacés par quelques crins de cheval.

établi que les chirurgiens ne puissent avoir autant de confiance dans l'efficacité d'opérations hâtives et radicales (en tant qu'elles enlèvent toutes les parties malades), que dans les modes de traitement anciens. Deux de nos observations affirment la rapide et heureuse influence des premières.

La réunion était complète. Mais vers le quinzième jour, la cicatrice s'ulcéra en dedans, près du point qui répondait à l'ancien trajet du drain. Après une cautérisation au fer rouge, l'ulcération se cicatrisa vite, puis elle se reproduisit un peu au-dessous. Nous avions dès lors toute raison de croire que notre blessé ne guérirait qu'en conservant une fistule. Sous l'influence de cautérisations répétées les fongosités disparurent, mais le troisième mois une nouvelle ulcération se reproduisit en dedans, peu étendue sans doute, mais tenace, et notre blessé, que notre départ de l'hôpital Saint-Martin ne nous avait pas permis de soumettre à une nouvelle intervention plus énergique et plus efficace que les cautérisations, fut réformé huit mois après l'opération.

A part la fistule peu profonde et à peine sécrétante, le résultat était satisfaisant : la cicatrice ferme, l'article ankylosé dans l'extension, sans gonflement des tissus, et la marche très aisée. Mais nous avons eu des renseignements ultérieurs sur ce blessé, en 1888, c'est-à-dire près de deux ans après l'opération. Sa guérison est incomplète. La fistule persiste. En somme, c'est un insuccès, malgré tout le soin apporté à abraser toutes les parties malades.

Obs. II. — *Tumeur blanche synoviale du genou gauche, masses tuberculeuses assez considérables des parties latérales du cul-de-sac sous-tricipital; fongosités du reste de la synoviale, arthrectomie totale; guérison incomplète.* — D..., quarante-huit ans, marin, usé, paraissant âgé de soixante ans, tombe, en septembre 1885, d'une hauteur de six pieds, dans une cale. On constate immédiatement une hydarthrose qui est traitée par le repos, les vésicatoires, les pointes de feu, l'immobilisation, sans s'amender.

En septembre 1886, il entre au Val-de-Grâce, où le diagnostic de tumeur blanche est porté, et le traitement usuel par l'immobilisation est institué.

En février 1887, lorsque nous prenons le service, nous constatons un gonflement considérable, mais indolore, de la jointure; le cul-de-sac synovial sous-tricipital est énormément épaissi, *surtout sur les côtés*, où l'on constate nettement la présence de deux nodules, de la grosseur d'une noix. L'épaississement est moindre dans les autres points. Les os ne sont pas augmentés de volume ni douloureux. Les mouvements, pour être limités, sont libres. Diagnostic : arthrite fongueuse.

L'arthrectomie est proposée et acceptée par le blessé. Pas d'hémostase préventive. Incision curviligne de Mackenzie, partant de la partie la plus élevée d'un condyle fémoral, pour aboutir au niveau de la tubérosité tibiale antérieure. Après avoir relevé le grand lambeau, nous trouvons la synoviale du cul-de-sac sous-tricipital considérablement épaissie et présentant de chaque côté les deux masses caséuses et fongueuses que nous avions constatées avant l'intervention. Les os ne semblent point atteints.

La synoviale étant fongueuse dans sa totalité, nous nous voyons forcé de sacrifier les ligaments latéraux et croisés et les ménisques, comme chez notre précédent blessé. La rotule fut enlevée (1).

L'opération, le pansement, ne présentèrent rien de particulier à signaler. La réunion de la plaie opératoire était complète et solide le onzième jour, mais vers le dix-huitième, nous constatâmes l'issue, par les orifices des drains enlevés, de petites masses fongueuses, indices d'une récidive locale; la jointure se mit à suppurer et nous eûmes successivement à ouvrir des abcès de la face antérieure de la cuisse, des abcès profonds de la jambe et du creux poplité.

Après l'ouverture de ces abcès, une pression exercée sur leurs parois en fit sortir une assez grande quantité de masses fongueuses. Ce n'était pas à des fautes dans le pansement, mais à l'irritation produite dans les tissus péri-articulaires par le dépôt de ces fongosités agissant comme des corps étrangers, qu'il fallait rattacher ces suppurations profuses, peu franches, dont l'appa-

(1) Cette ablation ne fut pas nécessitée par une altération de cet os. Nous la pratiquâmes pour rendre plus exacte l'application du lambeau contre les surfaces osseuses.

rition et le développement n'étaient point accompagnés de troubles généraux marqués.

Grâce à des incisions hâtives, au drainage, à des curages répétés, à des cautérisations fréquentes, ces désordres péri-articulaires finirent par s'amender, et aujourd'hui le blessé, guéri depuis plus de six mois de son arthrectomie, présente des trajets fistuleux postéro-internes de la cuisse. Ces trajets ont persisté jusqu'à la mort du blessé, survenue au commencement de 1888.

La gravité des accidents que présenta ce blessé et avec lesquels il y a toujours à compter, puisqu'ils sont la conséquence de l'irritation des tissus mous par de nouvelles productions tuberculeuses, la gravité de ces accidents nous fit apprécier toute la valeur de l'appareil que nous utilisons chez nos arthrotomisés du genou. Cet appareil, qui laisse l'articulation libre, permet, sans cesser de maintenir la contention de la jambe et de la cuisse, de surveiller l'état de ces dernières, d'ouvrir sans difficulté les collections purulentes qui s'y forment et de les panser avec la même facilité. Il nous paraît préférable à la coque plâtrée qu'on emploie d'ordinaire. Cette coque laisse en effet l'article libre mais elle recouvre totalement la cuisse et la jambe de sorte que si, comme chez notre blessé, des suppurations diffuses se produisent, le chirurgien se trouve dans la nécessité de sacrifier, non sans douleurs pour le blessé et sans difficultés, l'appareil contentif, et de le remplacer par d'autres aussi imparfaits.

Cet appareil (gouttière valve), inspiré par celui de Lafaye et de de Moy, est constitué par une carapace de zinc qui embrasse toute la circonférence de la cuisse, de la jambe, la face plantaire et les parties latérales du pied, et laisse le genou libre en avant et sur les côtés. Des lacs à boucle fixent les valves crurales et jambières. Cette coque rentre dans la classe des appareils amovo-inamovibles, les meilleurs de tous pour le traitement des fractures diaphysaires, épiphysaires et des traumatismes articulaires.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 avril 1888. — Présidence de M. Polaillon.

COMMUNICATIONS

Abcès et fistules du sinus maxillaire. — M. DESPRÉS, à l'occasion de la communication faite par M. Quenu dans la dernière séance, rapporte l'observation d'un malade atteint d'abcès du sinus maxillaire, chez lequel M. Demarquay avait déjà fait l'opération dont a parlé M. Quenu. Cet individu se maria, mais il fut atteint, peu de temps après, de punaisie. Sa femme vint s'en plaindre à M. Després, qui lui ouvrit de nouveau son sinus maxillaire. Mais il y avait toujours de la tendance à la cicatrisation. M. Després lui fit faire alors une sorte de stylet d'argent, contourné en forme de crochet, que le malade porte depuis onze ans. M. Després s'est très bien trouvé de l'emploi du même appareil, chez plusieurs malades se trouvant dans des conditions analogues.

M. QUENU fait observer que, chez son malade, il ne s'agissait pas d'un abcès, auquel cas il eût été puéril de chercher à fermer la fistule.

Plaie du larynx; mort rapide. — M. CHAUVEL lit un rapport sur une observation adressée par M. du Cazal, et dans laquelle il s'agit d'un maréchal-des-logis qui, après avoir avalé un corps étranger, un morceau de verre, eut une plaie du larynx qui détermina des accès de vives douleurs, à la suite desquels le malade mourut subitement.

A l'autopsie, on constata qu'il existait une ulcération de la face inférieure de la corde vocale gauche. Le malade aurait pu être sauvé par la trachéotomie; mais celle-ci ne se trouva à aucun moment indiquée par des accès de suffocation ou quelque autre phénomène. Pour M. du Cazal le malade est mort par syncope réflexe.

M. Chauvel s'étonne qu'une plaie de la face sous-glottique de la corde vocale n'ait pas donné lieu à une hémorrhagie. Il n'est pas possible de trouver, selon lui, l'origine de cette plaie qui, toutefois, n'est pas suffisante pour expliquer la mort. Celle-ci a dû être causée par l'œdème sous-glottique. Il est regrettable, ajoute M. Chauvel, que l'examen laryngoscopique n'ait pas été fait. On eût peut-être saisi l'indication de la trachéotomie qui aurait sauvé ce malade; mais, en pareil cas, il ne faut pas temporiser. A l'appui de cette opinion, M. Chauvel rapporte l'observation d'un Arabe atteint de syphilis laryngée, auquel il voulut faire la trachéotomie et qui s'y refusa énergiquement. M. Chauvel se tenait prêt à la lui faire, malgré lui, à la première alerte, au premier accès de suffocation, mais il n'en eut pas le temps, le malade étant mort subitement dans un de ces accès.

M. DESPRÉS croit que, dans le cas de M. Du Cazal, il s'agit plutôt d'un abcès que d'une plaie du larynx.

M. CHAUVEL fait observer que le malade est mort douze heures après le premier accident; or, un abcès demande plus de temps pour se former. Quant à la plaie, il y a lieu de se demander si elle n'a pas été faite à l'autopsie.

Plaie pénétrante de l'intestin et de l'estomac. — M. BERGER fait une communication sur l'intervention chirurgicale dans les plaies de l'intestin. Il rappelle la discussion qui a eu lieu à la Société sur ce sujet et l'opinion généralement admise sur l'opportunité de l'intervention, dès qu'apparaît le moindre signe d'épanchement ou de péritonite et sur les avantages de la temporisation dans les cas où ces accidents ne se produisent pas. Il rappelle également les faits et les expériences de M. Reclus sur l'obstruction possible d'une plaie intestinale par un bouchon de la muqueuse. Il apporte aujourd'hui un nouveau fait :

Il s'agit d'une femme de quarante-cinq ans, ayant reçu un coup de couteau dans le ventre, et qui lui est amenée dans le collapsus, sans pouls, froide, ayant des hoquets et des vomissements. Elle portait sur un des côtés de l'ombilic une plaie petite, ronde, assez régulière; le ventre était très ballonné, très tendu. M. Berger n'hésita pas à diagnostiquer un épanchement sanguin intra-péritonéal. Il opéra immédiatement cette malade, avec MM. Périer et Peyraud; aussitôt le ventre ouvert, il s'écoula un litre et demi de sérosité sanguinolente. On vit que l'origine de l'hémorrhagie était au niveau de l'union du mésentère avec le mésocolon. Une anse d'intestin était perforée de part en part. Ces orifices n'avaient donné lieu à aucune issue de matières; cependant la malade était en pleine digestion au moment où elle a été frappée. Ces deux plaies étaient devenues circulaires, elles étaient bouchées par la muqueuse. M. Berger les réunit par une suture de Leuberg. Le mésentère était perforé en deux points, si bien qu'on pouvait reconstituer le trajet du couteau. Il y avait eu thrombose chyleuse dans le mésentère. M. Berger sutura toutes les plaies qu'il rencontra et referma le ventre. La malade mourut le soir même de l'opération. A l'autopsie on vit qu'il n'y avait pas de nouvel épanchement sanguin. On reconnut une plaie de l'estomac qui avait échappé à l'examen. Le mésocolon transverse avec l'estomac, se trouvait refoulé par l'épanchement sanguin énorme qui existait dans le ventre. La plaie de la région antérieure de l'estomac était absolument obturée par la muqueuse gastrique. La plaie de la musculeuse et celle de la séreuse ne se correspondaient plus. Il est possible d'admettre que des adhérences hâtives se produisent et que l'occlusion de la plaie puisse ainsi se faire spontanément. L'autopsie permit de constater que les sutures de Leuberg avaient bien tenu. Du côté de l'anse intestinale, il y avait un bouchon de muqueuse qui obstruait aussi l'une des plaies.

M. Berger insiste sur ce mode d'obstruction spontanée des plaies de l'intestin et de l'estomac, soit par l'issue de la muqueuse, soit par le défaut de parallélisme entre la plaie de la musculeuse et celle de la séreuse. On peut admettre que c'est grâce à ce mode d'obstruction que certains blessés se trouvent à l'abri d'épanchements intra-péritonéaux.

M. TERRIER fait observer que cette obstruction des plaies par la muqueuse est un fait classique, qui a été produit expérimen-

talement sur les animaux. M. Terrier demande à M. Berger combien de temps après la blessure il est intervenu.

M. BERGER répond qu'il est intervenu douze heures après la blessure.

M. TERRIER fait observer que cette femme était en syncope et n'a pas eu de contractions intestinales. Il ajoute qu'il ne faudrait pas baser une thérapeutique sur ces obstructions précaires et temporaires. Si cette femme avait eu des contractions intestinales, elle aurait eu un épanchement dans le ventre. Quand une anse a été ouverte par un coup de couteau ou par une arme à feu, il y a toutes chances pour qu'il se fasse un épanchement. En résumé, en présence d'une plaie pénétrante de l'abdomen, dès qu'il y a des phénomènes anomaux et non pas seulement de la péritonite, il faut intervenir et ouvrir largement le ventre. C'est là la thérapeutique la plus rationnelle, c'est du reste celle qui est suivie par les chirurgiens américains.

M. CHAUVEL croit que l'énorme épanchement sanguin peut être pour quelque chose dans l'absence d'issue de matières ou de gaz dans le péritoine, par le fait seul de la compression.

M. RECLUS rappelle qu'on avait mis en doute cette occlusion des plaies intestinales par bouchon muqueux. L'observation de M. Berger vient, à ce point de vue, à l'appui de l'opinion qu'il avait soutenue, et qui était basée non seulement sur des observations cliniques, mais aussi sur des expériences sur les animaux. Il a insisté sur la rapidité de la guérison de ces plaies, puisque lorsqu'il tuait les chiens qui avaient servi pour ces expériences, il lui était très difficile de retrouver les plaies qu'il avait faites. Enfin, il cite plusieurs cas de guérison spontanée de ces plaies de l'estomac ou de l'intestin à la suite de l'obstruction de ces plaies soit par un bouchon muqueux, soit par un défaut de parallélisme des deux tuniques intestinales perforées. Est-ce à dire qu'il faut compter sur ces obstructions pour la guérison? Telle n'est pas la pensée de M. Reclus, qui est d'avis qu'il faut agir aussitôt qu'apparaît le moindre signe anomal.

M. TERRIER ne discute pas la conduite à tenir à l'égard des plaies de l'estomac. On peut empêcher un individu d'avoir des aliments dans son estomac, on ne peut pas l'empêcher d'avoir des matières dans son intestin. Il y a donc une grande différence à ce point de vue, entre les plaies de l'estomac et celles de l'intestin. Quant au bouchon muqueux, il est absolument septique et peut infecter le péritoine. M. Terrier ne croit à aucune action extérieure par la compression ou autres moyens pour empêcher les contractions intestinales.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE pense que la question doit se poser autrement. Autrefois l'ouverture du ventre était toujours dangereuse, il n'en est plus de même aujourd'hui. Si nous n'ouvrons pas le ventre, c'est parce que le blessé, malgré sa blessure, n'est pas malade. S'il survient le moindre accident, qu'on n'hésite pas à ouvrir le ventre. Si l'on était certain que l'intestin et l'estomac fussent ouverts, on ne devrait pas hésiter à ouvrir le ventre, car, en pareil cas, c'est la seule chance de salut. Ceux qui guérissent, dans ces conditions, sans laparotomie, constituent des exceptions sur lesquelles il ne faut pas se baser pour la conduite à tenir.

M. RECLUS dit que, d'après M. Lucas-Championnière, il faudrait toujours ouvrir le ventre quand il y a plaie pénétrante de l'abdomen, car, en pareil cas, il y a, quatre-vingt-dix fois sur cent, plaie pénétrante de l'intestin. L'ouverture du ventre et les recherches qu'il faut faire en pareil cas, ne sont pas aussi peu dangereuses que veut bien le dire M. Lucas-Championnière.

M. TRÉLAT dit qu'il n'est pas douteux que la malade de M. Berger devait être laparotomisée. Tandis qu'il y a un an et demi, lors de la discussion sur ce sujet, tous les membres de la Société étaient loin d'être du même avis, et M. Trélat rencontrait une certaine opposition; aujourd'hui, tout le monde est à peu près d'accord sur l'opportunité de l'intervention. Cette intervention doit avoir lieu aussitôt qu'apparaît un signe quelconque. A mesure qu'il a plus d'expérience de ces faits, M. Trélat a de la tendance à devenir américain et interventionniste.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE dit que la difficulté est de savoir s'il y a, oui ou non, plaie pénétrante. En l'absence de signes, n'intervenez pas. En présence de l'ombre d'un signe, intervenez. Même en cas de doute, il vaut mieux faire une laparotomie inutile.

PRÉSENTATIONS

M. POLAILLON présente un malade qui a subi une amputation de Chopart, pour une amputation pathologique, et chez lequel il a obtenu un très bon résultat.

Clamp pour la résection du scrotum. — M. DELORME présente un clamp pour l'opération du varicocèle par la résection du scrotum.

Ayant à pratiquer une résection du scrotum pour un varicocèle et manquant du clamp ingénieux imaginé par Heurteloup, M. Delorme s'est servi d'un petit appareil en liège, qu'il construisit séance tenante.

Taillé dans le large bouchon plat d'un bocal, ce clamp se compose de deux branches très arquées, sur le bord convexe desquelles on a ménagé quinze échancrures peu profondes; à leurs extrémités, ces deux branches sont réunies par deux épingles.

Les deux branches étant légèrement écartées, bien que maintenues par les épingles terminales, on engage entre elles l'étendue de peau du scrotum que l'on veut exciser. Cela fait, les deux branches sont rapprochées et maintenues solidement en place par deux tubes de Galli, glissés sur les épingles jusqu'au contact du liège. Pour assurer une coaptation plus parfaite, on peut enfoncer, en deux points de la longueur des branches, à travers le scrotum, deux nouvelles épingles sur lesquelles on place de nouveaux tubes de Galli.

Le clamp fixé, on excise la portion saisie du scrotum, on glisse dans les échancrures des épingles à insecte qui doivent servir aux sutures profondes, on réunit les deux lèvres de la plaie par des sutures entrecoupées au crin de cheval, rendu bien antiseptique, on enlève le clamp en faisant sortir les tubes de Galli et avec un fil de soie, également antiseptique, on réunit les épingles par une suture entortillée.

Ce procédé a été utilisé au Val-de-Grâce, par MM. Delorme et Vautrin; l'opération a été terminée rapidement et facilement, et les blessés ont guéri par première intention.

Ostéo-sarcome des membres. — M. PRENGRUEBER présente le tibia d'un enfant de onze ans, qu'il vient d'amputer de la cuisse, pour un ostéo-sarcome.

L'intérêt de cette pièce réside dans ce fait que l'opération a été extrêmement précoce, le néoplasme était tout à fait au début de son évolution, et la lésion insignifiante d'apparence.

Comme, d'autre part, le segment du membre malade a été enlevé dans son entier, il est difficile de trouver un cas plus favorable à la guérison définitive.

L'avenir montrera si on a eu raison de compter sur cette guérison.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté des sciences de Toulouse. — M. Pée-Laby, licencié ès sciences physiques et naturelles, est nommé préparateur de botanique, en remplacement de M. Ferrand, décédé.

— M. Dareste, directeur du laboratoire de tératologie, commencera ses conférences pratiques d'embryogénie normale et tératologique, dans son laboratoire (bâtiment du musée Dupuytren), le mardi 10 avril, à 4 heures et les continuera les samedis et mardis suivants à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

AVIS A MM. LES MÉDECINS

Le **QUINIUM ROY GRANULÉ**, formé de l'extrait aqueux de quinquina uni au quinium (extrait alcoolique à la chaux), l'un contenant la partie tonique de l'écorce, l'autre tous les alcaloïdes, représente exactement la **POUDRE DE QUINQUINA CALYSAYA**. Il lui équivaut poids pour poids, le sucre remplaçant les parties inutiles. Il est soluble dans l'eau, le vin, les tisanes, etc. Phie ROY, 3, rue Michel-Ange, Paris, et phies.

22

Inappétence, Convalescence, Anémie, Maladies de poitrine, de l'estomac et des intestins.

VIN DEFRESNE A LA PEPTONE

Il ne contient pas seulement les principes solubles de la viande; il contient aussi la fibre musculaire elle-même fluidifiée, digérée, rendue assimilable.

DOSE : **1/2 verre à madère au dessert.**

PEPTONE — POUDRE — ELIXIR CHOCOLAT DE PEPTONE, etc.

DEFRESNE, auteur de la Pancréatine, 2, rue des Lombards, Paris, et Pharmacies.

29

PANSEMENT ANTISEPTIQUE MÉTHODE LISTER

M. DESNOIX, pharmacien, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, prépare toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode de Lister.

1° La gaze antiseptique **0** fr. **50** le mètre; 2° le catgut nos 1, 2, 3, 4, **1** fr. **25** le flacon; 3° le taffetas dit *protective*, **1** fr. **25** le mètre; 4° le macintosh, **5** fr.

Tous ces produits, préparés d'après les formules et les indications du docteur LISTER, offrent toutes les garanties aux chirurgiens.

Sparadrap chirurgical des hôpitaux de Paris, Toile vésicante (action prompte et sûre), Sparadrap révulsif au thapsia, Bandes dextrinées pour bandages inamovibles, Coton hydrophile, Coton hydrophile phéniqué, Coton à l'acide salicylique, Lint à l'acide borique, etc., etc.

46

SIROP DU DOCTEUR REINVILLIER

Au Phosphate de chaux gélatineux.

Phthisie pulmonaire, bronchite chronique, rachitisme, débilité organique, maladies des os.

Le sirop du docteur Reinvillier, administré quotidiennement aux enfants, facilite la dentition et la croissance. Chez les nourrices et les mères, il rend le lait meilleur et empêche la carie et la perte des dents qui suivent souvent la grossesse.

Huile phosphorée titrée pour frictions.

Phie VIRENQUE, 8, place de la Madeleine, et phies.

34

SULFUREUX POUILLET

Approuvé par l'Académie de médecine.

Permet d'obtenir *de suite* et *économiquement* une bonne *eau sulfureuse*.

EN BOISSON : une mesure (12 centigrammes) 2 fr. 50 dans un verre d'eau.

EN BAINS : un flacon pour un bain *incolore* 1 fr. *et sans odeur.*

Vente en gros : 112, rue du Bac, Paris.

43

DRAGÉES QUINOIDINE-DURIEZ

Très efficaces contre les récidives des fièvres intermittentes, Paris, 20, pl. des Vosges.

77

PAPIER RIGOLLOT

Nous engageons vivement MM. les Médecins à n'admettre comme véritable PAPIER RIGOLLOT que les feuilles portant en travers la signature ci-contre, en rouge.

Rigollot

91

BOLDO-VERNE.

Dans les congestions et les troubles fonctionnels du foie, les *cachexies* d'origine paludéenne et consécutives au long séjour dans les pays chauds, *la dyspepsie atonique, les fièvres intermittentes*, on prescrit dans les hôpitaux à Paris et à Vichy le **BOLDO-VERNE** à la dose de 50 à 100 gttes par jour ou 4 cuillerées à café d'**Elixir de Boldo-Verne.**

VERNE, Grenoble, et phies, France et étranger.

VÉRITABLE SOLUTION D'ANTIPYRINE DU Dr CLIN

..... L'Antipyrine peut être considérée scientifiquement comme le médicament le plus puissant contre la douleur.

(Académie des Sciences, séance du 18 avril 1887.)

La **SOLUTION D'ANTIPYRINE DU Dr CLIN**, d'un dosage rigoureusement exact, contient :

1gr. **ANTIPYRINE** *pure par cuillerée à bouche.*
0,25cent. — — *par cuillerée à café.*

DOSE : de 1 à 3 cuillerées de **SOLUTION D'ANTIPYRINE CLIN** par jour; augmenter progressivement, s'il y a lieu, en tenant compte de la susceptibilité du malade.

Exiger la *Véritable Solution d'Antipyrine Clin.*

Détail dans les Pharmacies.

Gros : Maison CLIN & Cie, à Paris.

19

ERGOTINE. DRAGÉES D'ERGOTINE de BONJEAN

La solution d'ERGOTINE BONJEAN est d'après les plus illustres médecins un des meilleurs hémostatiques (Ergotine, 10 grammes; eau, 100 grammes).

Les DRAGÉES D'ERGOTINE BONJEAN sont employées avec le plus grand succès pour *faciliter le travail de l'accouchement*, arrêter les *hémorrhagies* de toute nature (crachements, pertes de sang, etc.), contre les *dysentéries* et *diarrhées chroniques*, et enfin pour combattre la *phthisie pulmonaire* et enrayer sa marche.

Dépôt général : LABELONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

14

CAPSULES ET SIROP DE HOUDÉ AU SULFATE DE SPARTÉINE

L'expérimentation physiologique et l'observation clinique s'accordent pour démontrer que le sulfate de **Spartéine** exerce une action prédominante et élective sur le fonctionnement du cœur, en augmentant l'énergie, la durée et la persistance des contractions et en régularisant le rythme cardiaque troublé.

Les **CAPSULES** et le **SIROP de HOUDÉ** au **Sulfate de Spartéine** sont donc tout indiqués, chaque fois que le myocarde a fléchi, lorsque le pouls est irrégulier, intermittent, arythmique, dans les *attaques d'asystolie*, dans *l'asthénie cardiaque*, la *dysonée du cœur* et la *péricardite*.

Dose quotidienne, de 10 à 15 centigrammes.

Dépôt: A. HOUDÉ, Paris, r. fg St-Denis, 42, et phies.

42

LE VÉRITABLE EMPLATRE A LA RÉSINE PURE DE THAPSIA

Dû aux savantes recherches du docteur Reboulleau et aux travaux pratiques de M. Le Perdriel est sparadrapé sur toile de couleur chamois. Chaque décimètre carré est entouré d'une division centésimale noire (propriété de l'auteur) et contient en diagonale les signatures que MM. les docteurs voudront bien exiger s'ils ne veulent pas s'exposer à des mécomptes et même à des accidents.

Ch. Le Perdriel *Reboulleau*

56

GRANULES ANTIMONIO-FERREUX du Dr PAPILLAUD

Médication antimonio-ferro-arsénicale (arséniate d'antimoine 0,001 milligr. par granule et fer). Prescrits avec succès par le corps médical depuis plus de vingt années, pour combattre sans constipation l'*anémie*, la *chloro-anémie*, la *chlorose*, les *troubles de la circulation par insuffisance*, les *névralgies* et les *névroses*, les *affections scrofuleuses et cutanées*.—Dose : 2 à 8 granules par jour.

Les GRANULES ANTIMONIO-FERREUX AU BISMUTH sont prescrits pour les mêmes affections aux personnes atteintes de : *Dyspepsies, Gastralgies, Estomacs fatigués*, etc.

Dépôt général : phie GIGON, 7, r. Coq-Héron, Paris, et ttes phies, env. de flacon d'essai à MM. les docteurs.

80

LE SACCHAROLÉ DE QUINQUINA CHARLARD-VIGIER

Renferme les **principes actifs** et **tous les alcaloïdes.** Remplace les autres préparations de kina. Phie VIGIER, 12, Bould Bonne-Nouvelle, Paris.

DRAGÉES & ÉLIXIR DU Dr RABUTEAU

Lauréat de l'Institut de France.

Les études faites dans les Hôpitaux de Paris ont démontré que les **Dragées** et l'**Élixir** au Protochlorure de Fer du **Dr Rabuteau** régénèrent les globules rouges du sang, avec une rapidité qui n'avait jamais été observée en employant les autres ferrugineux.

Ces résultats ont été constatés au moyen des divers **Compte-Globules.**

Les Préparations du **Dr Rabuteau** ne produisent pas la Constipation et sont tolérées par les personnes les plus délicates.

Sirop du **Dr Rabuteau** destiné aux enfants.

DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

GROS : Chez **Clin & Cie**, 20, rue des Fossés-St-Jacques, Paris, où l'on trouve également les **Capsules** *au Bromure de Camphre* du **Dr Clin.**

10

SIROP-ZED (A BASE DE CODÉINE PURE, DE TOLU ET D'EAU DE LAURIER-CERISE)

Aux propriétés somnolentes de la codéine s'ajoutent utilement celles si sédatives de l'eau de *laurier-cerise*, agissant là comme l'émulsion d'amandes des loochs; enfin l'action du tolu sur les sécrétions bronchiques, complètent l'ensemble d'un médicament certain.

Le sirop pectoral du docteur Zed est un calmant précieux contre les *accès spasmodiques de toux convulsive, coqueluche, toux des phthisiques, affections des bronches, insomnies*, etc.

Paris, 22 et 19, rue Drouot.

Dr Zed

91

L'EAU DE LÉCHELLE HÉMOSTATIQUE.

Combat efficacement les *hémorrhagies utérines* et intestinales, l'hémoptysie, l'atonie des organes, les affections des muqueuses. *Leucorrhée*, diarrhée, catarrhe, etc.

Dépôt général : 378, rue Saint-Honoré, Paris.

31

ÉLIXIR GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUE

(*Amers et ferments digestifs.*)

Dyspepsie, anorexie, vomissements de la grossesse, anémie, troubles digestifs de l'enfance, etc.

Paris, GREZ, Phien laur. des hôp., 34, r. La Bruyère.

91

NAPHTOL-BAILLARD

Produit fabriqué spécialement en vue de l'antisepsie interne et garanti d'une pureté absolue.

Dragées, à 0,20 c. 10 par jour, pour l'antisepsie complète du tube intestinal et des voies urinaires : Fièvre typhoïde, phthisie, dyspepsie, gastralgie, gravelle, cystite, etc. — **Eau.** Liqueur aromatique titrée à 0,40 c. par cuillerée à bouche. Une cuillerée par litre d'eau pour pansements antiseptiques, pour injections aux accouchées, pertes blanches, prurit, blennorrhagie... — **Pommade** à 10 0/0 : Ulcères gangréneux, psoriasis, eczéma sec, dartres du cuir chevelu.

PARIS.—*Baillard, 112, Cherche-Midi.—Marchand, 13, Grenier St-Lazare.*— **Détail :** *Phie Desvignes, 42, fg St-Denis, et ds toutes les bonnes phies.*

44

LIQUEUR MARIANI A LA TERPINE ET A LA COCA

Titrée à 20 centigr. de Terpine pr cuillerée à bouche.

Cette liqueur unit les propriétés modificatrices et anti-catarrhales de la **Terpine** (hydrate d'essence de térébenthine) à l'action tonique et digestive de la **Coca.**

Employée avec succès contre les *Affections catarrhales*, aiguës ou chroniques, des muqueuses respiratoires, digestives et génito-urinaires, dans l'*Anémie*, la *Chlorose*, l'*Atonie*, la débilité générale et les maladies du système nerveux.

DOSE : 1 à 2 cuillerées à bouche matin et soir ou avant les deux repas.

69

PASTILLES MARIANI A LA COCA ET AU CHLORHYDRATE DE COCAINE

Les propriétés toniques de la COCA, unies aux propriétés analgésiantes et anesthésiques de la COCAINE, font de ces pastilles le médicament le plus rationnel pour combattre les affections des voies respiratoires et digestives. [illegible]

Ces pastilles renferment : 10 *centigr. d'extrait de Coca et 2 milligr. de chlorhydrate de Cocaïne.*

DOSE : **6 à 8 pastilles par jour.**

MARIANI, phien, 41, Brd Haussmann et ttes Phies

N° 42. — MARDI 10 AVRIL 1888. 61e ANNÉE. MARDI 10 AVRIL 1888. — N° 42.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. D. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 9 avril 1888.

La presse médicale a été unanime à rendre hommage à l'éminent ami que nous venons de perdre. Nous la prions d'agréer l'expression de toute notre reconnaissance pour cet acte de justice et de courtoisie.

Dr E. LE SOURD.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. BROUARDEL.

De la responsabilité médicale.

I

Dans les Universités et Facultés étrangères, le professeur de médecine légale est à la fois professeur de jurisprudence médicale. Depuis que j'occupe cette chaire, je me suis efforcé, moi aussi, de vous présenter de temps en temps quelques-unes des questions qui ont trait à l'exercice de la médecine. Permettez-moi, avant d'aborder l'étude de la *thanatologie*, de vous exposer ce qui concerne la *responsabilité médicale*. Je reçois tous les jours des lettres de médecins de province, qui se trouvent extrêmement embarrassés, lorsqu'ils ont à juger, sur ce point, leurs confrères ou eux-mêmes.

Dans le monde, la responsabilité du médecin équivaut au droit de vie et de mort sur les clients. Montaigne cite quelque part un auteur qui prétend que « les médecins ont cet heur que le soleil esclaire leur succez et que la terre couvre leur faulte ». C'est là un préjugé, une erreur absolue.

Lorsqu'un médecin se trouve, pour la première fois, aux prises avec son art, et que la maladie paraît suivre un mauvais cours, il éprouve une espèce d'anxiété et se soumet à un petit examen de conscience. Je plaindrais celui d'entre vous qui n'aurait pas connu cette angoisse; c'est un caractère inséparable de l'honorabilité du médecin.

On s'est demandé si on pouvait réclamer de lui autre chose, si on pouvait exiger une autre responsabilité que celle qui réside dans la personne. Or, il suffit de parcourir les journaux, pour s'apercevoir que la conscience diffère beaucoup selon les individus. Et c'est pourquoi certains médecins exploitent sans scrupule la matière médicale, avec une désinvolture incroyable.

Aussi l'opinion, en affirmant la responsabilité vis-à-vis de la société, s'est tassée en faveur du corps médical. Supposez, en effet, que la société n'ait pas à intervenir. On accuse un médecin d'avoir pris une pneumonie pour une fièvre typhoïde ou réciproquement, et d'avoir fait agir une thérapeutique fausse; des confrères ne craignent pas de fournir des armes à la famille, contre le médecin. Car le *pessima invidia medicorum* existe toujours, surtout en province, où il est bien rare que la confraternité n'ait pas subi plus d'un échec. Dans un cas semblable, si la société ne peut intervenir, le médecin aura bien plus à se plaindre, parce qu'il ne pourra pas prouver son innocence.

La loi du 19 ventôse an XI ne prévoit rien touchant la responsabilité médicale. Aussi, pendant vingt ans à partir de cette date, n'y a-t-il pas eu de poursuites de ce côté. Ce n'est qu'après un certain nombre d'accusations, que les tribunaux se sont émus.

Jamais, dans aucun pays, on n'a accepté que le médecin causât par incurie la mort de son malade. A Rome, un médecin qui avait causé la mort d'un esclave devait une indemnité pécuniaire à son patron; s'il avait causé la mort d'un citoyen, il encourait la peine capitale. Mais une loi draconienne est toujours appliquée d'une façon très modérée, et nous entendons Pline se plaindre que des médecins coupables n'étaient pas punis.

En Égypte, il y avait un code inspiré par Hermès; celui qui s'y conformait était toujours indemne, mais celui qui avait manqué au code était puni, alors même que son malade était guéri.

Chez les Grecs, Plutarque nous rapporte l'histoire de Glaucus qu'Alexandre fit mettre à mort, pour avoir laissé mourir d'indigestion son ami Héphestion.

Nous retrouvons le même sentiment au moment de l'invasion des Barbares chez les Ostrogoths. Lorsqu'un médecin avait tué son malade par impéritie, il était livré à la famille du malade qui en faisait ce qu'elle voulait.

En Allemagne, avec Charles-Quint, la trace de la responsabilité médicale est mal dégagée. Cependant, lorsqu'un traitement était contesté, et qu'il avait été suivi d'accident, on réunissait des savants et des médecins, et ils jugeaient si la conduite du premier avait été conforme aux règles de l'art.

En France, au moyen-âge, nous voyons un chirurgien

condamné à quatre cents livres d'amende, pour avoir piqué l'artère brachiale dans une saignée. Quelques années après, en 1696, le Parlement de Paris acquitte un médecin, en considérant que la faute devait être supportée par le malade qui avait choisi un mauvais médecin, « quia ægrotus debet sibi imputare cur talem ėgerit ».

Le Parlement de Bordeaux acquitte aussi un médecin, parce qu'il n'y a eu de sa part « ni dol ni malice ». Le même Parlement condamne, d'autre part, à une amende de quinze mille livres, un chirurgien qui, pour avoir mal traité une fracture du bras, avait rendu nécessaire une amputation.

On a quelquefois essayé de condamner certaines méthodes thérapeutiques. C'est ainsi que le Parlement de Paris a condamné la transfusion du sang. Plus tard il a condamné l'usage de l'émétique; mais on est revenu sur son arrêt en 1666 parce que l'émétique était le remède qui réussissait le mieux à Louis XIV dans ses indigestions. Il faut lire, à ce sujet, les lettres de Guy Patin qui sont merveilleuses de verve et d'esprit.

A propos de quels cas la doctrine actuellement régnante s'est-elle établie? Dans le premier cas, le procureur général n'a pas à intervenir, et le médecin peut seulement être condamné au civil : il dépend des articles 1382 et 1383 du Code civil. Mais dans le second cas, lorsque sa conduite est plus grave, et que le procureur de la République trouve qu'il y a un dommage social à réparer, le médecin relève des articles 319 et 320 du Code pénal.

Le docteur H... (de Domfront) est appelé auprès d'une femme en couche, et constate que le bras droit du fœtus sortait hors de la vulve, tandis que la main gauche sortait de l'utérus. Il déclare que ces membres sont gangrenés, les coupe aussitôt, fait la version et jette l'enfant par terre; puis il donne ses soins à la mère et s'en va. L'enfant se met à crier, on le ramasse, on panse ses moignons et il finit par guérir.

Le mari de l'accouchée a actionné le docteur H... devant le tribunal de Domfront qui a consulté l'Académie de médecine. Une première commission, composée presque exclusivement d'accoucheurs, déclara que le docteur H... avait commis une faute grave contre les règles de l'art. Ce fut alors un *tolle* à l'Académie et on nomma une nouvelle commission. Celle-ci allégua que, si on admettait qu'un médecin pût être poursuivi, c'en était fait de l'art de guérir, parce qu'on n'oserait plus faire un essai, une expérience.

Cet avis fut envoyé au tribunal de Domfront qui déclara qu'il n'avait pas à tenir compte des préoccupations personnelles qui avaient dicté le second rapport, et, reprenant le premier rapport, il condamna le docteur H... à servir une pension de 100 francs par an à l'enfant, jusqu'à l'âge de dix ans et à lui faire une rente viagère de 200 francs après cet âge.

En 1832, Crémieux soutint devant la Cour de cassation l'irresponsabilité du corps médical. Il s'agissait d'un docteur T.-N..., qui avait pratiqué la saignée du bras à un homme et avait piqué l'artère brachiale. Les témoins s'étaient écrié : « Oh! comme il brouille différemment d'à l'ordinaire... comme il est noir! » Le docteur T.-N... se contenta d'appliquer un bandage un peu serré. Il se développa une tumeur anévrysmale, sur laquelle le médecin appliqua différents topiques, puis disparut et ne revint pas. La gangrène survint et il fallut amputer le membre. Le médecin fut condamné à payer 600 francs d'amende et une rente viagère de 150 francs.

La Société de médecine publique déclara que le médecin ne pouvait être responsable devant aucun tribunal. Crémieux plaida également l'irresponsabilité en s'appuyant sur ce fait, que les officiers de santé sont indemnes lorsqu'ils pratiquent une opération devant un docteur. A plus forte raison, disait-il, le docteur doit être à l'abri de toute poursuite lorsqu'il opère lui-même. Dupin répondait que l'officier de santé était coupable s'il ne s'adjoignait pas un docteur, mais qu'il n'était pas dit qu'à eux deux, le docteur et lui, feraient une opération parfaite.

D'autre part, Crémieux alléguait qu'il n'y avait pas de raison pour ne pas faire remonter la responsabilité jusqu'aux juges qui avaient donné au médecin son titre de docteur! Il prétendait qu'on ne pouvait poursuivre que dans le cas où un médecin avait volontairement et sciemment causé un dommage.

Dupin répondit que, dans toute profession, chacun est responsable de ses fautes, il citait notamment l'exemple du notaire qui, manquant à une formalité légale dans un testament, est responsable vis-à-vis de son client et doit payer les frais de sa faute.

Enfin, nous sommes libres de refuser nos soins à qui nous voulons. Mais si nous avons promis d'aller chez un malade et que nous cessons nos visites, sans laisser le client entre les mains de quelque confrère, nous sommes coupables. C'est surtout cet argument qu'a visé la Cour de cassation en condamnant le docteur T.-N.

Ici se dresse une question fort agitée. Qui doit être juge? Permettez-moi de ne pas me rallier à la doctrine de Charles-Quint qui prenait des médecins comme experts vis-à-vis d'un de leurs confrères. Chaque fois qu'un individu est jugé par ses pairs, le jugement est infirmé d'avance : dans l'espèce, si le médecin en cause est condamné, on suppose l'envie chez ses juges; s'il est acquitté, on suppose la partialité.

En ce moment, un de mes amis mène une campagne en faveur des conseils de discipline. Je crois qu'il fait fausse route. En effet, si un médecin est mis en interdit, il sera absolument impossible de savoir s'il ne continue pas à exercer sa profession, car nous autres médecins, nous opérons à huis clos. De plus, il faut tenir compte des inimitiés et des rivalités si acerbes en province. Il y a quelques années le docteur C..., appelé près d'un homme qui était tombé sur une pile de bouteilles, veut lier les artères, mais le malade s'y opposant, il fait de la compression. Deux jours après, un autre médecin déclare qu'il y a un phlegmon et le malade meurt quatorze jours plus tard de tétanos. Traduit devant le tribunal et chargé par tous ses confrères, le docteur C... fut condamné à 10000 francs de dommages et intérêts et il en appela à la cour de Riom. Il ne me fut pas difficile de démontrer que la compression n'avait pas été contre-indiquée, car deux cliniques de Gosselin, qui parurent au même moment dans la *Gazette des hôpitaux*, venaient à l'appui de ma thèse.

Rien n'est dangereux comme un aréopage de médecins; je préfère que le tribunal nomme un expert qui émette un avis sous la responsabilité de sa signature. Alors tout le public peut juger notre conduite et nous faisons sur nous-mêmes l'effort nécessaire pour être impartiaux. Lorsqu'on est réuni, rien n'est plus difficile que d'éviter une passion, un entraînement. Ce que je redoute, c'est d'être jugé par deux ou trois, sans qu'un seul soit responsable de ce jugement. Je veux un juge unique qui portera toute sa vie le stigmate de sa sentence.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Fournier.

De l'urticaire en général et de ses variétés, fièvre ortiée, urticaire chronique, etc. (1).

V

Quant au deuxième groupe, celui des urticaires symptomatiques de causes internes, nous trouvons, en tête, l'urticaire *ab ingestis*, laquelle se divise en deux sous-ordres : l'urticaire alimentaire et l'urticaire médicamenteuse.

La première est extrêmement commune, et survient après l'ingestion de certaines substances, parmi lesquelles figurent en première ligne les moules, puis les fraises, les framboises, les crustacés (crabes, écrevisses, langoustes, homards, crevettes), les huîtres, le poisson salé ou fumé, les œufs de certains poissons, la viande de porc, etc., les amandes, noisettes, concombres, etc., etc. Or, cette urticaire, pour les uns, serait le résultat réflexe d'une véritable intoxication. Si le fait est vrai dans quelques cas, il ne l'est pas dans un grand nombre d'autres et, de plus, la question de dose est souvent indifférente, pour la production de l'urticaire; j'ajoute que le phénomène se produit quelquefois même d'une façon si rapide, que l'aliment est encore sur les lèvres. Ainsi, la théorie de l'urticaire déterminée par intoxication est insuffisante à expliquer tous les cas. Il y a certainement quelque chose d'autre, et ce quelque chose, pour la plupart des auteurs, est une idiosyncrasie particulière, une intolérance spéciale, innée à certains sujets, pour certaines substances, idiosyncrasie que nous retrouvons à chaque pas, dans l'histoire de l'urticaire.

Ce que produisent nombre d'aliments, diverses substances médicamenteuses le réalisent également, c'est là l'urticaire médicamenteuse. Je ne citerai que les principales : huile de foie de morue altérée, semen contra, santonine, jusquiame, morphine, laudanum, sulfate de quinine, sulfate de cinchonidine, acide salicylique, salicylate de soude, chloral, etc., etc.

A côté de l'urticaire *ab ingestis*, se placent deux autres urticaires par absorption de principes morbigènes : l'urticaire palustre et l'urticaire pyohémique.

La première, quoique signalée de vieille date, n'a été complètement étudiée qu'en ces derniers temps. Le travail le plus complet est dû à MM. Verneuil et Merklen. L'urticaire palustre se présente sous deux formes : 1° sous forme d'éruption ortiée, survenant au cours des accès fébriles intermittents, en même temps, ou peu après l'invasion du stade de chaleur, durant pendant tout ce stade, et pendant celui de sueur, pour disparaître avec la chute de la fièvre. C'est comme une sorte d'épiphénomène qui reparaît au cours des accès suivants, sans les modifier en rien. C'est ainsi que Zeine a rapporté l'observation d'une jeune femme, affectée de fièvre palustre, qui, au cours de quinze accès de fièvre tierce, présenta quinze fois de l'urticaire sur le tronc et les extrémités des membres. La malade n'avait jamais eu d'urticaire auparavant, et n'en présenta plus depuis lors.

En second lieu, l'urticaire apparaît quelquefois comme symptôme, isolé et exclusif, de l'intoxication palustre. Elle constitue de la sorte une variété de fièvre larvée, c'est-à-dire d'accès intermittents, périodiques, mathématiquement périodiques, se produisant sans fièvre, sous le masque d'une éruption. On a ainsi des urticaires tierces, ou quotidiennes, reparaissant à heure fixe, tous les deux jours, ou tous les jours, et cédant à l'action du sulfate de quinine, comme symptômes d'intoxication palustre.

Mentionnons, de même, l'urticaire comme manifestation d'un état septicémique, de la pyohémie consécutive à l'auto-infection des malades, affectés de suppuration, ou à des opérations chirurgicales. M. Verneuil a vivement insisté, dans ces derniers temps, sur ce fait que, dans certains cas de pyohémie, la peau devient parfois le siège d'éruptions exanthématiques diverses, avant-coureur d'une mort prochaine, parmi lesquelles figure quelquefois l'urticaire.

L'urticaire constitue aussi, assez fréquemment, un véritable symptôme réflexe de diverses affections viscérales. Elle est, en ce cas, une manifestation certaine d'une souffrance intense, sans que nous en sachions le mécanisme, et dont la pathogénie nous échappe absolument.

Il est ainsi des urticaires, dérivant d'un état morbide quelconque, grave ou léger, de l'appareil digestif; on a vu ainsi l'éruption se produire à l'occasion de la dentition; plus souvent encore on l'a vue traduire l'irritation déterminée sur l'intestin par des vers de divers genres. Tel est le fait rapporté dans la thèse de M. de Saint-Avid, d'une femme de trente-six ans qui, de temps à autre, était sujette à de singulières crises, se traduisant par des vomissements, de la diarrhée, de l'agitation, des bâillements, des douleurs abdominales, de la dilatation pupillaire, le tout avec accompagnement d'urticaire. Tout cet ensemble morbide cessait par l'expulsion provoquée d'un lombric.

A fortiori, l'urticaire se produit-elle quelquefois, comme l'expression de troubles plus graves, tels que gastricisme chronique, catarrhe intestinal, lésions hépatiques.

Il est également des urticaires par réflexe utérin (métrite chronique, catarrhe utérin, déviation, tumeurs, troubles divers de la menstruation, grossesse, irritation mécanique entretenue par un pessaire dans le vagin, etc.). On l'a vue coïncider régulièrement avec des ménorrhagies.

L'urticaire a encore été observée, dans certaines affections du système nerveux (ataxie, leptoméningite épidémique, maladie de Basedow, certaines névroses). Il suffit même d'une simple commotion du système nerveux, d'une émotion, d'une colère, d'une peur, pour déterminer l'éruption.

Enfin, elle apparaît encore comme manifestation de certains troubles généraux, tels que le rhumatisme et la goutte, et elle est héréditaire. C'est ainsi que la disposition à l'urticaire est souvent innée et commune à plusieurs membres d'une même famille. De même elle sert de symptôme à des troubles généraux de l'économie, elle est l'expression d'un marasme général, du marasme sénile surtout, etc., etc.

En résumé, de cette énumération déjà fort longue, quoique incomplète, des diverses causes qui peuvent servir de prétexte à l'urticaire, il ressort deux points : Le premier, qui n'est pas contestable, c'est qu'une multiplicité de causes aussi diverses, aussi différentes que possible, peut présider à la genèse de l'urticaire, d'où il suit qu'elle n'est pas une maladie propre, mais un symptôme commun à une foule d'états morbides, comme la fièvre, par exemple, est le symptôme d'une foule d'affections des plus différentes.

Le second point c'est que l'urticaire, qui se produit d'une

(1) Fin. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 339.

façon si banale et si facile, à propos de tant et de tant de causes, doit avoir besoin, pour se produire, d'une prédisposition propre et tout à fait particulière, d'un terrain préparé, propice, tout le monde n'étant pas égal devant l'urticaire. Elle ne se développe, qu'en vertu d'une idiosyncrasie toute personnelle, toute individuelle, mystérieuse dans son essence, mais indéniable en fait.

Nous voici arrivés à la question du traitement.

Il est peu de maladies, contre lesquelles on ait essayé et préconisé un nombre de remèdes égal ou supérieur à celui qui compose, dans les livres ou les form laires, le traitement de l'urticaire. C'est par centaines, sans exagération, qu'il faudrait compter ici les médicaments et les médications proposés contre elle.

En l'espèce, ce qu'il faut, c'est rechercher les indications, et non les remèdes, analyser les cas, les distinguer, les différencier quant à leur origine, leur nature probable, leur importance, leur signification, et appliquer, à chacun d'eux, une médication rationnelle en principe, utile de par l'expérience.

Ainsi la fièvre ortiée étant un pseudo-exanthème, spontanément et fatalement résolutif, guérissant seul en six ou huit jours, on devra se borner à soulager les symptômes pénibles de la maladie, c'est-à-dire repos, diète relative, ne pas trop se couvrir sous peine d'exagérer le prurit, prendre des boissons tempérantes, acidulées. De plus, laxatifs légers si troubles gastriques; sédatifs (éther et bromure) si troubles nerveux.

S'il s'agit d'une urticaire *ab ingestis* : vomitifs si, quand on arrive auprès du malade, la substance nocive est encore dans l'estomac, sinon non, — et c'est là le cas usuel — aussi, dans ces conditions, un purgatif est-il préférable, comme éliminateur intestinal. Au delà, calmer l'irritation gastro-intestinale, par une diète relative, un régime approprié (nourriture légère, laitage, boissons alcalines, etc.).

L'urticaire est-elle sous l'influence de la dentition? La dent ne perce pas encore, l'évolution dentaire est difficile : incisez la gencive.

L'urticaire est-elle d'origine palustre, avec ou sans fièvre : sulfate ou bromhydrate de quinine.

Est-elle de nature vermineuse? Vermifuges appropriés à la qualité du ver.

Et ainsi de suite, traiter selon les indications.

On s'est efforcé de trouver un spécifique contre l'urticaire chronique, et l'on a préconisé, tour à tour, une foule de médicaments. Or, vu sa grande variété de causes, l'urticaire chronique est la dernière affection, pour laquelle on pourra trouver un remède spécifique. C'est, au contraire, tout spécialement à propos de cette forme d'urticaire, presque toujours symptomatique, qu'il convient de rechercher la cause, l'agent pathogène. De là, la nécessité d'une enquête méthodique, complète, minutieuse, de l'état général des malades (antécédents et troubles actuels, genre de vie, régime, milieu physique et moral, etc.).

L'urticaire est-elle parasitaire? Cherchez le parasite, et souvenez-vous qu'il n'existe pas qu'à l'hôpital, ou chez les pauvres gens, mais qu'en ville on le rencontre fréquemment aussi, puce ou punaise, etc.

L'urticaire est-elle de cause interne? Passez en revue la série de toutes celles qui sont susceptibles de mettre en action le réflexe ortié, et cherchez dans tous les coins de l'organisme, dans tous les viscères, l'agent provocateur de l'urticaire (estomac, intestin, foie, utérus, système nerveux). Après quoi vous agirez selon les indications causales, vous combattrez la diathèse, vous modifierez ou changerez le régime.

Enfin, dans toute urticaire, le symptôme commun, pénible, est le prurit, la démangeaison. Ici encore les remèdes pullulent plus que jamais : bains de tous genres, vinaigre, chloroforme, chloral, acide phénique, corps gras, poudres, etc., etc. Or, aucun d'eux n'est à recommander plus particulièrement, car tel d'entre eux, qui réussit chez l'un, échoue misérablement chez un autre.

Bref, dans la plupart des cas, on se contente, pour calmer le prurit : ou bien de quelques onctions avec un corps gras anodin (cold cream, vaseline), ou bien de quelques lotions avec de l'eau tiède, légèrement alcoolisée ou vinaigrée, ou avec de l'eau chloroformée à saturation, de l'eau chloralée, et consécutivement aspersion pulvérulente, avec la poudre d'amidon, de riz, etc. M. Vidal prescrit les lotions avec :

Hydrate de chloral.	3	grammes.
Eau de laurier cerise. . . .	50	—
Eau distillée.	200	—

J'ajoute que l'hygiène joue un rôle considérable dans le traitement de l'urticaire, il consiste surtout à éloigner toutes les causes possibles d'éruption, à éviter toutes les irritations susceptibles de réveiller l'éruption ortiée, à prescrire un régime très sévère : s'abstenir de tous excès alimentaires, des aliments même les plus inoffensifs, d'alcool, de viandes; vivre avec la plus grande sobriété, en arriver même, s'il le faut, à la diète végétale ou à la diète lactée.

QUATRE CAS D'ARTHRECTOMIE DU GENOU (1).

Par M. le docteur Delorme, professeur au Val-de-Grâce.

II

Obs. III. — *Arthrite fongueuse du genou gauche, tubercule circonscrit d'un condyle fémoral et nodus fongueux de la synoviale à son niveau. Ablation de la synoviale, de tous les ligaments, hormis le ligament postérieur, ablation de la rotule, évidement du condyle malade; guérison rapide* (2). — Q... (Pierre), vingt-quatre ans, soldat au 130e de ligne, né dans le Finistère, entré dans notre service, à l'hôpital du Val-de-Grâce, le 24 mai 1887, pour une affection du genou.

Il avait déjà, en décembre 1886, fait un séjour au même hôpital pour une hydarthrose. Sorti incomplètement guéri, il avait néanmoins repris son service, mais en mai, la jointure ayant subi un gonflement plus considérable, et les mouvements étant devenus douloureux, il entre dans nos salles.

Le blessé n'accuse aucun antécédent héréditaire ou acquis, outre l'hydarthrose qui était elle-même survenue sans cause connue. L'examen de la jointure n'a pas besoin d'être prolongé pour qu'on écarte le diagnostic d'hydarthrose simple, et qu'on s'arrête au diagnostic d'arthrite fongueuse. A peine plus épaisse qu'à l'état normal, au niveau de l'interligne et dans presque toute l'étendue de son prolongement sous-tricipital, la synoviale présente, par contre, en dedans, au niveau du condyle interne du fémur une masse de la grosseur d'une noix, molle, faussement fluctuante, nettement délimitée, se déplaçant légèrement, sous la pression du doigt.

Il s'agissait là évidemment d'un nodus tuberculeux synovial circonscrit. Les extrémités épiphysaires avaient leur volume normal, et les pressions exercées à leur niveau ne déterminaient

(1) Fin. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 379.
(2) Le blessé a été présenté à la Société de chirurgie.

pas la moindre douleur. Nous proposâmes au blessé l'arthrectomie. Il ne l'accepta pas tout d'abord, mais voyant son genou augmenter rapidement, au lieu de diminuer de volume, les tissus articulaires s'épaissir, il nous pria, un mois après, de l'opérer.

Pas d'hémostase préventive. Incision de Mackenzie. Le lambeau relevé, on découvre une synoviale d'un rouge vineux, très épaissie, présentant en dedans le nodus fongueux constaté à l'examen indirect, mais sous ce nodus nous trouvons une cavité creusée aux dépens du condyle interne du fémur, cavité remplie de matière tuberculeuse, fongueuse et caséeuse.

L'opération comporta l'ablation de toute la synoviale, par conséquent le sacrifice des ligaments latéraux, croisés, des ménisques, le raclage méthodique des culs-de-sac postérieurs, de la bourse du poplité, et l'évidement de la cavité du condyle interne profonde de deux centimètres et des diamètres de l'index. C'était sans doute par ce nodus que l'affection avait débuté. Ablation de la rotule bien qu'elle ne soit pas malade, pour faciliter l'adaptation régulière du lambeau.

Passons rapidement sur les autres détails de cette observation : Pansement analogue à celui des autres blessés. Pendant les trois premiers jours, pas de réaction. Le soir du quatrième jour, la température monte à 39 degrés. Nous n'avions pas encore levé le pansement. A sa levée, nous voyons sourdre, de l'orifice du drain postérieur, quelques gouttes de liquide louche. Lavages avec des solutions phéniquées fortes. L'écoulement cesse le surlendemain. Le dixième jour, les fils profonds sont enlevés ainsi que les drains, qui sont remplacés par des crins de cheval. La cicatrisation est complète. Vers le quinzième jour, bourgeon fongueux au niveau de l'orifice d'un des drains, cautérisation au fer rouge. Quelques jours plus tard, la peau qui recouvrait la rotule est soulevée par du pus. Incision, lavage phéniqué ; la suppuration est tarie le lendemain, mais la cicatrice s'ulcère par places et malgré les cautérisations, les attouchements iodés, ces ulcérations se cicatrisent lentement.

Aujourd'hui, six mois après l'intervention, la guérison est complète, le blessé marche depuis un mois, le genou ankylosé dans l'extension et non soutenu pendant la marche, comme chez nos autres blessés d'ailleurs.

Le résultat constaté par les membres de la Société de chirurgie était donc de tous points satisfaisant, et étant donnée la lésion que présentait le condyle interne du fémur, il est permis de penser qu'aucun mode de traitement, autre que l'arthrectomie ou la résection, n'eût permis de l'obtenir.

Ce succès s'est maintenu. Le blessé n'a quitté le service que quatre mois plus tard, et le genou continuait à ne présenter aucune trace de lésion. Cet homme marchait une grande partie de la journée sans soutien, très aisément, et il aidait les infirmiers à frotter les parquets. L'ankylose était complète et rectiligne.

Obs. IV. — *Arthrite tuberculeuse du genou droit. Lésions paraissant intéresser plutôt les os que la synoviale. Arthrectomie. Ablation de la synoviale du cul-de-sac sous-tricipital, de la rotule atteinte d'ostéite, excision du condyle externe du fémur, curage de longs diverticules cruraux ; guérison très rapide.* — Ch..., trente-deux ans, soldat réserviste écroué à Bicêtre, entre le 9 octobre 1886, dans le service de M. Richard, professeur agrégé aux Détenus. Sa mère est morte d'une affection de poitrine. Quant à lui, il n'a jusqu'ici été atteint que de rhumatismes articulaires, faciles à expliquer par sa profession de « plongeur en scaphandre ».

A son entrée, le genou est le siège de douleurs excessivement vives, d'élancements très aigus, rappelés par la moindre pression ou par le plus léger mouvement imprimé à la jointure, le gonflement est considérable, la peau qui recouvre l'article est rouge, œdémateuse. L'appétit est resté néanmoins bon et la température est presque normale. L'immobilisation, la compression, l'extension continue, les cautérisations répétées, ont fait disparaître le gonflement, mais les douleurs persistent.

En avril 1887 nous voyons le blessé, l'article est à peine gonflé, il est ankylosé. La pression réveille des douleurs vives sur les bords de la rotule, au niveau du condyle externe et dans la face antérieure de la cuisse, au-dessus des limites de l'article. Cependant la synoviale ne paraît pas épaissie, les os ont leur volume normal, nous conseillons d'attendre et de revenir aux traitements déjà utilisés. Le médecin traitant, témoin des douleurs du blessé, le blessé qui les endurait, nous prient d'intervenir. Nous persistons à conseiller l'attente.

En juin 1887, l'état était le même, les pressions du médecin traitant et du blessé non moins vives, nous pratiquons alors l'arthrectomie, avec l'assistance de nos collègues Richard et Vautrin.

Incision de Mackenzie sans hémostase préalable. Après avoir relevé notre grand lambeau, nous ne sommes pas peu surpris de voir toute la face articulaire de la rotule atteinte d'ostéite et présentant un sequestre de la grosseur d'une pièce d'un franc et de quelques millimètres d'épaisseur. La rotule est enlevée, la synoviale du cul-de-sac sous-tricipital abrasée, mais comme ses altérations ne semblaient pas s'étendre sur les parties latérales, nous ne pénétrons pas plus profondément dans l'article. Par contre, nous suivons, avec la curette, un diverticule rempli de fongosités jaunâtres qui se prolonge vers les insertions du grand adducteur, d'autres qui s'étendent sous le triceps, jusqu'au tiers moyen de la cuisse. Enfin, comme le blessé se plaignait d'une douleur vive au niveau du condyle externe, nous l'évidons sans rien trouver.

Pansement à l'ordinaire. Pas de drainage, compression énergique.

Suites des plus bénignes, ablation des sutures profondes le dixième jour. Réunion complète, si ce n'est au niveau du ligament rotulien où de petites portions du tendon tendent à se sphacéler. Le quinzième jour nous avons à ouvrir un petit abcès dans la loge rotulienne. Après un lavage phéniqué, la suppuration se tarit. De plus, nous constatons que, sur certains points de l'étendue de la plaie, la peau, altérée par des applications réitérées de pointes de feu, s'est sphacélée superficiellement, sans donner lieu à de la suppuration. Ces portions sphacélées sont éliminées au bout d'un mois.

Quand le blessé fut présenté à la Société de chirurgie à la fin de 1887, avec le précédent malade, la guérison était complète et le résultat des plus satisfaisants. Cet homme marchait depuis deux mois déjà, le genou ankylosé dans la rectitude. La marche était si facile et la station si assurée, qu'en revenant de la Société de chirurgie, ce soldat libéré refusa de rentrer à l'hôpital, malgré la résistance que lui opposait l'infirmier qui l'accompagna, et qu'il gagna à pied la gare de l'Ouest.

Il y a quelques mois (janvier 1888), il nous écrivait pour s'excuser de son escapade, et en nous « remerciant de nos bons soignements », il nous annonçait qu'il était *porteur de sacs* à la halle de Rouen.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

La phthisie pulmonaire (1), par Hérard, Cornil et Hanot.

La première édition de ce livre avait paru en 1866. Le traité de la phthisie de MM. Hérard et Cornil eut alors un grand et légitime succès.

Depuis cette époque, des progrès considérables ont été réalisés dans la connaissance de la tuberculose ; les travaux de Thaon, Grancher, Charcot ont définitivement établi l'unité de la tuberculose, et pleinement confirmé les vues de Laënnec. Villemin en a démontré l'inoculabilité ; Koch a découvert son bacille pathogène. L'étude de la tuberculose, pendant longtemps délaissée, est devenue plus vivante que jamais. Elle a suscité des recherches nombreuses, tant expérimentales que cliniques et

(1) In-8°. 2e édition. Prix : 20 francs. — Paris, F. Alcan.

anatomo-pathologiques. Les tuberculoses locales ont été si bien étudiées, que du coup la scrofule, sinon le lymphatisme, est venu se fondre dans la tuberculose. Les portes d'entrée de la bacillose ont été déterminées, son mode de propagation et d'implantation dans l'organisme nettement établi. En face de ces lumineuses découvertes, le problème de la prophylaxie et du traitement s'est posé dans des termes nouveaux.

MM. Hérard et Cornil ont pensé, que le moment était venu de remanier leur traité de la phthisie et d'en donner une seconde édition mise au courant des récentes découvertes. Ils se sont adjoint M. Hanot auquel on doit déjà, dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, un article « phthisie » dont on a pu dire qu'il était le testament de la tuberculose, à la veille du bacille (1879).

On connaît la compétence très grande de M. Cornil en anatomie pathologique, la grande expérience pratique, l'habileté clinique de M. Hérard. C'est une rare bonne fortune que de posséder un traité de la phthisie signé de ces trois noms.

On ne peut attendre de nous une analyse détaillée d'un ouvrage de ce genre. Nous nous contenterons de signaler les chapitres qui ont été ajoutés, et ceux qui ont été le plus modifiés.

Le livre commence par une étude générale de la tuberculose; sans elle, il eût été impossible de comprendre la phthisie pulmonaire, dans ses formes anatomo-pathologiques et, par conséquent, dans ses formes cliniques. Cette étude est illustrée par des figures en couleur, qui font comprendre d'un coup d'œil la structure des produits tuberculeux, et le rôle des bacilles dans leur genèse. On y trouvera ce qui concerne la nature parasitaire, l'anatomie pathologique et l'étude expérimentale du tubercule considéré en général ou en particulier, dans les divers organes.

Vient alors le chapitre de l'étiologie, qui débute, comme de juste, par l'exposé des recherches des faits relatifs à l'inoculation; l'étude de la contagion s'y relie tout naturellement. Les auteurs étudient ensuite l'influence de l'hérédité, la consanguinité, l'innéité; puis les diverses causes prédisposantes. Après avoir déterminé la nature de la graine morbide, il faut rechercher, en effet, les qualités de réceptivité du terrain sur lequel elle tombera, quelles sont les circonstances qui favorisent son implantation et son éclosion; près de 100 pages sont ainsi consacrées à l'étiologie de la phthisie pulmonaire.

La quatrième partie de l'ouvrage se rapporte à la symptomatologie.

On sait avec quelle exactitude et quelle vérité clinique, l'histoire de la phthisie habituelle était faite dans la première édition; dans la nouvelle, la description de la phthisie aiguë, dans ses diverses formes, a été très heureusement remaniée, nous la signalons tout particulièrement à l'attention des lecteurs.

La cinquième partie s'occupe du traitement : elle compte près de 200 pages. On y trouvera l'exposé des tentatives faites, pour faire profiter la thérapeutique des conquêtes de la pathogénie, l'exposé de la bactériothérapie, comme disent les auteurs eux-mêmes; les inhalations sont particulièrement étudiées; on sait qu'elles donnent d'heureuses promesses. Viennent alors des chapitres consacrés au traitement hygiénique, au traitement médicinal, et enfin au traitement des symptômes prédominants et de certaines complications.

Le traitement hygiénique, sur lequel il est spécialement insisté, comprend deux parties : l'alimentation et l'aération. Sous ce dernier motif, l'aération, on trouvera des renseignements intéressants et pratiques, sur les diverses stations recommandées aux phthisiques, particulièrement sur les stations hivernales de la Méditerranée.

Cette seconde édition, très sérieusement revue et fortement augmentée, donne l'idée d'un ouvrage excellent à sa première édition : c'est, à notre sens, le meilleur éloge que l'on puisse faire d'un livre qui a subi une semblable transformation.

Albert Mathieu.

MINISTÈRE DE LA MARINE & DES COLONIES

Tableau supplémentaire d'avancement des officiers du corps de santé de la marine.

1° *Pour le grade de médecin en chef* : M. Treille.

2° *Pour le grade de médecin principal* : MM. Guyot, Ayme et Burot.

3° *Pour le grade de médecin de première classe* : MM. Gouzien, Chassériaud et Offret.

4° *Pour le grade de pharmacien principal* : M. Lapeyrère.

5° *Pour le grade de pharmacien de première classe* : M. Peyron.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 31 mars 1888, M. Gavarret, inspecteur général de l'enseignement supérieur, pour l'ordre de la médecine, a été nommé inspecteur général honoraire de l'instruction publique.

M. Berthelot, inspecteur général de l'enseignement supérieur, pour l'ordre des sciences, a été nommé inspecteur général honoraire de l'instruction publique.

— Par décrets, en date du 6 avril 1888, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. Caraès et Descous, docteurs en médecine, médecins auxiliaires de deuxième classe de la marine.

— *Distinctions honorifiques.* — M. le docteur Zoéros pacha vient de recevoir la croix d'officier de la Légion d'honneur.

M. le lieutenant-colonel docteur Alexandre bey a été décoré de la quatrième classe de l'ordre impérial du Medjidié.

M. le docteur Ducas, médecin sanitaire du parloir, a reçu la troisième classe de l'Osmanié.

M. le docteur Couvara, médecin sanitaire, est décoré de la quatrième classe du Medjidié.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. Parmentier, interne des hôpitaux, est nommé moniteur des travaux pratiques d'anatomie pathologique, en remplacement de M. Clado, appelé à d'autres fonctions.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur de Robert de Latour, qui vient de mourir à Saint-Cloud, à l'âge de quatre-vingt-six ans. Ce regretté confrère nous rappelle le grand mouvement d'opinion soulevé par notre si éminent confrère et ami Marchal (de Calvi) et auquel nous fûmes si heureux de nous associer. Grâce à un véritable scrutin professionnel, M. de Robert de Latour reçut la croix de chevalier de la Légion d'honneur.

— M. Béhal soutiendra, devant la Faculté des sciences de Paris, le 12 avril 1888, à huit heures et demie, pour obtenir le grade de docteur ès sciences physiques, la thèse suivante: « Contributions à l'étude des carbures acétyléniques. »

— M. le professeur P.-P. Dehérain commencera son cours de physiologie végétale, le mardi 10 avril 1888, à deux heures, dans l'amphithéâtre de la galerie de minéralogie du Muséum et le continuera les samedis et les mardis suivants à la même heure.

Il étudiera les plantes cultivées dans la région septentrionale de la France. Les méthodes analytiques, employées dans les recherches de physiologie végétale, seront l'objet de démonstrations pratiques dans le laboratoire, rue de Buffon, 63; elles auront lieu immédiatement après les leçons d'amphithéâtre.

— Le cours d'accouchement et de maladies des femmes et des enfants de M. le professeur Tarnier, suppléant de M. le docteur Ribemont-Dessaignes, aura lieu à dater du 11 avril, à midi un quart, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, les lundis, mercredis et vendredis de chaque semaine.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 43. — JEUDI 12 AVRIL 1888. 61e ANNÉE. JEUDI 12 AVRIL 1888. — N° 43.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE	3 mois : 8 fr. 50.	— 6 mois : 16 fr.	— 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. .	3 mois : 10 fr. »	— 6 mois : 18 fr.	— 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

En voyant monter à la tribune M. Diday (de Lyon), on pouvait croire que la discussion sur la prophylaxie publique de la syphilis, close dans la dernière séance, allait se rouvrir; le savant syphiliographe lyonnais s'est empressé de rassurer l'Académie à cet égard, en déclarant, dès les premiers mots, qu'il ne voulait nullement agiter de nouveau les questions fondamentales litigieuses qui avaient été discutées avec tant de compétence par l'Académie. Son intention était seulement de montrer comment quelques-unes des difficultés signalées au cours de cette discussion pourraient être résolues à l'aide des ressources que l'on possède sans demander aux pouvoirs publics de nouvelles armes. L'argumentation de M. Diday vise surtout ce nouveau mode de prostitution qui s'exerce d'une façon si dangereuse, à tous les points de vue, dans les débits de vin et les brasseries à filles, et auquel il donne le nom de prostitution *entr'ouverte*, par opposition aux dénominations de prostitution *fermée*, pour les maisons de tolérance, et de prostitution *ouverte*, pour la prostitution clandestine, proprement dite.

La séance a été occupée ensuite par plusieurs lectures : l'une de M. J. Chatin, sur un helminthe assez fréquent chez le porc, le strongle paradoxal; une autre de M. Worms, sur un nouveau produit tiré de la houille, la saccharine, envisagée au point de vue de l'hygiène et de la thérapeutique; enfin par deux communications, l'une de M. Tardieu sur la présence du fluor dans les eaux du Mont-Dore, et l'autre de M. Peyraud (de Libourne), relative à des expériences d'une réelle importance sur la rage tanacétique et la rage vraie.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. A. DESPRÉS.

Kyste dermoïde de la fossette sus-sternale.

(Leçon recueillie par M. A. TUILANT, interne du service.)

Nous avons à opérer aujourd'hui un jeune homme de dix-neuf ans, entré depuis quelques jours à l'hôpital. Il porte une tumeur occupant la fossette sus-sternale et empiétant, par son extrémité inférieure, sur la face antérieure de la première pièce du sternum.

Ce jeune homme est d'une faible constitution. Il présente des antécédents strumeux héréditaires et personnels parfaitement caractérisés. Cependant il n'a jamais été sérieusement malade, sauf au mois de février dernier, époque à laquelle une varioloïde l'a retenu au lit pendant une quinzaine de jours.

Le début de l'affection remonte à six ans, au dire du malade. Pendant quatre ans, l'évolution de la tumeur s'est faite lentement, sans jamais occasionner aucun trouble du côté des voies respiratoires et circulatoires; ce n'est que depuis deux ans qu'elle a progressé d'une façon sensible, et qu'elle est arrivée au point où nous la voyons aujourd'hui. Elle aurait un peu grossi après la variole.

Cette tumeur siège sur la fourchette sternale; elle remonte un peu du côté du larynx et descend sur la face antérieure de la première pièce du sternum. Latéralement, elle est limitée par les tendons des muscles sterno-mastoïdiens. Sa forme est ovoïde, son volume ne dépasse pas celui d'un œuf de poule. Elle ne présente ni bosselures, ni inégalités. La peau glisse facilement à sa surface; par sa base, au contraire, elle semble adhérer assez fortement aux plans profonds. Elle donne, par la palpation, la sensation d'une fausse fluctuation assez analogue à celle du sarcome mou. Pas de battements, pas de changements de coloration à la peau. Enfin elle est absolument indolore.

Les mouvements d'élévation et d'abaissement du larynx dans l'acte de la déglutition ne se transmettent pas à la tumeur. Pas de symptômes de compression de la trachée ou des vaisseaux de la base du cou. Cependant si l'on exerce une pression, même assez légère, sur la tumeur, on provoque chez le malade du cornage et un léger accès de dyspnée.

L'exploration des aisselles et des aines fait constater la présence de ganglions. Mais nous avons dit qu'à son entrée à l'hôpital le malade était convalescent d'une variole légère; par suite, les renseignements fournis par l'exploration de ces régions n'ont aucune valeur diagnostique.

Et de fait, il est difficile de nous prononcer nettement sur la nature de la tumeur, d'après les signes que nous a donnés un examen attentif, parce que la tumeur à laquelle je songe est d'une rareté exceptionnelle, et qu'il n'y a pas de cas signalés dans la science pour cette région.

Quatre hypothèses peuvent être émises. L'on se trouve en présence : ou d'un kyste dermoïde, d'un kyste sébacé

congénital avec poils et produits épidermiques ; ou d'un abcès froid ; ou d'un sarcome ; ou bien encore d'une tumeur myéloïde, ancienne tumeur à myéloplaxe des os.

Le mode d'évolution de la tumeur, ses caractères fonctionnels et physiques, nous permettent d'éliminer de notre diagnostic les anévrysmes, vu l'absence de tout battement, les kystes hydatiques et les kystes développés aux dépens d'un lobe accessoire du corps thyroïde ou d'un débris du thymus. J'élimine volontiers le cancer myéloïde, sa marche est généralement plus rapide que dans le cas présent; il s'observe du reste rarement avant quarante-cinq ans. En sorte que des quatre hypothèses que nous avons émises, celle-ci nous paraît de beaucoup la moins probable.

Le sarcome, particulièrement le sarcome enkysté, peut évoluer pendant plusieurs années sans occasionner des troubles notables dans la santé générale. Plusieurs des signes physiques que nous avons constatés chez notre malade peuvent se rapporter à un sarcome de ce genre. Mais, d'autre part, une ponction ayant été faite sans résultat, et n'ayant donné issue à aucun liquide, le diagnostic de sarcome ne devra être admis qu'avec les plus grandes réserves, en raison de la grande vascularité de ce genre de tumeur que rien n'a révélée.

Il nous reste à envisager deux hypothèses : celle d'abcès froid enkysté, à parois épaisses, et celle de kyste dermoïde. Dans ces deux cas, en effet, le résultat négatif de la ponction, faite avec une seringue de Pravaz, ne prouve rien. L'abcès froid a pour lui les antécédents strumeux du sujet, mais c'est tout. Nous penchons davantage pour le diagnostic de kyste dermoïde, et si la tumeur siégeait un peu plus haut, nous serions encore plus en droit de poser ce diagnostic. Il nous faut, pour affirmer l'existence du kyste dermoïde, nous écarter de ce principe qui fait diagnostiquer entre deux affections celle qui est la plus commune et dont il existe déjà des exemples dans la science. Je ne connais pas, en effet, de cas de kystes dermoïdes de la fourchette sternale publiés dans nos annales scientifiques. Au surplus, les kystes dermoïdes de la région cervicale s'y rencontrent généralement, en raison de la disposition naturelle des arcs bronchiaux, au-dessus du larynx ou plus rarement en avant du cartilage thyroïde.

Quoi qu'il en soit, le pronostic est favorable ; nous pouvons affirmer que nous n'avons pas affaire ici à une tumeur de mauvaise nature, et nous allons en pratiquer l'ablation avec sécurité.

Opération. — Pour pratiquer l'ablation, le malade étant chloroformisé, la peau est incisée suivant une légère courbe de 12 centimètres d'étendue qui embrasse par sa concavité la base de la tumeur dans sa moitié gauche.

Le lambeau cutané, ne présentant pas d'adhérences avec le kyste, se laisse disséquer facilement; il s'agit, en effet, d'un kyste dermoïde, et ceux-ci sont toujours sous-cutanés.

Il n'en est pas de même de la base de la tumeur qui adhère intimement au périoste sternal et aux fibres des muscles sous-hyoïdiens, ceux-ci la séparant des gros troncs vasculaires de la base du cou, les troncs brachio-céphaliques artériels et veineux. Aussi la dissection de la tumeur, dans cette zone dangereuse, se fait-elle lentement et pour ainsi dire fibre par fibre. L'opération terminée, le lambeau est rabattu sur la plaie et maintenu par deux points de suture entortillée; un drain est placé dans la partie non réunie de la plaie. Pansement : linge troué enduit de cérat recouvert de charpie imbibée d'eau et d'alcool camphré.

Pendant les quatre ou cinq jours qui suivent l'opération, la température du malade oscille entre 38 et 39 degrés ; le sixième jour, la température retombe à la normale. Le douzième jour, la plaie opératoire est presque complètement cicatrisée.

Examen de la tumeur. — La tumeur que nous avons enlevée, incisée suivant son grand diamètre, renferme une matière grumeleuse et sébacée, présentant une coloration jaune grisâtre. Ce magma, dissocié sous un filet d'eau, ne renferme ni poils, ni parcelles cartilagineuses.

Les parois du kyste ont une épaisseur inégale suivant le point où on les examine. Au niveau de la partie adhérente, on rencontre deux plaques indurées, cartilaginiformes, de la grandeur d'une pièce de 20 centimes, et présentant une épaisseur d'un demi-centimètre environ. En avant, au contraire, les parois du kyste n'ont pas plus de 1 millimètre d'épaisseur.

Sa face externe est recouverte de fibres musculaires visibles à l'œil nu, détachées des muscles sous-hyoïdiens. Sa face interne est lisse et grisâtre dans la plus grande partie de son étendue. En certains points, particulièrement au niveau des parties indurées et épaissies, elle présente une coloration rouge foncé et une surface légèrement rugueuse.

L'examen histologique de la pièce a été fait dans le laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté, par M. Toupet, qui a bien voulu nous donner le résultat de cet examen :

La matière grumeleuse du kyste est composée de grandes cellules mortifiées, assez analogue aux produits sébacés.

Sur des coupes comprenant la pellicule blanchâtre qu'on voit à l'œil sur la face interne de la paroi du kyste, on constate de dedans en dehors :

1° Une couche de cellules mortifiées analogues à celles de l'intérieur du kyste ;

2° Des cellules aplaties colorées en rose par le picro-carmin ;

3° Une couche de cellules épithéliales renfermant de belles granulations d'éléïdine ;

4° Une zone de cellules dentelées, limitée par une couche régulière de cellules allongées à noyaux colorés, qui s'implantent dans la couche fibreuse sous-jacente.

Ces différentes couches, qui constituent un épiderme, présentent des sinuosités en rapport avec les papilles.

Au-dessous, on trouve du tissu cellulaire assez dense et, çà et là, des glandes sébacées entières un peu dilatées.

Les poils ne paraissent pas très nombreux, quoique nous ayons pu en constater une coupe très nette.

HOPITAL NECKER. — M. Peter.

I. Fausses couches, accidents puerpéraux. — II. Attaque rhumatismale avec synovites tendineuses. — III. Rétrécissement mitral.

I. Après avoir perdu, il y a quelques jours, une femme qui, convalescente d'une fièvre typhoïde assez bénigne, avait fait une fausse couche donnant naissance à un fœtus mort, nous avons reçu, dans notre service, une jeune fille, laquelle a avorté aussi au troisième mois de sa grossesse, et a été prise tout à coup d'un violent frisson, suivi bientôt d'une élévation de la température à 39 degrés.

Bientôt, elle se plaignait d'une douleur vive dans la

corne gauche de l'utérus, mais grâce à une application immédiate de sangsues, une amélioration rapide se produisit. En effet, le lendemain matin, la douleur avait très notablement diminué, la température était tombée d'un degré, à 38 degrés, et le soir à 37°6. Depuis lors, elle oscillait autour de ce dernier chiffre quand, trois jours plus tard, cette jeune fille, quelque peu légère, commit certaines incartades et vit la fièvre reparaître, aussi intense que le premier jour, avec une température de 39 degrés le soir.

Aussitôt, et sans perdre de temps, je faisais appliquer un vésicatoire sur les régions malades. Aussi, dès le lendemain matin, la température était revenue à 37°4 et le soir à 37°6, en même temps que les douleurs diminuaient beaucoup d'intensité, et qu'une amélioration générale se produisait. Quelques jours plus tard, la malade entrait en pleine convalescence.

Elle avait donc, en réalité, contracté une fièvre puerpérale, par suite de son séjour, après une fausse couche, dans une salle où déjà une autre malade avait succombé quelques jours auparavant à la même affection.

Je dois ajouter que, chez elle, les piqûres de sangsues, au lieu de se cicatriser promptement, ont suppuré, et qu'elles suppurent encore aujourd'hui, seize jours après leur application. Pourquoi? parce qu'une femme, atteinte d'accidents puerpéraux, suppure en raison même de la leucocythose qui est l'état physiologique de toute femme enceinte. C'est là un fait petit en apparence, mais gros cependant de conséquences cliniques et pratiques.

D'autre part, nous avons une jeune femme qui, enceinte de sept mois passés, a été prise dans le service d'un érysipèle. Pendant un certain temps, nous avons continué à percevoir le bruit fœtal, mais peu à peu les pulsations du cœur du fœtus ont faibli, se sont ralenties, puis, ces jours derniers, nous ne les avons plus entendues. De plus, depuis trois jours, la femme ne sent plus l'enfant remuer. Il est donc très probable que cet enfant est mort, par suite de l'érysipèle très intense de sa mère, érysipèle qui avait succédé à une fièvre catarrhale; il a succombé aux deux accidents morbides, dont sa mère a été successivement atteinte, et auxquels elle a pu résister, tandis que le fœtus offrait une résistance moindre.

Actuellement l'érysipèle de cette femme présente encore une certaine intensité, du moins comme tuméfaction de la face, car l'appareil fébrile a complètement disparu. La température est normale et le nombre des pulsations ne dépasse pas 80.

Or, si cet enfant est mort, comme cela est tout probable, je le répète, la mère va faire une fausse couche, et entrer dans l'état puerpéral, d'autant plus que, dans la salle où elle est placée, — nous n'avons pas pu faire autrement, — elle est en plein milieu nosocomial, puisque nous avons eu déjà deux cas de fièvre puerpérale. Elle entrera dans l'état puerpéral, et, situation plus grave, étant déjà affaiblie par les deux maladies antérieures successives, qui l'ont assez fortement déprimée. De là grandes probabilités pour que l'état de cette femme devienne grave, et qu'elle ait des chances de succomber à son tour.

Il est vrai que, aussitôt qu'elle aura fait sa fausse couche, nous surveillerons, avec le plus grand soin, sa région hypogastrique, pour, à la moindre première douleur, appliquer des sangsues, de façon à enrayer, si possible, le mal dès le début.

II. Au n° 12 de la salle des hommes, nous avons, en ce moment, un jeune homme de vingt et un ans, garçon de restaurant depuis peu de temps. Il est entré hier à l'hôpital et je l'ai vu ce matin pour la première fois.

Il est atteint d'accidents morbides, qu'il attribue à la fatigue de sa profession et à l'état de moiteur, de transpiration continue dans lequel il se trouve. Il s'agit d'un rhumatisme développé sous la forme d'arthrites des deux genoux, et de synovite tendineuse de la face dorsale de la main gauche (la main droite a déjà été prise ces jours-ci avant la gauche), ce qui prouve que nous avons affaire à une affection vagabonde, et que le rhumatisme n'est pas une inflammation, mais une fluxion.

Nous trouvons de la tuméfaction, de l'endolorissement et de l'épanchement, depuis les insertions des tendons, qui constituent la patte d'oie (synovite tendineuse), quoique le malade n'ait pas de blennorrhagie; nous trouvons de la tuméfaction et de la douleur aussi, sur la face dorsale et supérieure de la main gauche.

Il s'agit donc bien d'une attaque rhumatismale, dont le début remonte à douze jours, qui a commencé par des frissons, un mal de gorge très intense, auxquels ont succédé, dès le lendemain, les premières douleurs des genoux. Celles-ci persistent encore aujourd'hui, de même que l'angine encore un peu ce matin. Mais n'aurait-elle pas été le début de quelque scarlatine, passée méconnue? Je dis cela, parce que, à l'heure actuelle, nous constatons, chez ce malade, une véritable desquamation sur les points où la desquamation scarlatineuse a lieu d'ordinaire, c'est-à-dire dans les plis de la peau, où celle-ci est la plus mince, dans les plis articulaires, sur la poitrine. C'est ainsi qu'il arrive encore assez souvent, que la scarlatine passe inaperçue, quand l'éruption n'atteint pas la face.

Chez ce jeune garçon, la desquamation est surtout prononcée dans les plis axillaires et inguinaux, ce qui n'est pas un phénomène ordinaire dans le rhumatisme. Mais, d'autre part, sa langue n'est pas celle de la scarlatine, elle est saburrale.

Bref, comme diagnostic absolu, le problème n'est pas facile à résoudre.

Le rhumatisme scarlatin a une évolution et un pronostic différents du rhumatisme rhumatismal franc. Il peut s'observer dès le début de la scarlatine, à une époque voisine de la défervescence, ainsi que pendant la convalescence. Il est toujours moins grave pendant la période d'état de la scarlatine que pendant la convalescence, où il offre une certaine tendance à la torpidité, à la chronicité, soit avec hydarthrose, soit avec suppuration. De plus, il atteint surtout les poignets, sans que nous en sachions la raison.

Or, chez notre malade, les poignets sont indemnes et nous observons, en dehors des genoux, sièges d'un épanchement articulaire persistant et douloureux, de la synovite tendineuse, comme dans le cas de blennorrhagie. Enfin, nous avons constaté ce matin de l'endocardite, prouvée par un bruit de souffle très intense à la pointe, c'est-à-dire une certaine tuméfaction des lames valvulaires de la mitrale. Il y a encore un bruit de souffle à la base, dû soit aux valvules sigmoïdes, soit à un mouvement fébrile.

Par contre, nous ne trouvons rien du côté du péricarde, quoique, dans le cas de scarlatine, il y ait tendance à de la péricardite, avec épanchement liquide pouvant aller jusqu'à la purulence.

En résumé, je vais traiter ce malade comme un rhumatisant, c'est-à-dire par le salicylate de soude à la dose de

4 grammes, et je crois qu'il cédera à l'influence de ce médicament, quelle que soit sa genèse, scarlatineuse ou non scarlatineuse.

Ce jeune garçon en est aujourd'hui au seizième jour de son rhumatisme, et cependant le mal n'a pas cédé. Si le souffle augmente, j'aurai recours à l'application d'un vésicatoire sur la région précordiale.

III. Quelques mots maintenant sur deux autres malades, qui présentent tous deux des lésions analogues, malgré de grandes différences dans leur état : un rétrécissement mitral.

Le premier, le n° 7, une jeune fillette, a tous les attributs et la symptomatologie du rhumatisme : figure cyanosée, rouge, congestive par stagnation, joues et nez froids, troubles sub-asphyxiques de l'hématose. Elle est entrée pour des palpitations et de l'étouffement, dont le début est un rhumatisme à l'âge de dix ans; pouls petit, irrégulier, peu fréquent; à l'auscultation, signes du rétrécissement mitral.

Or, ce rétrécissement quelquefois ne donne lieu à aucun signe, tandis que, dans d'autres cas, les phénomènes sont des plus complexes. Ainsi quelquefois, il n'y a pas le moindre souffle, ni aucun trouble dans le rythme du cœur : par contre, on trouve tout à la fois, chez le même sujet, souffle diastolique, souffle présystolique, souffle systolique et dédoublement des deux temps.

Lorsqu'il n'y a ni souffle ni modification du rythme, cela tient à ce que l'oreillette gauche n'est pas hypertrophiée. Pourquoi, dans d'autres cas, y a-t-il souffle systolique? Parce que la lésion de l'orifice mitral est le premier accident en date, c'est-à-dire l'épaississement des lames valvulaires, qui se soudent entre elles. En général, la lésion débute par l'insuffisance mitrale, et le rétrécissement ne vient qu'après. Voilà pourquoi on perçoit alors deux souffles : systolique et présystolique. Mais comment expliquer le dédoublement du deuxième bruit? Lorsque les deux ventricules sont sains, ils se contractent en même temps; mais s'il existe un rétrécissement, le sang ne pénétrant plus librement de l'oreillette gauche dans le ventricule gauche, la concordance dans les contractions ventriculaires se trouve rompue, et l'un des deux retarde sur l'autre, de là dédoublement du deuxième bruit.

Chez certains malades, il arrive qu'après avoir très nettement perçu les bruits que nous venons d'indiquer, on n'entend plus rien: le fait est grave alors, car il tient à une défaillance du cœur. C'est là ce qu'on observe chez le deuxième malade, où le rétrécissement mitral n'est point d'origine rhumatismale, mais tient à une mauvaise structure de l'épithélium cardiaque. C'est ainsi qu'à certains jours, nous entendons des bruits très nets, et d'autres jours nous ne percevons rien du tout. Je suis d'autant plus certain du fait que je suis ce malade depuis près de quatre ans, l'ayant soigné d'abord à la Charité, puis ici.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 avril 1888. — Présidence de M. HÉRARD.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Duguet qui se porte candidat à la place déclarée vacante dans la section de pathologie médicale;

2° Une note de M. le docteur Pigeon (de Fourchambault), intitulée : « Contribution à l'étude des épidémies de variole »;

3° Une note de M. le docteur Ripault (de Dijon) sur l'action réciproque des pôles (électricité) et sa signification médicale;

4° Un travail de M. le docteur Charmaux (de Vichy), relative à l'action de la présure de lait sur les fonctions digestives chez les diabétiques et les goutteux.

LECTURES

Le strongle paradoxal. — M. JOANNÈS CHATIN présente un ver observé chez un malade atteint de troubles intestinaux. C'est le *strongle paradoxal*, assez fréquent chez le porc, mais très rare chez l'homme où il n'a été signalé qu'une seule fois, en 1845. Ce parasite devient particulièrement redoutable lorsqu'il se multiplie dans les voies respiratoires qui semblent représenter la station la plus favorable à son développement.

En retraçant le mode d'évolution du strongle paradoxal, M. Joannès Chatin montre que cet helminthe se propage surtout par l'eau prise en boisson. Aussi ne saurait-on s'élever trop énergiquement contre l'usage de ces eaux regardées comme « potables » et qui, en réalité, sont fréquemment souillées par la présence de nombreux germes aptes à se développer dans le corps humain, en y déterminant de graves affections parasitaires.

Assainissement méthodique de la prostitution. — M. DIDAY (de Lyon). La transformation de nos mœurs et de nos habitudes sociales, en créant de nouveaux besoins, devait par cela même susciter une nouvelle organisation des moyens destinés à y satisfaire. Comme de beaucoup d'autres, il en est ainsi du milieu prostitutionnel.

Jadis, cette industrie n'avait que deux genres, elle ne s'exerçait que de deux manières : régulièrement dans les maisons de tolérance; clandestinement un peu partout; c'est-à-dire prostitution *fermée*, prostitution *ouverte*. Il faut aujourd'hui compter avec une troisième manière, la prostitution *entr'ouverte*, celle qui a pour théâtres les brasseries, les débits de boissons et autres établissements desservis par des filles, et qui attend sa législation ou, pour mieux dire, sa police, car on n'a proposé que celle qui s'applique aux deux autres : l'inscription, qui, excellente pour les anciens modes, est contre-indiquée dans l'espèce.

Après avoir éliminé de sa discussion la vraie prostitution clandestine contre laquelle la répression la plus rigoureuse est encore la mesure la meilleure, M. Diday étudie les deux autres groupes, les maisons de tolérance et les brasseries, au point de vue de leur personnel féminin et de leur clientèle masculine, et des mesures qui seraient applicables touchant l'assainissement de la prostitution.

Il cite notamment ce qui s'est fait, sous ce rapport, à Lyon : en 1875, où le préfet, M. Ducros, avait pris un arrêté interdisant aux débitants de boissons d'employer des femmes au service de leurs établissements. L'arrêté fut exécuté très sévèrement tant que dura ce qu'on a appelé le *proconsulat* de Ducros. Mais à sa chute, son successeur, mieux édifié sans doute sur les motifs d'ordre social qui peuvent plaider pour l'atténuation de cette rigueur, leva l'interdiction et la remplaça par une obligation. Il prit un arrêté qui, au premier abord, fera peut-être sourire, et en vertu duquel une fille ne pouvait servir dans un de ces établissements si elle n'était porteur d'un certificat de bonnes vie et mœurs, certificat qui, pour être valable, devait dater de moins de trois mois. Or cette *berquinade* fut moins inoffensive qu'elle le paraît, tant il est vrai qu'en fait de texte légal tout est dans la manière de l'appliquer. Voici d'ailleurs l'usage qu'on en a tiré.

1° Toute fille trouvée dans un de ces établissements, non munie du certificat en règle, est citée devant le tribunal de simple police, qui la condamne à l'amende; en cas de récidive, la peine peut être portée à cinq jours de prison. Les patrons sont responsables du paiement de l'amende;

2° Si la fille a été dénoncée (ce qui est fréquent) comme ayant transmis une maladie vénérienne, elle est amenée au bureau des

mœurs. Là elle subit la visite médicale et, si elle est reconnue malade, on l'envoie à l'hospice de l'Antiquaille.

Quoique cet arrêté pèche par insuffisance, cependant il sert de base au système que M. Diday propose. En effet, pour tenir lieu de l'inscription dont cette classe de filles doit être dispensée par raison d'ordre social, il formule dans l'article suivant la garantie sanitaire qu'il a en vue : « Toute fille de brasserie devra, à réquisition, produire un certificat de santé à elle délivré par un docteur en médecine et datant d'un laps de temps dont la durée est à fixer. En cas d'inexécution, il pourrait être temporairement ou définitivement interdit à son patron d'avoir un service de filles dans son établissement.

Quant aux maisons de tolérance, M. Diday demande qu'aucune fille ne soit examinée qu'après avoir attendu deux heures sous une surveillance vigilante et expérimentée.

Que dans le trajet de cette salle d'attente jusqu'au cabinet et jusqu'au fauteuil même de visite, elle ne soit pas, une seule minute, laissée hors de cette surveillance.

Deux ou trois fois l'an, à époques absolument indéterminées, un spécialiste de haute notoriété et de faculté visuelle indiscutablement conservée, ferait sa tournée dans toutes les villes d'une circonscription régionale, dans lesquelles il existe un service sanitaire. Arrivé là, il se ferait remettre le registre de visites, recommencerait la visite faite le plus récemment (la veille ou l'avant-veille). Et si sur l'une des filles qui ont été marquées saines il découvrait quelque lésion contagieuse dont le début lui paraîtrait évidemment remonter à plus de vingt-quatre ou quarante-huit heures, il en prendrait note et ferait son rapport en conséquence. Il s'assurerait, en même temps, de l'appropriation des locaux de visite à leur destination, de l'éclairage, ainsi que de l'état des appareils instrumentaux, particulièrement de ceux destinés à la recherche du gonococcus.

La saccharine ou sucre de houille. — M. WORMS lit un travail dans lequel, après avoir montré que ce nouveau produit, découvert par Fahlberg en 1879, possède une puissance édulcorante égale à 280 fois celle du sucre, et telle qu'il suffit d'un gramme de cette substance pour donner un goût sucré appréciable à 70 litres d'eau distillée, il fait connaître les résultats des expériences qu'il a entreprises avec la saccharine, résultats peu encourageants.

Il a administré la saccharine sous diverses formes à la dose de 10 centigrammes par jour à quatre personnes atteintes de diabète à divers degrés : une seule, qui en prend depuis deux mois, n'en a éprouvé aucun inconvénient, les trois autres ont dû y renoncer au bout de quinze jours, en raison de ce que leur appétit diminuait, et qu'il était survenu des troubles sérieux de la digestion, un sentiment de pression pénible à l'estomac, qui n'ont disparu que huit jours après la cessation de l'administration de la saccharine. Sur l'une de ces trois personnes, son emploi a été repris au bout d'un mois et a provoqué des troubles identiques au bout de dix jours.

En présence de résultats aussi fâcheux, il n'était pas prudent d'exposer d'autres individus à un malaise possible. Cela eût été d'autant plus dangereux qu'une des conditions essentielles du traitement des diabétiques est de maintenir intacte leur nutrition. Il y a donc certainement risque à admettre la saccharine dans l'alimentation des diabétiques et on doit le faire avec les plus grandes précautions. De plus, l'emploi de la saccharine dans l'alimentation en général, en y introduisant une substance indigeste pour un certain nombre de personnes, peut avoir des conséquences fâcheuses pour la santé publique. Le fait est d'autant plus important à connaître que, en ce moment, on tend à substituer la saccharine au sucre dans une foule d'usages, tels que l'adoucissement des vins aigres, l'édulcoration de la glucose, la fabrication des sirops etc., etc., son prix de revient étant moitié moindre, vu son pouvoir édulcorant, que celui du sucre. En raison de cette économie pour le consommateur, l'usage de cette substance, si elle est inoffensive, remplacera le sucre de cannes et de betteraves à bref délai ; et d'autant plus sûrement que son prix de revient peut s'abaisser notablement. Toute la question est donc de savoir si elle est digestible ou indigeste. M. Worms la considère comme indigeste et par conséquent nocive.

Il appartient donc à l'hygiéniste d'établir dans quelle mesure la santé publique n'est pas menacée par l'introduction et par la propagation de ce nouveau produit.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ n'a pas vu la saccharine donner lieu à des troubles gastriques quoiqu'il l'ait administrée chez des diabétiques à la dose de 6 à 10 centigrammes par jour. Cependant ces accidents ont été signalés de divers côtés ; peut-être tiendraient-ils au degré de pureté de ce produit, à son action anti-fermentescible, susceptible d'arrêter le pouvoir digestif du suc pancréatique et du suc gastrique, enfin à l'état de perméabilité ou d'imperméabilité des reins des malades.

Ses expériences sur les animaux lui ont démontré que la saccharine n'était pas, à proprement parler, toxique, mais son emploi prolongé peut être nocif. Et là survient alors la question d'hygiène, c'est-à-dire son introduction dans l'alimentation, par exemple dans les confitures où déjà il n'entre plus de fruits, et où, le sucre disparaissant, on peut se demander ce qu'il restera !

M. CONSTANTIN PAUL considère l'emploi de la saccharine comme pouvant rendre des services chez les diabétiques en permettant d'édulcorer sans inconvénients leurs boissons, d'autant plus qu'elle est rendue par les urines telle qu'elle a été introduite dans l'économie, sans avoir subi aucune altération.

Le fluor dans les eaux thermales du Mont-Dore. — M. AMÉDÉE TARDIEU présente sur cette question un travail dont les conclusions sont :

1° Les eaux thermales du Mont-Dore contiennent du fluor en quantité notable ;

2° On trouve facilement le fluor dans les vapeurs de ces eaux ;

3° Il est probable que ce corps joue un grand rôle dans l'efficacité des salles d'aspiration pour le traitement de l'asthme et de la phthisie pulmonaire.

Rage tanacétique et rage vraie. — M. PEYRAUD (de Libourne) a constaté tout d'abord une conjonctivite rabique produite aussi bien dans la rage tanacétique que dans la rage virulente. En second lieu, il affirme les faits d'immunité par le chloral qu'il a signalés l'année dernière et annonce de nouveaux faits de vaccination par l'essence de tanaisie administrée avant ou après l'inoculation rabique. Le virus dont il s'est servi cette année est d'une puissance excessive. En général, c'est sous les conjonctives qu'il a produit les inoculations ; dans un cas, malgré la virulence de son virus, l'immunité vaccinale s'est manifestée, à la suite de l'inoculation sous les méninges, treize jours après la vaccination. Or, dans cette expérience, le premier témoin est mort cinq jours après l'inoculation.

M. Peyraud démontre la nécessité des revaccinations avant ou après l'inoculation, pour produire l'accoutumance et perpétuer l'immunité. Il démontre aussi l'effet nuisible des doses perturbatrices, soit de chloral, soit de vaccin tanacétique. Ces perturbations, qui peuvent aussi être produites par des états morbides, avancent l'évolution de la rage en empêchant le poison rabique d'être éliminé au fur et à mesure de sa formation et favorisent ainsi l'accumulation du poison dans l'économie.

Pour M. Peyraud, le chloral et le vaccin tanacétique atteignent un but identique par des moyens différents. Ce but est la tolérance du bulbe à l'action toxique de la leucomaïne, soit par la puissance sédative du chloral qui en neutralise les effets, soit par l'habitude, par la gymnastique fonctionnelle qui naît pour le bulbe de l'accoutumance à l'avance aux effets d'un poison du même ordre que cette leucomaïne, aux effets du poison tanacétique.

C'est cette accoutumance, ce mithridatisme, qui est tout le secret des immunités vaccinales. C'est donc l'habitude à l'action toxique qu'il faut obtenir par la vaccination, que celle-ci soit le

résultat de la maladie virulente elle-même dont on a guéri, ou de l'action moins puissante des virus atténués, ou encore de l'action de ce que M. Peyraud a déjà appelé des *vaccins chimiques, des médicaments, des leucomaïnes vaccins*. Et muni de cette immunité, l'organisme peut tolérer des doses de leucomaïnes suffisantes pour tuer les ferments qui les ont produites, sans compromettre l'existence du sujet atteint.

M. Peyraud démontre, de plus, que, dans l'immunité par le chloral ou par l'essence de tanaisie, la virulence du bulbe apparaît tout de même dans la période ordinaire de l'évolution rabique au moment où les témoins meurent. Et si cette virulence ne se manifeste pas par la rage déclarée, c'est que la tolérance du bulbe, acquise par le chloral ou par l'habitude tanacétique ou vaccinale, permet à la leucomaïne de ne pas impressionner suffisamment le bulbe, pour que des désordres fonctionnels graves rendent son élimination encore plus difficile et produisent cet appareil symptomatique, qu'on appelle rage déclarée, appareil symptomatique si nettement bulbaire et si fatalement mortel.

La séance est levée à cinq heures un quart.

MINISTÈRE DE LA GUERRE

Rapport au Président de la République française.

Paris, le 6 avril 1888.

Monsieur le Président,

Aux termes des décrets des 5 juin 1883 et 23 mars 1887, les officiers de santé, les pharmaciens de deuxième classe et les étudiants en médecine possédant douze inscriptions valables pour le doctorat, sont nommés, selon leur spécialité, à l'emploi de médecin auxiliaire ou de pharmacien auxiliaire, après avoir subi un examen d'aptitude, dont les matières sont fixées par le règlement du 7 juillet 1887.

L'expérience a démontré que le nombre des pharmaciens aides-majors de réserve et de l'armée territoriale suffit largement pour combler tous les emplois prévus en cas de mobilisation, y compris ceux actuellement attribués aux pharmaciens auxiliaires.

Dans ces conditions, j'estime qu'il est avantageux de supprimer les emplois de pharmaciens auxiliaires, et j'ai l'honneur de vous prier de vouloir bien, en conséquence, signer le décret ci-joint, modifiant ceux des 5 juin 1883 et 23 mars 1887 précités.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'hommage de mon respectueux dévouement.

Le ministre de la Guerre,
C. de Freycinet.

Le Président de la République française,
Sur le rapport du ministre de la Guerre,

Décrète :

Article premier. — Les officiers de santé et les étudiants en médecine possédant douze inscriptions valables pour le doctorat, compris dans la catégorie des hommes dits à la disposition, ou appartenant soit à la réserve de l'armée active, soit à l'armée territoriale, peuvent être employés, en cas de mobilisation, au service de santé de l'armée, à l'effet de seconder dans les corps de troupe, dans les hôpitaux ou dans les ambulances, les médecins du cadre actif, de réserve ou de l'armée territoriale.

Art. 2. — Ils sont nommés à l'emploi de médecin auxiliaire, après avoir subi un examen d'aptitude, dont les matières sont fixées par un règlement spécial.

Art. 3. — La position, dans la hiérarchie militaire, des médecins auxiliaires, est celle des adjudants-élèves d'administration du service des hôpitaux.

Leur solde, en temps de guerre, est la même que celle de ces adjudants-élèves.

Leur uniforme est déterminé par un règlement spécial.

Art. 4. — Les décrets des 5 juin 1883 et 23 mars 1887 sont abrogés.

Des dispositions transitoires règleront la situation des pharmaciens de deuxième classe, actuellement pourvus d'un emploi de pharmacien auxiliaire.

Art. 5. — Le ministre de la guerre est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 6 avril 1888.

Carnot.

Par le Président de la République :
Le ministre de la Guerre,
C. de Freycinet.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêtés ministériels, en date du 29 mars 1888 : M. le docteur Briaud, médecin en chef à l'asile d'aliénés de Villejuif, est promu à la deuxième classe du cadre (effet du 1er janvier). Il recevra, en conséquence, outre les avantages en nature dans l'établissement qui lui ont été précédemment attribués, le traitement de six mille francs (6000 fr.), déterminé par les décrets des 6 juin 1863 et 4 février 1875.

M. le docteur Chambard, médecin adjoint à l'asile d'aliénés de Ville-Evrard, est promu à la classe exceptionnelle du cadre, à partir du 1er mars 1888. Il recevra, en conséquence, à dater de cette époque, le traitement de quatre mille francs (4000 fr.) déterminé par le décret du 4 février 1875.

M. le docteur Taule, directeur de l'asile Sainte-Anne, est promu à la première classe du cadre (effet du 1er janvier 1888). Il recevra, en conséquence, outre les avantages en nature dans l'établissement qui lui ont été précédemment attribués, le traitement de sept mille francs (7000 fr.) déterminé par les décrets des 6 juin 1863 et 4 février 1875.

— *Faculté de médecine de Lille*. — M. le docteur Trachet est institué chef de clinique obstétricale, en remplacement de M. Cochet, dont le temps d'exercice est expiré.

— L'Académie de médecine de Belgique met au concours les questions suivantes pour les années 1888 et 1889.

1° Année 1888. — Prix de 500 francs: Étudier les mesures d'hygiène publique et privée qui sont de nature à prévenir le développement et la propagation de la tuberculose en Belgique.

Prix de 8000 francs : Étudier par des faits cliniques et, au besoin, par des expériences, la pathogénie et la thérapeutique de l'épilepsie.

Des encouragements de 300 francs à 1000 francs pourront être décernés, en plus, aux auteurs dont les travaux seraient jugés dignes d'une récompense. Une somme de 25000 francs pourra être donnée, en outre du prix de 8000 francs, à l'auteur qui aurait réalisé un progrès capital dans la thérapeutique des maladies des centres nerveux, tel que, par exemple, la découverte d'un remède curatif de l'épilepsie.

Le concours sera clos le 31 décembre 1888.

2° Année 1889. — Prix de 600 francs : Établir et discuter les moyens du diagnostic différentiel des tumeurs du ventre.

Prix de 600 francs. — Faire l'étude de l'érysipèle charbonneux ou rouget du porc, au point de vue de ses causes, de ses manifestations, de ses lésions, de sa prophylaxie, de son traitement; établir éventuellement ses rapports avec les affections charbonneuses, bactéridiennes et bactériennes.

Le concours sera clos le 15 mars 1889.

Les mémoires doivent être adressés, franco, au secrétaire de l'Académie de médecine, à Bruxelles.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Edouard Blondel, ancien médecin des forges d'Anzin, décédé à Raismes, à l'âge de quarante-neuf ans.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

93

SIROP DU DOCTEUR DUFAU

A L'EXTRAIT DE STIGMATES DE MAÏS.

Maladies aiguës et chroniques de la vessie.

Diathèse urique. — Gravelle. — Cystite. — Catarrhe vésical. — Dysurie.

DIURÉTIQUE PUISSANT ET INOFFENSIF.

Hydropisies, affections du cœur, albuminurie.

et tous les cas dans lesquels la digitale et les autres diurétiques sont mal supportés.

DOSE : Deux à quatre cuillerées de sirop par jour, à prendre à jeun de préférence, dans un verre d'eau froide ou chaude.

Boisson très agréable. PRIX : **3** fr. le flacon.

23

PHOSPHURE DE ZINC (GRANULES TROIS CACHETS)

4 milligr. (1/2 milligr. de Phosphore actif).

Ces Granules sont faits exclusivement avec du Phosphure de Zinc cristallisé ($PhZn^3$). On peut donc être assuré de la pureté du produit et des effets qu'on est en droit d'en attendre.

Anémie, Rachitisme, Chlorose, Hypocondrie, Hystérie, Névralgie et autres Névroses, Métrorrhagies, Dysménorrhées, Spermatorrhées, Tremblement alcoolique ou mercuriel, Incontinence d'urine, etc.

DOSE : Un, puis deux granules à chacun des principaux repas. PRIX : **3** fr. le flacon.

3

SIROP DE T. GRAS

au **phosphate** de chaux **gélatineux.**

Phthisie, Bronchites, Épuisement, Maladies des os. Une cuillerée à soupe contient 3 gr. de phosphate.

Puissant reconstituant adopté dans les hôpitaux spéciaux. — *Ph^ie, 9, r. Le Peletier, Paris.*

39

LA POUDRE DE VIANDE ROUSSEAU

garantie d'une conservation illimitée et d'une odeur et d'un goût agréables, rend facile et pratique l'alimentation thérapeutique.

Paris, 3 *bis*, rue Bleue.

46

VICHY, PASTILLES DIGESTIVES

Fabriquées à Vichy, avec les Sels extraits des Eaux. Elles sont d'un goût agréable et sont prescrites contre les aigreurs et les digestions difficiles.

Boîtes de 1, 2 et 5 fr.

SELS DE VICHY POUR BAINS

Le rouleau pour un bain, 1 fr. 25.

SUCRE D'ORGE DE VICHY

Excellent Bonbon digestif. Boîtes de 1, 2 et 3 fr.

Exiger sur les produits ci-dessus les marques de la Compagnie.

A Paris, 8, boulevard Montmartre; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré, où se trouvent à prix réduits toutes les eaux minérales naturelles sans exception.

43

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

DRAGÉES DE GÉLIS & CONTÉ

AU LACTATE DE FER

Deux rapports académiques et de nombreuses expériences anciennes et récentes ont démontré leur supériorité sur tous les autres ferrugineux, et leur efficacité contre les *Pâles couleurs*, pour fortifier les *Constitutions lymphatiques* et combattre toutes les maladies qui ont pour cause l'*Appauvrissement du sang.*

Dépôt général : LABÉLONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

60

VIN DURAND TONI-DIGESTIF

DYSPEPSIE, ANÉMIE, CONVALESCENCE.

Le **VIN DURAND** convient tout spécialement aux femmes, aux enfants et aux vieillards. Il est toléré par les estomacs les plus délicats.

Paris, 8, avenue Victoria, et pharmacies.

25

ÉLIXIR ALIMENTAIRE DUCRO. VIANDE, ALCOOL, ÉC. D'ORANGES AMÈRES.

Phthisie, anémie, convalescence.

Paris, 20, place des Vosges.

16

PERLES DE PEPSINE PURE DIALYSÉE

de **CHAPOTEAUT**

Cette pepsine est cinq fois plus active que la pepsine du *Codex*. Elle digère 150 fois son poids de viande et ne contient ni amidon, ni sucre de lait, ni gélatine. Chaque perle contient 20 centigrammes. — Dose : **2** à **4** perles après les repas.

Pharmacie VIAL, 1, rue Bourdaloue.

44

SIROP DE PROTOXIDE DE FER

du Dr DUSOURD *(Approuvé par l'Académie de médecine).*

Le rapport fait à l'Académie par MM. Guéneau de Mussy et Henry constate « que ce sirop est d'un usage très avantageux dans la pratique médicale; le fer, qui s'y présente à l'état de protoxide, est plus apte à être assimilé à l'économie animale. » — 2 à 4 cuillerées par jour. Pharmacie, 1, rue Bourdaloue.

36

CAPSULES DE VIAL

A L'HUILE DE GENÉVRIER.

Recommandées dans le traitement des *coliques néphrétiques* et *hépatiques*, des *calculs urinaires* et *biliaires*, de la *gravelle*, des *catarrhes vésicaux*, de la *goutte* et de l'*eczéma.*

DOSE : 4 à 6 capsules par jour, au milieu des repas, soit 1 gramme d'huile environ. — Dans les grandes crises, 6 à 10 capsules.

Pharmacie VIAL, 1, rue Bourdaloue, à Paris.

17

GRANULES ANTIMONIAUX

DU Dr PAPILLAUD

Médication à base d'arséniate d'antimoine

(0,001 milligr. par GRANULE)

RAPPORT FAVORABLE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(séances des 8, 15, 22 nov. et 6 déc. 1870).

Médicament prescrit avec succès par le Corps médical depuis plus de vingt années.

Troubles de la circulation, Palpitations, Intermittences, Affections névrosiques et rhumatismales du cœur, Hypertrophie cardiaque, Asthme, Bronchite chronique, Phthisie au début.

DOSE : de 2 à 8 granules par jour.

Dépôt général: Phie GIGON, 7, rue Coq-Héron, Paris et ttes phies. env. de flacon d'essai à MM. les Docteurs.

77

PHOSPHATINE FALIÈRES

Cette préparation permet aux médecins de donner aux enfants le phosphate de chaux sous la forme d'un aliment très agréable.

Le phosphate de chaux (phosphate bi-calcique) contenu dans la **Phosphatine Falières** est d'une pureté parfaite et complètement assimilable. Son mode de préparation a été introduit dans le nouveau Codex à la suite de nos observations sur son incontestable supériorité dans la médication phosphatée.

Son emploi est indiqué chez les *enfants*, au moment du sevrage, chez les *femmes enceintes* ou *nourrices*, chez les *vieillards* et les *convalescents.*

Une cuillerée à bouche contient 25 centigr. de phosphate de chaux.

Paris, 6, avenue Victoria, et pharmacies.

190

LE PHOSPHATE MONO-CALCIQUE

CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.

Vin id. id. à 1 — 60.

Paris, 145, r. de Belleville, et bonnes phies.

74

SOLUTION PAUTAUBERGE

au chlorhydro-phosphate de chaux créosoté.

Chaque cuillerée contient 10 centigrammes de créosote et 50 centigrammes de sel de chaux; elle doit être prise dans de l'eau sucrée.

Bien tolérée par les voies digestives, cette Solution est facilement acceptée et complètement absorbée; très efficace dans les **Tuberculoses, Affections chroniques broncho-pulmonaires, Scrofules, Rachitisme.**

L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César, Paris.

48

SOLUTION DE SALICYLATE DE SOUDE

DU DOCTEUR CLIN

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

(PRIX MONTYON)

La Solution du Docteur Clin, toujours identique dans sa composition et d'un goût agréable, permet d'administrer facilement le *Salicylate de Soude* et de varier la dose suivant les indications qui se présentent.

Employée dans le traitement des Rhumatismes aigu et chronique, de la Goutte, de la Gravelle, etc., cette Solution contient très-exactement :

2 grammes *Salicylate de Soude* par cuillerée à bouche.

0,50 centigr. *Salicylate de Soude* par cuillerée à café.

DÉTAIL : *Dans les bonnes Pharmacies.*

GROS : CHEZ **Clin & Cie**, RUE RACINE, PARIS

38

CAPSULES MATHEY-CAYLUS

Au Copahu et à l'Essence de Santal.

Au Copahu, au Cubèbe et à l'Essence de Santal.

Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.

« Les CAPSULES MATHEY-CAYLUS à enveloppe mince de Gluten constituent le moyen le plus parfait pour administrer certains médicaments à odeur et à saveur désagréables.

« L'ESSENCE DE SANTAL associée au Copahu ou autres balsamiques possède une efficacité réelle et est employée avec succès dans la Blennorrhagie, la Blennorrhée, la Cystite du Col, et les affections des organes génito-urinaires. »

En prescrivant les Capsules MATHEY-CAYLUS, MM. les Médecins seront certains de procurer à leurs malades des médicaments purs et parfaitement dosés.

GROS : **Clin & Cie**, 14, RUE RACINE, PARIS

DÉTAIL : 3, Carrefour Odéon, et Pharmacies.

59

LE QUINIUM ROY GRANULÉ

formé de l'extrait aqueux et du quinium (extrait alcoolique à la chaux), représente poids pour poids la **POUDRE DE QUINQUINA CALISAYA.** Il est soluble dans l'eau et le vin.

Pharmacie A. Roy, 3, rue Michel-Ange, Paris, et pharmacies.

Exiger la signature. *A. Roy*

50

MALADIES DU CŒUR

Palpitations, Affections mitrales ou aortiques, Anévrysmes, Hydropisies, guéris par **DRAGÉES TONICARDIAQUES LE BRUN (caféine iodoformée). Dépôt Gral : Phie Cie Fg Montmartre, Paris.**

73

COCAÏNE MIDY CHLOROBORATÉE

Pastilles dosées à 0,002m de chlorh. de cocaïne constituant un véritable **Gargarisme sec.** Affections de la gorge, bouche, langue.

3 fr. le flacon, 113, faubourg Saint-Honoré.

44

LIQUEUR MARIANI A LA TERPINE ET A LA COCA

Titrée à 20 centigr. de Terpine pr cuillerée à bouche.

Cette liqueur unit les propriétés modificatrices et anti-catarrhales de la **Terpine** (hydrate d'essence de térébenthine) à l'action tonique et digestive de la **Coca.**

Employée avec succès contre les *Affections catarrhales*, aiguës ou chroniques, des muqueuses respiratoires, digestives et génito-urinaires, dans l'*Anémie*, la *Chlorose*, l'*Atonie*, la débilité générale et les maladies du système nerveux.

DOSE : 1 à 2 cuillerées à bouche matin et soir ou avant les deux repas.

69

PASTILLES MARIANI A LA COCA

ET AU CHLORHYDRATE DE COCAINE

Les propriétés toniques de la COCA, unies aux propriétés analgésiantes et anesthésiques de la COCAINE, font de ces pastilles le médicament le plus rationnel pour combattre les affections des voies respiratoires et digestives.

Ces pastilles renferment : 10 *centigr. d'extrait de Coca et 2 milligr. de chlorhydrate de Cocaïne.*

DOSE : **6 à 8 pastilles par jour.**

MARIANI, phien, 41, Brd Haussmann et ttes Phies.

Nul ne peut être admis au concours, s'il n'a préalablement justifié : 1° qu'il est Français ou naturalisé; — 2° qu'il a eu au 1er janvier de l'année du concours : moins de vingt-deux ans, pour les élèves ayant de quatre à sept inscriptions; moins de vingt-trois ans, pour les élèves ayant de huit à onze inscriptions; moins de vingt-quatre ans, pour les élèves ayant de douze à quinze inscriptions; moins de vingt-cinq ans, pour les élèves ayant seize inscriptions; — 3° qu'il est apte à servir activement dans l'armée.

Toutes les conditions qui précèdent sont de rigueur, et aucune dérogation ne pourra être autorisée, pour quelque motif que ce soit.

TITRE II. — FORMALITÉS PRÉLIMINAIRES.

Les candidats à l'emploi d'élève du service de santé militaire devront demander leur inscription sur une liste qui sera ouverte, à cet effet, à dater du 1er juillet prochain, dans les bureaux de MM. les directeurs du service de santé des corps d'armée où sont situées les villes dans lesquelles se fera la composition écrite.

La liste sera close le 31 juillet. Elle sera adressée, sans aucun délai, au ministre de la guerre (direction du service de santé).

En même temps, MM. les directeurs du service de santé enverront aux directeurs du service de santé des corps d'armée comprenant un centre d'examen d'admissibilité, les noms de tous les candidats inscrits qui auront choisi ce centre d'examen.

La liste, comprenant ces noms, sera remise au médecin-chef, chargé de faire l'appel des candidats.

Les pièces à produire pour l'inscription sont : 1° l'acte de naissance, revêtu des formalités prescrites par la loi; — 2° une déclaration d'un docteur en médecine, dûment légalisée, constatant que le candidat a eu la petite vérole ou a été vacciné; — 3° un certificat du commandant de recrutement du département, constatant, dans les mêmes conditions que pour l'engagement volontaire, l'aptitude réelle au service militaire; — 4° un certificat, délivré par le commandant du bureau de recrutement, indiquant la situation du candidat au point de vue du service militaire; — 5° une déclaration écrite, indiquant les centres de composition et d'examen choisis par le candidat parmi les villes désignées ci-dessus, et dans lesquelles il devra se rendre, aux dates fixées, sans attendre aucun avertissement particulier. Une fois le choix fait, aucun candidat ne sera autorisé à changer de centre d'examen, soit pour les épreuves orales, soit pour les épreuves écrites, que pour des motifs graves et par décision spéciale du ministre; — 6° les certificats des examens réglementaires correspondant à la période de scolarité, où il sera fait mention de la note obtenue à chacun de ces examens (ces certificats pourront n'être produits que le jour de l'ouverture des épreuves); — 7° l'indication du domicile où lui sera adressée, en cas d'admission, sa commission d'élève du service de santé, et de la ville où il désire continuer ses études.

Les candidats présents sous les drapeaux doivent fournir, en outre : 1° un état signalétique et des services; — 2° un certificat de bonne conduite; — 3° un relevé des punitions.

Ils ne peuvent choisir comme centre de composition et d'examen oral, que les villes les plus rapprochées du lieu où ils sont en garnison; à l'époque des examens, ils auront droit à des permissions dont la durée sera calculée d'après le temps nécessaire au voyage et à l'examen.

S'ils sont compris dans la liste d'admission, ils seront placés en position de congé, pouvant être renouvelé aussi longtemps qu'ils conserveront la qualité d'élève du service de santé militaire. La même mesure sera appliquée à ceux des élèves que la loi appellerait à l'activité pendant le cours de leurs études.

Les pièces fournies par les candidats qui ne seraient point admis leur seront ultérieurement restituées par les soins du directeur du service de santé dans les bureaux duquel l'inscription aura été effectuée.

TITRE III. — FORME ET NATURE DES ÉPREUVES.

Il y aura des épreuves d'admissibilité et des épreuves définitives.

I. — *Épreuves d'admissibilité.*

Pour les candidats ayant de quatre à sept inscriptions, et ayant satisfait au premier examen de doctorat : 1° composition écrite sur un sujet d'histoire naturelle médicale, de physique ou de chimie médicales; 2° interrogations sur la chimie.

Pour les candidats ayant de huit à onze inscriptions : 1° composition écrite sur une question d'anatomie ou de physiologie; 2° interrogations sur l'anatomie.

Pour les candidats ayant de douze à quinze inscriptions, et ayant satisfait à la première partie du deuxième examen de doctorat : 1° composition écrite sur une question de pathologie médicale; 2° interrogations sur l'anatomie et la physiologie.

Pour les candidats ayant seize inscriptions : 1° composition écrite sur un sujet de pathologie et de thérapeutique; 2° interrogations sur la pathologie externe et la médecine opératoire.

Composition écrite.

La composition se fera le 8 août 1888, à huit heures du matin, dans une salle de l'hôpital militaire, ou dans le local désigné par le général commandant le corps d'armée, sur la proposition du directeur du service de santé.

Le sujet est le même pour chaque catégorie de candidats; il est choisi par le jury institué par le titre V, qui se réunit, à cet effet, en commission spéciale, au ministère de la guerre, du 1er au 4 août. Chaque sujet est mis par cette commission dans une enveloppe cachetée à la cire, et dont la suscription indique seulement la nature de la catégorie. Ces enveloppes sont réunies dans une seconde enveloppe, qui est adressée au médecin-chef de l'hôpital militaire ou des salles militaires de l'hospice civil des localités désignées ci-dessus.

Les enveloppes sont décachetées par le médecin-chef en présence des candidats; le procès verbal de la séance devra constater que le cachet était intact.

Il est accordé trois heures pour cette épreuve; les candidats ne peuvent se servir ni de livres, ni de notes.

Les compositions sont faites sur des feuilles à en-tête imprimé, distinctes par catégorie, envoyées par le ministre de la guerre au médecin-chef, qui les remet aux candidats, au commencement de la séance, après les avoir revêtues de sa signature et de son cachet; ce cachet devra être apposé en même temps sur le corps de la feuille et sur l'en-tête imprimé.

Chaque candidat inscrit son nom et ses prénoms et appose sa signature à l'endroit indiqué, avant de remettre la composition au médecin-chef. Ce dernier détache les en-tête imprimés et les réunit dans une enveloppe distincte, par catégorie, qui est jointe à l'enveloppe dans laquelle les compositions sont également réunies par catégories; le nom est remplacé par un numéro d'ordre, qui est reproduit sur la feuille de composition et sur l'en-tête.

Le tout est adressé, le jour même, par l'intermédiaire du directeur du service de santé, au ministre (direction du service de santé), qui transmet les compositions aux examinateurs, pour les corriger, mais conserve les enveloppes contenant les en-têtes.

Les enveloppes contenant les compositions et les en-têtes imprimés devront porter, d'une manière très apparente, la mention « résultat d'un concours ».

Les compositions sont cotées par les examinateurs qui établissent la liste dans chaque catégorie, par ordre de mérite, d'après le nombre de points obtenus; le président du jury l'adresse au ministre. Les enveloppes contenant les en-têtes sont alors ouvertes et les noms des candidats sont inscrits sur la liste générale à l'aide du numéro d'ordre porté sur l'en-tête imprimé, qui avait été séparé.

Épreuve orale.

Tous les candidats devront être rendus, la veille du jour fixé pour les examens oraux, dans la ville qu'ils auront choisie, et se présenter au médecin-chef de l'hôpital militaire ou des salles militaires de l'hospice mixte, qui leur donnera les renseignements nécessaires pour les examens du lendemain.

Chaque directeur du service de santé d'un corps d'armée, comprenant un centre d'examen oral, devra recevoir des directeurs du service de santé des autres corps d'armée une liste indiquant

les candidats inscrits dans leurs bureaux, qui auront choisi ledit centre d'examen oral.

Avec ces documents, ce directeur établira une liste nominative où tous les candidats seront rangés par ordre alphabétique, et qui sera remise au président du jury au moment de son passage, avec une note explicative concernant les locaux mis à sa disposition.

Les examens oraux pour l'admissibilité auront une durée de dix minutes pour chaque candidat. La note obtenue pour chacun d'eux, combinée avec la note de la composition écrite, détermine l'admissibilité. Tout candidat qui n'aura pas obtenu une moyenne de 260 points, pour les candidats ayant de quatre à sept inscriptions, et 360 points, pour les autres candidats, ne sera pas admis aux épreuves définitives. Les examens oraux sont publics.

II. — *Épreuves définitives.*

Le président du jury fait connaître quels sont les candidats admis à subir les épreuves définitives. Elles sont publiques et consistent :

Pour les candidats ayant de quatre à sept inscriptions, en des interrogations sur l'histoire naturelle et la physique médicales ;

Pour les candidats ayant de huit à onze inscriptions, en interrogations sur la physiologie et l'histologie ;

Pour les candidats ayant de douze à quinze inscriptions, en interrogations sur la pathologie générale, interne et externe ;

Pour les candidats ayant seize inscriptions, en interrogations sur la pathologie interne, l'hygiène et la thérapeutique.

La durée de l'interrogation est fixée à quinze minutes pour chaque candidat.

Après la clôture des examens dans une localité, le président du jury adresse au ministre le résultat de ces examens.

Après la clôture de tous les examens, le jury établit la liste des candidats classés par ordre de mérite, d'après l'ensemble des points obtenus ; et le président du jury l'adresse avec les procès-verbaux des séances au ministre, qui arrête la liste des candidats nommés élèves du service de santé militaire.

TITRE IV. — NOTES ET COEFFICIENTS.

L'appréciation de la composition et de chaque épreuve orale est exprimée par un chiffre, compris de 0 à 20.

Les notes sont multipliées par des coefficients fixés ainsi qu'il suit :

Compositions. 20

Examens oraux.

Histoire naturelle	5	Physiologie	10
Physique	5	Médecine opératoire	15
Chimie	5	Pathologie	15
Anatomie	15	Hygiène	5
Histologie	5	Thérapeutique	5

TITRE V. — COMPOSITION DU JURY.

Le jury est composé ainsi qu'il suit :

Un médecin inspecteur, président, désigné par le ministre ; et deux médecins principaux ou majors de première classe, désignés par le ministre, sur la proposition du comité consultatif de santé.

Le président dirige les séances et correspond directement avec le ministre (direction du service de santé).

TITRE VI. — DISPOSITIONS GÉNÉRALES.

Les élèves du service de santé militaire sont dirigés sur celle des villes ci-dessus mentionnées, qu'ils ont choisie pour y faire leurs études. A leur arrivée, ils se présentent au médecin-chef de l'hôpital militaire ou des salles militaires de l'hospice civil, sous les ordres duquel ils sont placés, et souscrivent l'engagement de servir dans le corps de santé militaire pendant dix ans au moins, à dater de leur nomination au grade d'aide-major de deuxième classe. Ceux d'entre eux qui n'auraient pas atteint l'âge de la majorité devront produire, auparavant, un consentement écrit de leurs parents ou tuteurs, les autorisant à contracter ledit engagement.

Ces élèves ne portent pas d'uniforme ; ils sont soumis à certaines règles disciplinaires, déterminées par le règlement ministériel du 14 juin 1880, et concourent, autant que le comportent les cours et travaux pratiques de la Faculté ou de l'école qu'ils sont tenus de suivre, à l'exécution du service de l'hôpital auquel ils sont affectés.

A dater de l'admission à l'emploi d'élève du service de santé militaire, les frais universitaires, réglés conformément aux tarifs en vigueur, sont à la charge de l'administration de la guerre. Toutefois, en cas d'ajournement à un examen, les frais de consignation pour la répétition de cet examen sont à la charge de l'élève. Un second échec au même examen entraîne d'office le licenciement de l'élève et sa radiation immédiate des contrôles, à moins qu'il ne soit autorisé à redoubler son année ; cette autorisation ne pourra être accordée que si l'élève justifie régulièrement d'avoir été empêché, par la maladie, de suivre les cours pendant une période de deux mois, au moins, de ladite année.

Il est accordé aux élèves-médecins, à partir de la treizième inscription, pendant deux ans au maximum, une indemnité de 1200 fr. par an, pour subvenir à leurs frais d'entretien, d'achat de livres et d'instruments.

Toutefois, ceux d'entre eux qui auraient été boursiers au prytanée militaire pourront obtenir sur leur demande, et dès leur admission à l'emploi d'élève du service de santé militaire, une subvention fixée à 1200 fr. par an à Paris, à 1000 fr. à Lyon et à Marseille, et à 800 fr. dans les autres villes que celles ci-dessus désignées. Cette dernière faveur ne pourra être étendue à aucun autre élève, pour quelque motif que ce soit. Ladite subvention pourra être cumulée avec celle dont il est parlé ci-dessus.

Tout élève de dernière année, qui n'a pas obtenu le diplôme universitaire à la date du 25 décembre, est licencié, à moins qu'il ne puisse être autorisé à redoubler cette dernière année, en vertu de l'article 7 du décret du 15 juin 1880.

En cas de démission ou de licenciement, l'élève sera tenu à rembourser le montant des frais de scolarité et d'indemnité.

L'élève licencié pour inconduite devra remplir, en outre, comme soldat, les obligations militaires auxquelles il est astreint, sans pouvoir jamais prétendre à aucun grade, soit dans la réserve, soit dans l'armée territoriale.

Un projet de loi ayant été présenté au Parlement dans le but de réorganiser une école du service de santé militaire, les jeunes gens, nommés élèves du service de santé militaire, pourront être réunis dans cette école, ils y seront casernés et soumis au régime particulier que détermineront les règlements à intervenir.

TITRE VII. — STAGE A L'ÉCOLE D'APPLICATION DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE MILITAIRES.

Tout élève du service de santé militaire, reçu docteur ou pharmacien de première classe, est nommé stagiaire à l'école d'application, du 1er novembre au 25 décembre, et, sur le vu de son certificat d'aptitude, le médecin-chef de l'hôpital, sous les ordres duquel il est placé, lui fait délivrer immédiatement une feuille de route pour cette destination.

Les élèves du service de santé, admis à l'école d'application, y subissent un examen de classement, qui comprend les épreuves suivantes :

Pour les élèves docteurs : 1° une composition écrite sur un sujet de pathologie générale ; 2° examen de deux malades atteints, l'un, d'une affection médicale, l'autre, d'une affection chirurgicale ; 3° une épreuve de médecine opératoire, précédée de la description de la région sur laquelle elle doit porter ; 4° interrogations sur l'hygiène.

Pour les élèves pharmaciens : 1° une composition écrite sur une question d'histoire naturelle des médicaments et de matière médicale ; 2° interrogations sur la physique, la chimie, l'histoire naturelle et la pharmacie ; 3° préparation de plusieurs médicaments inscrits aux Codex, et détermination de substances diverses (minéraux usuels, drogues simples, plantes sèches ou fraîches, médicaments composés).

Cet examen est passé, du 26 au 31 décembre, devant un jury, présidé par le médecin inspecteur, directeur de l'école, et composé : pour les élèves médecins, des médecins professeurs ; et, pour

les élèves pharmaciens, des pharmaciens professeurs et professeur agrégé à l'école, ainsi que d'un pharmacien-major, désigné par le ministre, sur la proposition du comité de santé.

Le stage commence le 1er janvier.

Les stagiaires sont rétribués à l'école sur le pied de 2800 francs par an, à titre de subvention; ils portent l'uniforme et il leur est accordé une indemnité de première mise d'équipement. Les stagiaires, qui ont satisfait aux examens de sortie, sont nommés aides-majors de deuxième classe. Les stagiaires, qui n'auront pas satisfait à l'épreuve de sortie, seront licenciés et tenus au remboursement du montant des frais de scolarité, d'indemnité qu'ils auront pu toucher étant élèves, et d'indemnité de première mise d'équipement. Le même remboursement sera exigé de ceux qui quitteraient plus tard, volontairement, le service de santé militaire, avant d'avoir accompli l'engagement de dix ans, si toutefois leur démission était acceptée.

Les nominations à l'emploi d'élève du service de santé militaire en 1888 seront, au minimum, de 60, ainsi réparties :

30 élèves à quatre inscriptions; 20 élèves à huit inscriptions; 5 élèves à douze inscriptions et 5 élèves à seize inscriptions.

Par application des dispositions de l'article 37 de la loi du 13 mars 1875, M. le médecin-inspecteur Perrin, directeur de l'École du Val-de-Grâce, membre du comité consultatif de santé, est placé, à dater du 13 avril 1888, dans la deuxième section (réserve) du cadre des médecins-inspecteurs de l'armée.

— M. le professeur Ball reprendra son cours de clinique des maladies mentales, à l'asile public des aliénés de Sainte-Anne, le dimanche 15 avril 1888, à dix heures du matin, et le continuera les jeudis et les dimanches suivants à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE	3 mois : **8 fr. 50.**	— 6 mois : **16 fr.**	— 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. .	3 mois : **10 fr.** »	— 6 mois : **18 fr.**	— 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Brouardel.

De la responsabilité médicale (1).

II

Dans la dernière séance, je vous ai montré que jamais, dans aucun pays, l'irresponsabilité n'a existé. Je veux vous montrer aujourd'hui quel est le rôle de l'expert appelé à juger la conduite d'un collègue.

La première règle à observer, si vous connaissez le médecin incriminé, c'est d'oublier tout ce qui, dans vos relations, a été agréable ou désagréable. La seconde, plus importante et plus difficile, c'est de ne pas juger en restant dans la position où vous vous trouvez actuellement, mais en vous mettant dans celle où était votre confrère au moment où il a commis la faute qu'on lui reproche. Il faut éviter la tendance qu'on a à se laisser envahir par la démonstration qui découle de la suite des événements.

En troisième lieu, sachez que vous n'êtes pas appelés à juger s'il y a eu erreur de diagnostic, mais si cette erreur était coupable. Vous devez alors vous souvenir que les plus grands médecins et les plus grands chirurgiens ont commis des erreurs qui semblent étranges et inexcusables. Dupuytren n'a-t-il pas ouvert un anévrysme du creux axillaire, croyant avoir affaire à un abcès? Un chirurgien, qui est mort, faisait électriser une femme à qui il croyait un *gros ventre*, et qui a mis un jour au monde un enfant bien portant. Si le fait s'était passé chez une femme désirant avorter, le médecin aurait pu être soupçonné de complicité.

Il faut tenir compte aussi de la situation des médecins de campagne et de villes de province, qui sont obligés de faire à la fois toute la médecine et toute la chirurgie, qui opèrent dans des conditions déplorables où l'erreur de diagnostic est bien plus facile.

J'ajoute qu'il ne faut pas non plus substituer vos opinions thérapeutiques à celles du confrère. Il y a trois ans, un jeune médecin de Sedan fut poursuivi à l'instigation d'un vieil officier de santé, qui l'accusait d'avoir causé la mort d'un jeune homme atteint de fièvre typhoïde, en lui donnant 4 grammes de salicylate de soude à prendre en une heure ou une heure et demie. Nommé expert, je fis abstraction de mon antipathie pour cette médication, et je déclarai que ce jeune médecin était autorisé à la prescrire, puisque Vulpian en donnait jusqu'à 8 et 10 grammes et qu'on allait plus loin encore en Allemagne. D'ailleurs, ce médicament avait-il eu un effet nocif sur le jeune homme? Le rapport de l'officier de santé correspondait exactement à la description du collapsus dans Wunderlich. Or le malade avait succombé avec un refroidissement périphérique et 41 degrés de température rectale, tandis que, dans les cas d'empoisonnement par le salicylate de soude, le malade mourait avec 37 degrés de température rectale.

En Allemagne, un médecin fut poursuivi pour n'avoir pas fait un pansement suffisamment antiseptique à un blessé, mort, au bout de six semaines, d'un pneumothorax. Il fut condamné à quatorze jours de prison. Je désire vivement que la méthode antiseptique se répande le plus possible, mais ce moyen de la répandre me paraît contestable.

Vous ne devez pas vous souvenir si vous êtes pastorien ou anti-pastorien; vous n'avez qu'à constater s'il y a eu preuve d'ignorance ou défaut de surveillance de la part de votre confrère.

Voici comment les choses se passent en France. La famille du malade adresse une plainte au procureur de la République, qui consulte un médecin pour savoir s'il y a lieu d'y donner suite. Souvent la plainte est écartée. Dans ce cas, le procureur de la République ne poursuit pas, c'est la partie civile qui appelle le médecin devant le tribunal.

Je souhaite beaucoup que cette partie de notre jurisprudence ne soit pas modifiée. Partout où elle est différente, la situation du médecin est aggravée.

En Allemagne, cette situation est toute particulière. Si on n'a pas le droit d'exercer, on est beaucoup moins puni que si on est docteur. De plus, dans ce pays, les médecins ont un grade (chirurgiens de première classe, de deuxième classe, etc.), et on peut les dégrader pour une faute contre les règles de l'art. Exemple : un chirurgien a l'idée singulière de tirer un coup de pistolet sur le genou d'un individu pour essayer de consolider les fragments d'une fracture de la rotule. Il est poursuivi d'office pour avoir commis un acte imprudent, et, quoique son client aille beaucoup mieux, il est descendu d'un grade.

En Allemagne, le nombre des visites du médecin entre

(1) Suite. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 385.

dans les considérants. Cet argument n'a rien de probant, car le nombre des visites à faire à un malade dépend essentiellement de son état et du désir plus ou moins grand de le revoir souvent qu'il manifeste à son médecin.

En Autriche, on trouve les mêmes règlements qu'en Allemagne, plus la possibilité de retirer à un médecin l'exercice de sa profession. Ce pouvoir excessif entraîne parfois des malheurs : c'est ainsi qu'un médecin, qui était accusé d'avoir déterminé la gangrène chez un malade atteint d'eczéma sur lequel il avait abusé du collodion, ne comparut pas devant le tribunal parce qu'il s'était jeté dans la rivière.

En Angleterre, il n'y a rien de formulé dans le code, mais on est pourtant extrêmement sévère.

En Amérique, le médecin est responsable vis-à-vis de son malade; aussi n'est-il pas rare de voir un chirurgien faire signer à son malade, avant l'opération, un papier sur lequel il s'engage à ne rien réclamer, quelle que soit l'issue de l'opération. Il faut avouer que cette cérémonie n'a rien de réconfortant pour l'opéré.

Quels sont les cas où il y a lieu de poursuivre ? En obstétrique, le cas le plus fréquent est celui où le praticien coupe les bras d'un enfant soi-disant mort-né. Le professeur Pajot enseignait que, lorsque l'enfant se présentait le bras en dehors de la vulve, il fallait lui dire : « Toi, tu me demandes une pension viagère », et que, sous aucun prétexte, on ne devait amputer les membres.

Dans un autre cas, un officier de santé, appelé auprès d'une femme en couches, et trouvant un enfant qui se présentait par le dos, arrache les intestins de la femme, les coupe, croyant avoir affaire au cordon ombilical, et s'en va. Toulmouche, par une bienveillance excessive, déclara que le cas était très difficile, et l'officier de santé fut acquitté; mais il fut condamné devant la cour, car il avoua lui-même qu'il était « éméché » au moment où il avait pratiqué l'accouchement. Ce fait très grave lui valut quinze jours de prison.

Il y a deux ans, j'ai été consulté deux fois dans le même mois par le procureur de la République pour le fait suivant : Un médecin appelé auprès d'une primipare, obligé d'employer le forceps et brutalisé pour ce motif par un père ivrogne, s'était retiré en laissant les branches du forceps dans les organes génitaux de la femme ; un confrère appelé ensuite, et ne sachant pas ce qui s'était passé, avait refusé de prendre une pareille succession : une sage-femme avait dû terminer l'accouchement. Ma réponse fut que, dans cette affaire, tout le monde était à poursuivre, les médecins pour leur négligence, la sage-femme pour son usurpation.

Lorsque vous allez dans une famille où il y a des habitudes alcooliques prononcées du côté du père, si vous faites souffrir la femme, vous suscitez des violences qui troublent non seulement la dignité de l'opérateur, mais l'opération elle-même. Aussi, emmenez toujours un témoin qui pourra, d'une part, maintenir le père, et, d'autre part, prendre acte de ses faits et gestes.

Il y a un tout autre côté de la question : sous prétexte que le médecin a commis une faute, souvent on ne veut pas le payer. Un médecin, qui avait amené une rupture du périnée par une application du forceps, fut attaqué par le père devant les tribunaux. Depaul déclara qu'il n'y avait pas de médecin qui puisse promettre, dans des circonstances semblables, qu'il n'occasionnerait pas une rupture du périnée.

Depuis deux ans, j'ai eu deux fois à intervenir dans les circonstances suivantes : Une sage-femme ayant donné ses soins à une femme qui avait eu des accidents puerpéraux, avait continué à faire des accouchements, et les trois femmes qu'elle avait acouchées étaient mortes de fièvre puerpérale. Un des maris avait poursuivi la sage-femme, et moi, qui avais été commis devant le tribunal, je fus très embarrassé pour formuler des conclusions précises, car vous savez combien la croyance à la contagion puerpérale a varié. Actuellement, une certaine génération médicale est trop loin de l'école pour que son éducation ait été suffisante.

Un autre point qui a passionné le corps médical, c'est l'emploi du chloroforme. Un jeune médecin, médaille d'or des hôpitaux, voulant enlever une loupe, endort son malade; celui-ci meurt. Le jeune médecin traverse rapidement la chambre où était la famille, en disant : « Tout va bien! » et se sauve. Il fut condamné devant le tribunal de première instance, pour n'avoir pas fait coucher son malade, pour ne lui avoir pas donné assez d'air, etc. Devant la cour, Velpeau déclara qu'on ne pouvait pas le condamner, parce que, comme il n'y avait pas un homme parmi nous à qui pareil malheur ne puisse arriver, on n'emploierait plus le chloroforme et qu'il y allait de l'intérêt de la société. Le jeune médecin fut acquitté par la cour.

Quand vous aurez à endormir, quel que soit l'anesthésique, ne soyez jamais seul. Une femme, surtout, a parfois des rêves voluptueux; elle peut, à son réveil, en conserver une idée un peu vague et croire que le médecin s'est livré sur elle à des actes impudiques. Si elle vous accuse, vous n'êtes pas poursuivi, faute de preuves, mais cette réhabilitation peut paraître insuffisante à l'opinion publique.

HOPITAL DU MIDI. — M. Charles Mauriac.

Syphilis tertiaire du poumon.

I

Dès le seizième siècle on soupçonna que la syphilis attaquait les poumons comme les autres viscères de l'organisme, et qu'il fallait lui attribuer une place importante dans l'ensemble des causes susceptibles de produire la consomption pulmonaire. Ambroise Paré, en son seizième livre *traitant de la grosse vérole*, s'exprimait ainsi au sujet des diverses affections qui sont le résultat de cette maladie : « Autres demeurent asthmatiques et hectiques, avec fièvre lente, et meurent tabides et desséchés. » Plus tard Schrœder, Bambilla, Baglivi, Hoffmann, Stoll, Joseph Frank, etc., ne mirent pas en doute l'influence de la syphilis sur les organes pulmonaires. Astruc décrivit la *phthisie vérolique*. Plenck, Swediaur parlèrent des vomiques vénériennes, accompagnées de consomption. Benjamin Bell, Baumes, Portal croyaient aux déterminations de la syphilis sur les poumons, à la *tuberculisation pulmonaire syphilitique d'emblée*, à la phthisie vénérienne. Petit-Radel, dans son ouvrage, consacrait un chapitre aux *affections syphilitiques des poumons*. En 1810, Lemonnier soutenait sa dissertation inaugurale sur la *phthisie pulmonaire syphilitique* et sur la phthisie considérée comme complication de la syphilis, etc.

Jusqu'aux premières années du dix-neuvième siècle, l'existence des pneumopathies syphilitiques fut démontrée par la clinique et surtout par les cures étonnantes qu'on obtenait, dans certains cas de consomption pulmonaire, au

moyen du traitement mercuriel. De nos jours cette question a été étudiée d'une façon plus approfondie et avec toutes les ressources de l'investigation moderne. Les recherches sont devenues plus précises et plus exactes. Peut-être la critique n'a-t-elle pas été toujours assez sévère dans le choix des observations (1). Il n'en est pas moins vrai que la syphiliographie s'est enrichie d'une série de travaux très importants qui se sont multipliés dans ces dernières années. Il fut un moment où la phthisie syphilitique étant pour ainsi dire à la mode, on en découvrit des cas dans tous les pays. Leur nombre devint même si considérable tout à coup, qu'il y eut lieu d'en être surpris. N'y avait-il pas en effet un peu d'exagération? Tant de faits qui semblaient se présenter à souhait aux observateurs étaient-ils de bon aloi? Aujourd'hui on en trouve moins dans les recueils scientifiques. Est-ce à dire que les pneumopathies syphilitiques soient devenues plus rares? Non, elles l'ont toujours été. Si on n'en parle pas autant, c'est que sans doute on juge la question suffisamment élucidée. Et elle l'a été en effet grâce aux publications de MM. Lagneau, Gintrac, Lacaze, Landrieux, Lancereaux, Fournier, Carlier, Jacquin, Cornil et Ranvier, etc., en France; de MM. Henop, Tiffani en Amérique; de MM. Colomiatti, Gamberini, Cantarano, Vecchi en Italie; de MM. Hertz, Pancritius, Rollet, Franck, Hiller, Schnitzler, Pawlinoff en Allemagne; de MM. Aufrecht, Mac Swiney, Robinson en Angleterre; de M. Thoresen en Suède, etc., etc.

Les pneumopathies syphilitiques ne se produisent guère pendant les premières années de l'infection. Ce sont des manifestations essentiellement tertiaires. On en a vu survenir au bout de dix ans (Maunoir), de vingt-trois (Chvostech), de treize (Lancereaux).

Il n'y a rien de fixe à cet égard. Ce que j'ai dit sur la chronologie des affections tertiaires du larynx et de la trachée leur est à peu près applicable. Mais elles sont encore plus tardives, et, parmi toutes les autres déterminations viscérales, il n'y en a pas qui se développent à une époque plus reculée. Aussi ne pourrait-on pas faire pour elles, comme pour les néphropathies et surtout pour les encéphalopathies syphilitiques, une catégorie de cas appartenant à la phase secondaire de la maladie constitutionnelle. Cependant j'ai vu un cas de syphilose pulmonaire chez un malade qui n'était infecté que depuis un an. M. le professeur Gamberini a rapporté l'observation d'un malade qui, deux mois à peine après l'accident primitif, aurait été atteint d'une affection pulmonaire à marche rapide, laquelle disparut en quelques semaines sous l'influence du traitement antisyphilitique. Rien n'est plus exceptionnel qu'une pareille précocité. Je suis le premier à dire qu'il faut s'en défier, bien que je croie en avoir vu un exemple.

Y a-t-il des statistiques qui nous permettent de fixer avec quelque précision la fréquence de la syphilose pulmonaire? Quels sont les chiffres qu'on pourrait fournir? Avec quoi faudrait-il les comparer? La fréquence de la syphilose pulmonaire n'est rien moins qu'établie, bien que MM. Schnitzler et Pancritius pensent le contraire. On peut même affirmer que, parmi les affections syphilitiques des viscères, celle des poumons occupe le dernier rang. Elle est excessivement rare, beaucoup plus que les laryngo-trachéopathies, qui elles-mêmes sont loin d'être très communes. Il y a donc d'immenses probabilités pour qu'un syphilitique quelconque échappe à la consomption pulmonaire. Je ne parle, bien entendu, que de celle qui émane directement de la syphilis.

II

Connaît-on les circonstances qui sont susceptibles d'en favoriser l'apparition? Non. Aussi, puis-je me dispenser de faire ici l'énumération banale de causes hypothétiques (1). Les affections aiguës et chroniques du poumon, telles que bronchite, emphysème, asthme, ne constituent point une prédisposition. Elles sont très rarement notées dans les antécédents des malades. En est-il ainsi de la phthisie tuberculeuse? Ses rapports avec la syphilis ont été l'objet de discussions nombreuses et ce point d'étiologie n'est pas encore complètement élucidé. Dans le poumon comme ailleurs, la syphilis et la tuberculose restent indépendantes l'une de l'autre. Elles conservent leur autonomie, sans s'attirer ni se repousser d'une façon évidente, malgré l'analogie et quelquefois l'étroite ressemblance de leurs lésions pulmonaires. Elles ne se combinent point assez intimement pour former des produits morbides hybrides, doués d'une individualité propre, susceptible de se transmettre. Il y a dans leur rencontre un simple fait de juxtaposition. Elles vivent côte à côte, en bonne intelligence et au grand détriment des malades; mais leurs rapports ne vont jamais jusqu'à créer des formes mixtes spéciales de pneumopathies tuberculo-syphilitiques. M. Gouguenheim et d'autres observateurs n'ont-ils pas vu la gomme et le tubercule évoluer tout près l'un de l'autre dans le parenchyme du poumon, sans se fusionner? La gomme guérissait et le tubercule, poursuivant sa marche, emportait les malades.

Mais ces deux pneumopathies ne sont-elles pas l'une pour l'autre une puissante cause de prédisposition? *A priori* on serait tenté de l'admettre. Et cependant, voyez combien peu de patients, sur le nombre infini des syphilitiques, de-

(1) C'est un reproche qu'on a fait à l'ouvrage considérable que le docteur Pancritius a publié sur les affections syphilitiques du poumon. Beaucoup d'autres, comme lui, ont affirmé l'origine syphilitique de manifestations morbides pulmonaires, sur la foi des anamnestiques les plus incertains et en dehors de tout antécédent significatif. Ajoutez, aux erreurs cliniques provenant de ce chef, les erreurs anatomiques commises par ceux qui ont pris pour des gommes et des scléroses spécifiques, des tubercules et des pneumonies chroniques ordinaires. Il ne suffit pas, en effet, qu'un sujet ait eu autrefois la syphilis pour déclarer que les pneumopathies dont il souffre sont la *conséquence directe* et *immédiate* de la maladie constitutionnelle. On est en droit, dans une question aussi délicate, d'exiger les quatre critériums suivants : 1° une filiation bien nette ou extrêmement probable entre la syphilis et l'affection pulmonaire; 2° une physionomie symptomatique, un processus particulier qu'on ne trouve pas d'ordinaire dans les pneumopathies d'ordre commun; 3° une action curative prompte, décisive, indéniable, par le mercure et l'iodure, avec guérison complète; 4° des lésions dont la spécificité ne puisse laisser aucun doute dans l'esprit.

De ces quatre critériums, il n'y a qu'un seul qui, aujourd'hui comme autrefois, ait une valeur réelle et saisissante, c'est le troisième, c'est-à-dire l'action curative des spécifiques, et encore ne peut-on pas, dans tous les cas, lui accorder une confiance absolue. Les autres, surtout le premier et le deuxième, sont beaucoup inférieurs. Le quatrième n'a acquis de l'importance que depuis la découverte du bacille de Koch.

Ces réserves faites, ne poussons pas le scepticisme jusqu'à nier à peu près complètement, ainsi que l'ont fait quelques cliniciens, l'existence de la syphilose pulmonaire. Dans une très intéressante monographie, M. Hiller (*Ann. de la Charité de Berlin*, 1884) a pu réunir, à côté de trente observations contestables, un grand nombre de cas qui semblent défier la critique la plus sévère et qui sont de date récente.

(1) Le sexe a peut-être une certaine influence sur le développement des pneumopathies syphilitiques. Dans les 75 observations, réunies par M. Carlier, il y avait 47 hommes et 28 femmes.

viennent tuberculeux sans un facteur étiologique autre que la syphilis! Combien peu, parmi la quantité considérable de phthisiques atteints de syphilis voient leurs poumons envahis par le syphilome! — Si ces deux grandes diathèses avaient l'une pour l'autre l'attraction invincible qu'on leur a si gratuitement prêtée, c'est par milliers qu'on compterait les cas de pneumopathies tuberculo-syphilitiques. Au lieu d'être une rareté, les gommes du poumon seraient infiniment plus communes que celles qui se développent sur tous les autres points de l'organisme. Or, c'est tout le contraire qui a lieu. Voilà un argument auquel il est difficile de répondre, si entiché que l'on soit de certaines affinités diathésiques. Ainsi la syphilis n'engendre point la tuberculose pulmonaire. Toutefois il est naturel d'admettre que, chez les individus prédisposés, elle hâte l'apparition de cette maladie, en débilitant tout l'organisme, et en diminuant la résistance qu'il avait opposée jusque-là aux attaques du bacille tuberculeux. Son action nuisible en pareil cas n'a rien de particulier. Toute autre maladie générale, en exerçant une dépression sur la vitalité de l'économie, produirait les mêmes résultats. D'un autre côté, les tubercules du poumon ne paraissent point un engrais morbide favorable à la germination du syphilome. On invoque bien la débilitation locale qu'ils produisent dans le parenchyme pulmonaire. Mais cet appel à la doctrine un peu vague et discutable du *locus minoris resistentiæ*, ne me paraît avoir aucune portée, puisqu'on peut lui faire cette réponse décisive : Comment se fait-il que, sur un si grand nombre de phthisiques atteints de syphilis avant la pneumopathie tuberculeuse, ou depuis, il y en ait si peu dont les poumons deviennent syphilomateux?

TRAITEMENT DU PSORIASIS

PAR L'IODURE DE POTASSIUM A HAUTE DOSE.

Ce traitement, préconisé par les docteurs Greve et Bœck, est considéré par le docteur Haslung (de Copenhague), comme le plus efficace contre le psoriasis, d'après ses propres expériences, bien qu'il ne mette pas les malades complètement à l'abri des rechutes; aussi doit-on le continuer encore pendant un certain temps après la guérison.

On commence par des doses relativement modérées, mais en les élevant rapidement, car la maladie ne commence généralement à céder que lorsque la dose quotidienne dépasse 10 grammes, bien que, chez quelques malades, on ait vu une amélioration notable survenir à celles de 7 à 10 grammes. Par contre, il est d'autres sujets chez lesquels il a fallu arriver jusqu'à 20, 30 et même 35 grammes. L'auteur cite même deux fillettes, l'une de neuf ans, l'autre de quatorze ans, qui ont pris, et en le tolérant parfaitement, jusqu'à 35 et 40 grammes d'iodure de potassium par jour.

Quant à la durée du traitement, elle a varié, dans les 50 observations rapportées par l'auteur, entre dix-sept jours et onze semaines, et la quantité totale du médicament, nécessaire pour obtenir la guérison, a oscillé : 1° entre 160 et 1 390 grammes, pour les hommes; 2° entre 526 et 1 328 grammes pour les femmes; et 3° entre 277 et 1 520 grammes pour les enfants.

Enfin sur 50 cas de psoriasis, traités par M. le docteur Haslung, par l'iodure de potassium à haute dose, les résultats ont été de 40 guérisons complètes, 4 améliorations considérables, 6 échecs.

Les 40 cas de guérison se répartissent entre 24 hommes, 3 femmes et 13 enfants au-dessous de quinze ans. (*Union médicale.*)

INFLUENCE DE L'ALIMENTATION

SUR LA LACTATION ET L'ALLAITEMENT.

Par M. le docteur S. Zaleski.

De nombreuses recherches sur ce sujet il résulte que :

1° Un lait trop gras agit fâcheusement sur le développement et la nutrition d'un nourrisson;

2° Une nourriture trop abondante, et composée principalement d'albumine, produit une augmentation considérable de la graisse en même temps qu'une diminution du sucre;

3° En modifiant la nourriture et les habitudes d'une nourrice, on peut, jusqu'à un certain point, modifier aussi la composition de son lait;

4° De même que chez les animaux, l'alimentation a, chez la femme, une grande influence sur la composition de son lait;

5° La graisse du lait se forme tantôt directement, tantôt indirectement, par l'intermédiaire de l'albumine des aliments. (*Wratsch. et Bullet. de Thér.*)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 mars 1888. — Présidence de M. Siredey.

COMMUNICATIONS

Traitement de l'hypertrichose. — **M. BROCH** fait une communication sur le traitement de l'hypertrichose par l'électrolyse. Il rappelle le premier travail qu'il a lu à la Société sur le même sujet en février 1887. Depuis cette époque il a observé un assez grand nombre de faits qui lui ont permis de confirmer ses premiers essais et de modifier avantageusement sa méthode. Si l'introduction de l'aiguille dans le follicule pileux est trop douloureux, il obtient l'anesthésie par une injection sous-cutanée de cocaïne. Il emploie un courant moins fort que celui qu'il avait indiqué dans sa première communication. On peut, par l'électrolyse, enlever trente à cinquante poils en une séance. Lorsque les piqûres sont bien faites, elles ne laissent pas la moindre cicatrice. Si elles sont faites trop fréquemment ou si elles sont trop rapprochées les unes des autres, elles ont l'inconvénient de favoriser la repullulation des poils. Appliquée dans les conditions indiquées par M. Broch, c'est-à-dire avec une certaine prudence de la part du médecin, avec une grande persévérance et une certaine énergie de la part du malade, l'électrolyse peut être considérée comme un moyen certain de guérison de l'hypertrichose.

M. MILLARD a observé un fait dans lequel l'épilation à outrance a fini par amener la disparition presque complète des poils.

M. BROCH dit que ce fait doit être extrêmement rare; généralement l'épilation donne lieu à la reproduction de poils véritablement monstrueux, c'est là le résultat ordinaire de l'épilation. En dehors de l'électrolyse, M. Broch n'a vu obtenir quelques résultats que par l'emploi des poudres sèches, d'amidon et de thym, par exemple.

Hémoglobinurie. — **M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL** donne lecture d'une note de M. le docteur Salles, médecin-major à Médéah, sur l'hémoglobinurie, à l'occasion de la communication de M. Hayem. Contrairement à l'opinion émise par ce dernier, M. Salles pense que la cause de l'hémoglobinurie est un processus sanguin et que la lésion rénale n'est qu'une conséquence et n'existe pas au début. Il a observé plusieurs faits qui viennent à l'appui de cette manière de voir. Il n'entend parler ici que de l'hémoglobinurie paroxystique.

M. HAYEM rappelle qu'il ne rattache pas tous les cas d'hémoglobinurie à une lésion rénale. Toutefois il maintient son opinion à savoir que l'hémoglobinurie d'origine sanguine ne se trouve jusqu'ici nullement démontrée par les faits invoqués par les auteurs partisans de l'hémoglobinémie. L'observation de M. Salles,

d'ailleurs très intéressante, n'est pas, à ce point de vue, plus démonstrative que celles qui l'ont précédée.

M. MILLARD lit une note sur un cas d'hémoglobinurie paroxystique *a frigore*, ce fait vient à l'appui de l'origine rénale de l'hémoglobinurie. Il s'agit d'une femme de trente et un ans, sans antécédents pathologiques, qui a été prise de plusieurs attaques successives d'hémoglobinurie toujours provoquées par le refroidissement; chaque fois, après un refroidissement, elle est prise de douleurs de reins et le lendemain urine du sang. Elle ressentait surtout ses douleurs lombaires et abdominales du côté gauche. M. Millard adopte l'origine rénale qui lui paraît ici plus admissible que l'ingénieuse explication de l'hémoglobinémie soutenue par M. Lépine.

M. ALBERT ROBIN communique un cas d'hémoglobinurie provoquée, non par le froid, mais par la marche. Il s'agit d'un jeune homme de seize ans qui, en décembre 1884, constata qu'à la suite de longues promenades, il rendait des urines rouges. Ce malade fut soigné par M. le docteur Collette (de Dijon) qui crut d'abord à une hématurie symptomatique d'un calcul rénal et ne tarda pas à abandonner ce diagnostic. Il appela M. Robin en consultation. Ils firent faire trois kilomètres à ce jeune homme et constatèrent qu'en effet, après sa promenade, il rendait des urines rouges. L'examen de ses urines montra d'abord l'absence de globules rouges, puis la présence de 50 centigrammes d'albumine par litre et d'une grande quantité d'acide urique. Le soir, l'urine n'était plus colorée, mais il y avait un gramme d'albumine et toujours beaucoup d'acide urique. Le diagnostic d'hémoglobinurie paroxystique se trouva donc confirmé. Le traitement prescrit fut le suivant: repos et régime lacté mixte. Le malade allait mieux et pouvait commencer à marcher pendant un certain temps sans présenter de nouvelles crises d'hémoglobinurie.

En septembre 1885, voyageant en Suisse, après une promenade assez longue et sur un terrain accidenté, il fut pris d'une violente douleur rénale, présentant les caractères d'une colique néphrétique, et rendit de nouveau des urines colorées. Cette crise douloureuse cessa brusquement après qu'il eut expulsé une petite masse fibrineuse, molle, composée surtout d'oxalate de chaux et considérée, par M. Robin, comme un calcul en formation. Il insiste sur cette particularité à laquelle il attache une très grande importance, au point de vue de la prédisposition du rein. Après un traitement prolongé par le repos, le régime lacté mixte, la guérison a été obtenue et est restée définitive. Cette observation vient encore à l'appui de l'origine rénale de l'hémoglobinurie.

M. FÉRÉOL demande si les parents de ce jeune homme étaient goutteux.

M. ALBERT ROBIN répond que ce jeune homme n'avait aucune tare héréditaire.

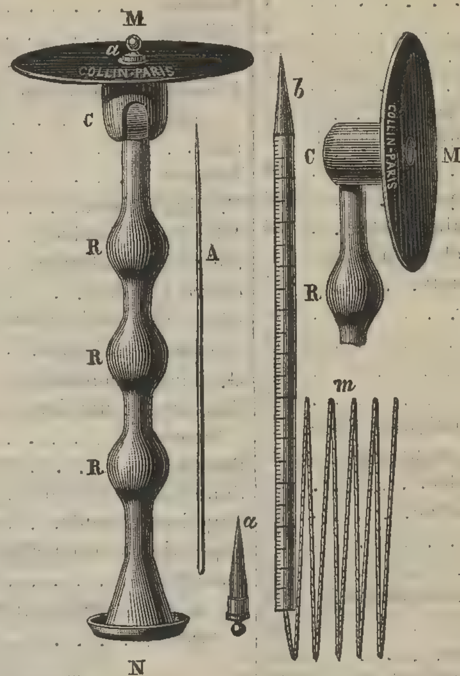
La séance est levée.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Le stéthoscope du docteur Reynal O'Connor.

Cet instrument se compose de trois renflements R R R de forme ovoïde, placés bout à bout dans un cylindre métallique. Ces résonnateurs sont d'une très faible minceur et faits avec une lame de métal approprié. A la partie supérieure ou auriculaire il existe une ampoule ou cloche C, métallique, qui sert à concentrer les vibrations. L'extrémité N est évasée pour éviter de blesser les tissus quand on applique le stéthoscope sur le ventre pendant la grossesse ou quand on désire presser les vaisseaux dans les cas de souffle, etc.

L'extrémité supérieure ou auriculaire peut s'incliner et tourner dans la cloche, et la plaque M prendre la direction verticale comme il est indiqué à la droite de la gravure, afin de permettre l'auscultation sans appuyer la tête verticalement, et par conséquent, éviter la congestion de l'oreille, comme il arrive dans certains cas. De plus, le docteur Reynal O'Connor, suivant le principe qu'il faut toujours limiter la surface du cœur et mesurer la voussure de la cage thoracique dans les cas d'inflammations des séreuses, a joint un crayon en métal de 10 centimètres de long, divisé en centimètres, et ayant à ses deux extrémités deux porte-mines dermographiques: l'un *b*, de couleur bleue, et l'autre



a, de couleur rouge; dans l'intérieur du crayon il a mis un mètre M en acier, et une aiguille A pour l'examen de la sensibilité du malade. Le tout est enfermé dans le crayon que l'on introduit dans l'intérieur du stéthoscope en vissant l'extrémité *a* du crayon dans le trou auriculaire, comme l'indique la figure à gauche du dessin.

PRÉFECTURE DE POLICE.

SERVICE MÉDICAL DE NUIT DANS LA VILLE DE PARIS.

Par M. le docteur PASSANT.

Statistique du 1er janvier au 31 mars 1888.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	TOTAL
1er	15	15	3	33
2e	12	21	5	38
3e	47	53	12	112
4e	29	56	12	97
5e	15	43	15	73
6e	23	41	6	70
7e	21	21	4	46
8e	10	17	1	28
9e	17	28	2	47
10e	27	41	5	73
11e	84	135	36	255
12e	32	54	13	99
13e	27	80	37	144
14e	46	73	14	133
15e	43	77	25	145
16e	15	25	3	43
17e	41	49	10	100
18e	75	83	25	183
19e	40	70	24	134
20e	68	109	46	223
	687	1 091	298	2 076

MALADIES OBSERVÉES

A. Angines et laryngites	94	Accouchement non terminé	30
Croup	38	E. Affections cérébrales	108
Coqueluche	9	Convulsions, éclampsies	59
Corps étranger de l'œsophage	1	Névralgie	29
Otite	2	Névroses	96
Ophthalmie	2	Epilepsie	28
B. Asthme	49	Aliénation mentale	12
Affections du cœur	68	Alcoolisme, delirium tremens	30
Bronchites aiguës et chroniques	124	Rage	1
Pleuro-pneumonie	106	Tétanos	1
Congestion pulmonaire	50	F. Rhumatisme	43
C. Affections et troubles gastro-intestinaux	131	Affections éruptives	49
Cholérine	41	Fièvre intermittente	3
Dysentérie	4	Fièvre typhoïde	31
Athrepsie	17	Hémorrhagies de causes internes et externes	86
Sclérème	1	G. Plaies, contusions	98
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines	60	Fractures, luxations, entorses	43
Hernie étranglée	22	Brûlures	6
Rétention d'urine	66	Congélation des pieds	1
Phimosis	1	Empoisonnements	18
Orchite	2	Asphyxie par le charbon	13
D. Métrite, métro-péritonite	50	Suicide	4
Métrorrhagie	43	H. Mort à l'arrivée du médecin	69
Fausse couche	45		
Accouchement, délivrance	242	Total	2 076

La moyenne des visites est de 22,81. Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 22,19.

Visites du premier trimestre de 1887	1 997
Visites du premier trimestre de 1888	2 076
Différence en plus	79

Les hommes entrent dans la proportion de 33 p. 100.
Les femmes — — 53 —
Les enfants au-dessous de trois ans 14 —

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1887-1888.

168. M. Monprofit. Salpingites et ovarites. — 169. M. Beaudonnet. Spermatogenèse dans l'oblitération de la vaginale. — 170. M. Lefèvre. De la révulsion dans les troubles médullaires *a frigore*. — 171. M. Versepuy. De la périmétrite et son traitement. — 172. M. Brossier. Des abcès du foie expectorés.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 9 avril 1888, ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe. — MM. les pharmaciens diplômés de première classe Buchet, Villejean, Flach, Petit, Prelier, Buttner, Bonfait, Seror, Reverchon, Bouny et Donnadieu.

— Par décret, en date du 13 avril 1888, M. le médecin-principal de première classe Dujardin-Beaumetz, directeur du service de santé au ministère de la guerre, est promu au grade de médecin-inspecteur, en remplacement de M. le médecin-inspecteur Perrin, admis dans la section de réserve. M. le médecin-inspecteur Dujardin-Beaumetz est maintenu dans ses fonctions actuelles.

— Par décret, en date du 13 avril 1888, M. le médecin-inspecteur Gaujot, membre du comité consultatif de santé, est nommé directeur de l'École de médecine et de pharmacie militaires, en remplacement de M. le médecin-inspecteur Perrin, admis dans la section de réserve du cadre du corps de santé militaire.

— Par décret, en date du 12 avril 1888, ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Gouvernement militaire de Paris. — *Au grade de médecin aide-major de première classe.* — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Toussaint, Outin, Pelaprat, Vanderabeele, Faucher, Salasc, Guyard, Deschamps, Salis, Delisle et Olivier.

Gouvernement militaire de Lyon et 14ᵉ corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe.* — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Barnay, Aulas, Maffre, Lacour et Janez.

— M. François, maître de conférences à la Faculté des sciences de Rennes, est chargé d'une mission en Océanie et particulièrement à Taïti, en vue d'y étudier les polypes coralligènes et les récifs madréporiques.

— *École de médecine de Nantes.* — M. Hervouët, suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes, est chargé d'un cours d'hygiène et de médecine légale.

— *Faculté des sciences de Dijon.* — M. Depousargues, licencié ès sciences naturelles, est chargé, pendant la durée du congé accordé à M. Schmitt, des fonctions de préparateur de zoologie.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Maher, directeur du service de santé de la marine, en retraite; Pion, directeur du « Poitou médical », et de Mˡˡᵉ Faure, sage-femme en chef de la Maternité de Montpellier, décédée à la suite d'une fièvre typhoïde, dans sa vingt-quatrième année. M. le docteur Antoine Gaillard (de Bourganeuf) s'est fait l'interprète des profonds regrets que laisse cette jeune femme.

— M. le docteur Sarade est nommé médecin adjoint au collège Rollin (emploi nouveau).

M. le docteur Doillon est nommé médecin du lycée de Vesoul, en remplacement de M. le docteur Gevrey, décédé.

— M. le professeur Ed. Becquerel a ouvert son cours de physique appliquée aux sciences naturelles le lundi 16 avril 1888, à une heure, dans le grand amphithéâtre du Muséum, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure. Il traitera de la météorologie et de la climatologie dans leurs rapports avec les sciences naturelles. Il exposera notamment les phénomènes dépendant du rayonnement, du mouvement des masses aériennes, ainsi que de l'action calorifique électrique et hygrométrique de l'atmosphère.

— M. le professeur Straus commencera le cours de pathologie expérimentale et comparée, le mardi 17 avril 1888, à quatre heures, à l'amphithéâtre du laboratoire de pathologie expérimentale (École pratique, premier étage), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

— M. Hallopeau reprendra, le jeudi 19 avril, à dix heures du matin, à l'hôpital Saint-Louis, dans la salle n° 1 du pavillon Bazin, ses leçons sur les maladies cutanées et syphilitiques, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

— M. le professeur Fournier reprendra ses leçons cliniques sur les maladies cutanées et syphilitiques, à l'hôpital Saint-Louis, le vendredi 20 avril 1888, à dix heures du matin, et les continuera les mardis et les vendredis suivants à la même heure.

Le mardi, leçon au lit du malade; le vendredi, leçon à l'amphithéâtre; le jeudi, leçon sur l'anatomie normale et pathologique de la peau par M. le docteur J. Darié, chef du laboratoire d'histologie.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Congrès international d'hydrologie et de climatologie, compte rendu de la 1re session, Biarritz 1886. 1 gr. vol. in-8° jésus cartonné, de 610 pages. — Prix : 12 francs. — Paris, O. Doin.

Leçons cliniques sur les tænias de l'homme, par L.-J.-B. Bérenger-Féraud, directeur du service de santé de la marine et de l'École de médecine navale de Toulon, membre correspondant de l'Académie de médecine. 1 vol. in-8° de 370 pages avec 50 figures dans le texte. — Prix : 8 francs. — Paris, O. Doin.

La raison dans la folie, étude pratique et médico-légale sur la persistance partielle de la raison chez les aliénés et sur leurs actes raisonnables, par le docteur V. Parant, directeur de la maison de santé de Toulouse, membre correspondant de la Société médico-psychologique, etc. 1 vol. in-8° de 420 pages. — Prix : 7 francs. — Paris, O. Doin.

Nouveau Dictionnaire classique illustré, 19 cartes, 700 gravures, dont 70 figures d'ensemble; 1000 articles encyclopédiques, par M. A. Gazier, maître de conférences à la Faculté des lettres de Paris. 5e édition. 1 vol. in-12, reliure anglaise. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Armand Colin et Cie, 1, 3, 5, rue de Mézières.

Nouvelle méthode de traitement de la diphthérie, par le docteur G. Guelpa, membre de la Société de médecine pratique, membre correspondant de la Société de climatologie algérienne. 1 vol. in-8° de 80 pages. — Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin.

De l'acclimatation des Européens dans les pays chauds, par G. Treille, médecin principal de la marine, directeur de la rédaction des Archives de médecine navale, membre du Conseil supérieur de santé de la marine. 1 vol. in-8° de 140 pages. — Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 46. — JEUDI 19 AVRIL 1888. 61e ANNÉE. JEUDI 19 AVRIL 1888. — N° 46.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Pas de grandes discussions, mais quelques lectures et plusieurs présentations, constituent seules le bilan de la séance d'hier.

Ce sont d'abord un long travail de M. Decaisne sur le vertige des fumeurs, à la suite d'un usage immodéré du tabac, vertige qui s'observe surtout chez les sujets ayant dépassé l'âge de cinquante ans, et s'accompagne le plus souvent d'accidents du côté des voies digestives. Puis, M. Rochard a lu un intéressant rapport sur les bienfaits des colonies scolaires, de beaucoup préférables aux longues et fatigantes excursions, et qu'il voudrait voir, ainsi que M. Lagneau, se généraliser aux élèves des lycées et des collèges, au plus grand profit de leur santé et de leur instruction, au lieu de rester le privilège d'un millier au plus d'enfants de nos écoles primaires, et n'être, en somme, qu'une goutte d'eau à la mer.

La présentation, par M. Cornil, d'un travail de MM. Chantemesse et Widal, sur le microbe de la dysentérie épidémique, et la lecture, par M. Terrillon, de trois nouvelles observations de salpingo-ovarites, guéries par la laparotomie, ont terminé la séance.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Péan.

Du morcellement appliqué à l'ablation des tumeurs.

(Leçons recueillies par M. Lapervenche, interne des hôpitaux).

I

En 1873, nous avons présenté à l'Académie de médecine un travail sur une nouvelle méthode d'ablation des tumeurs, méthode que nous avions imaginée depuis de longues années déjà et qui nous avait rendu les plus grands services (1).

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1873, p. 804, 811.

Depuis cette époque, vous nous avez vu y recourir journellement et vous avez été à même comme nous d'en apprécier les avantages.

Il nous avait semblé, après les publications que nous avions faites à ce sujet, et surtout après les nombreuses observations que nous avions publiées, que le manuel avait été parfaitement compris, non seulement de ceux qui, comme vous, assistent habituellement à nos leçons cliniques, mais encore de tous ceux auxquels la lecture en a été soumise. En effet, quoi de plus facile à comprendre que le morcellement et le pincement des vaisseaux combinés, quand on l'a vu appliquer aux diverses régions? Cette méthode m'a été suggérée par des études anatomo-pathologiques nombreuses et suivies, qui m'ont permis de constater que la plupart des tumeurs sont peu vasculaires dans leur portion centrale, tandis que les vaisseaux qui les nourrissent abondent à leur périphérie où ils augmentent de nombre et de volume à mesure qu'elles s'accroissent.

Au début de ma pratique je me contentais de pincer les vaisseaux contenus dans les enveloppes propres, et ceux qui étaient situés en dehors d'elles, puis je poursuivais la dissection à la périphérie avec les pinces, le bistouri, les ciseaux, le galvano ou le thermocautère, de façon à obtenir l'ablation en masse, par dissection ou par énucléation.

En réalité, l'opération ainsi conduite offrait déjà un grand avantage sur celles que j'avais vu pratiquer par mes maîtres et sur celles dont la description était donnée par les auteurs classiques. En substituant à la ligature le pincement préventif, temporaire et définitif des vaisseaux, nous avions considérablement abrégé la durée des opérations; aussi, dès cette époque, nous pûmes tenter l'ablation de masses néoplasiques volumineuses, vasculaires, que l'on n'avait pas osé jusqu'ici aborder.

Mais le progrès fut bien autrement considérable le jour où, m'étant rendu compte du peu de vascularité intérieure de la plupart des grandes tumeurs, je n'hésitai pas à les attaquer d'emblée par leur portion centrale, même quand elles étaient extrêmement vasculaires, comme les thyroïdiennes, les utérines, les ovariennes, les mésentériques, les spléniques, les rénales, les osseuses, à les sectionner dans toute leur épaisseur et à les enlever par fragments du centre à la surface. Nos tentatives furent couronnées de succès et nous permirent d'obtenir des résultats encourageants. Vous en avez été souvent témoins et je ne reviendrais pas aujourd'hui devant vous sur les données générales de la méthode si, contre mon attente, nombre de chirurgiens français et

étrangers ne m'écrivaient journellement pour me demander des renseignements à ce sujet, ce qui nous prouve que les opérateurs ne doivent jamais négliger de donner à la description des opérations qui leur sont le plus familières une grande précision, s'ils tiennent à les vulgariser.

Il n'est aucune région, aucune tumeur auxquelles le morcellement ne soit applicable. Ce n'est pas à dire que le chirurgien doive nécessairement y recourir quand la production morbide est petite et sous-cutanée; cependant, même dans ce cas, il nous rend souvent de véritables services en nous permettant d'apprécier extemporanément l'épaisseur et l'étendue du tissu morbide. Il est surtout indiqué pour l'ablation des tumeurs larges, profondes, très riches en vaisseaux périphériques. Toutefois, son application nécessite certaines précautions. Elle exige le concours du pincement préventif, temporaire ou définitif des vaisseaux afférents et efférents. En l'absence du pincement, on peut recourir, parfois même avec avantage, à la ligature simple ou élastique, à l'écrasement linéaire, à l'anse galvanique, au thermocautère ou à la pince-scie.

La ligature préventive se fait avec des fils de soie, de lin, de caoutchouc ou de métal, avec ou sans le concours d'instruments qui facilitent la constriction (pinces, serre-nœuds). L'écraseur linéaire, l'anse galvanique, le thermocautère, la pince-scie sont des instruments dont vous connaissez la forme et l'action hémostatique par l'application journalière que nous en faisons devant vous, aussi bien que par les descriptions que nous en avons données dans nos travaux antérieurs.

Le pincement se fait, comme vous le savez, avec les pinces à arrêt, que nous avons imaginées il y a près de trente ans et dont les nombreux modèles se trouvent dans les catalogues de nos meilleurs fabricants (1). C'est lui qui permet le mieux de mettre en œuvre le morcellement. Quelques chirurgiens, peu au courant de notre méthode, et qui n'en ont compris ni la raison d'être, ni la valeur, ont cherché à nous en disputer le mérite, bien inutilement, car toutes nos recherches ont été publiées et poursuivies devant l'auditoire nombreux et instruit qui suit nos leçons hebdomadaires dans les hôpitaux. Ne connaissant pas les ressources du pincement, ces opérateurs croient qu'un seul genre de pinces suffit dans tous les cas, ce qui prouve leur ignorance. D'autres, mis au courant de nos recherches, mais manquant de justice, ont cherché à faire croire que, pour chaque opération, il faut un modèle de pinces spécial, auquel ils voudraient donner leur nom, alors qu'ils se contentent de prendre nos modèles chez les fabricants qui, dans leurs catalogues, décrivent avec figures toutes les variétés de longueur, de force, de configuration qu'ils ont pris soin de leur donner d'après nos indications.

Vous, qui connaissez depuis longtemps nos travaux, vous m'avez souvent dit combien ces tentatives sont peu sérieuses. Vous n'ignorez pas qu'il faut souvent se munir de plusieurs modèles de pinces pour une seule opération, et que, pour l'ablation d'un certain nombre de tumeurs, nous associons au pincement l'écraseur linéaire, le galvanocautère, le thermocautère ou la pince-scie; vous savez aussi qu'il est des tumeurs dont le tissu est tellement dur, celles du squelette, par exemple, qu'il faut, pour les morceler, recourir à des instruments puissants, tels que nos pinces emporte-pièce et notre polytritome, instruments qui ont l'avantage d'être plus faciles à manœuvrer que les scies à manche, la gouge et le maillet, et de ne pas produire dans la région un ébranlement fâcheux. Sans nul doute, si les confrères, qui nous demandent si souvent des renseignements sur notre méthode, connaissaient tous ces instruments et surtout s'ils nous les avaient vu appliquer, ils les auraient mis depuis longtemps en œuvre. Mais puisqu'il s'agit de les éclairer et de combattre les tentatives singulières que quelques-uns s'ingénient à faire pour nous en disputer l'invention, nous allons exposer devant vous notre méthode de morcellement combiné au pincement. Aujourd'hui, nous nous contenterons de faire passer sous vos yeux la plupart des instruments nécessaires pour l'appliquer; dans les leçons suivantes, nous vous citerons, avec exemples à l'appui, les principaux cas dans lesquels elle est avantageuse.

(1) MM. Guéride, Mathieu et Mariaud ont, les premiers, construit nos pinces.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Jaccoud.

Néphrite parenchymateuse ancienne; pneumonie, anurie.

Un certain nombre de médecins se refusent encore à admettre l'empoisonnement urémique, lorsqu'il ne se traduit pas par des accidents nerveux ou céphaliques, c'est là une erreur grave, sur laquelle j'ai déjà appelé plusieurs fois l'attention dans mes leçons cliniques, et sur laquelle je veux profiter d'une malade, actuellement dans nos salles, pour insister de nouveau.

Cette femme est la malade, couchée au n° 3 de la salle Laënnec; bien que n'ayant eu ni douleurs de tête, ni troubles intellectuels, ni convulsions d'aucune sorte, elle n'en présente pas moins la forme la plus grave et la plus incontestable de l'urémie; elle est affectée, en effet, d'anurie totale, développée au cours d'une maladie de Bright chronique.

Voici d'ailleurs son histoire. Elle est entrée mercredi soir, dans un état qui n'est point tout à fait celui qu'elle présente aujourd'hui. Depuis longtemps, elle était atteinte d'une affection brightique chronique, et les renseignements qu'elle nous a fournis, sur l'état de sa santé depuis deux ans, ne pouvaient nous laisser aucun doute.

En effet, c'est en 1885, que, jouissant toujours jusqu'alors d'une bonne santé cette femme, âgée de trente-huit ans et blanchisseuse, fut, certain jour, complètement mouillée par la pluie. Dès le lendemain elle tomba malade et, quelques jours plus tard, elle entra dans un hôpital présentant une enflure prononcée des jambes et du visage. Après un assez court séjour, elle fut suffisamment améliorée, pour rentrer chez elle et y reprendre ses occupations. Cependant, à dater de ce moment elle fut, à plusieurs reprises, forcée de cesser tout travail, et même de garder la chambre pendant huit, dix et, parfois même, quinze jours, pour les mêmes phénomènes d'enflure compliquée de vomissements. Mais chaque fois aussi, ces accidents cessaient sous l'influence du repos, et la malade reprenait son travail.

L'ancienneté de ces phénomènes, leur nature et leur similitude, à chaque crise, nous ont conduit, immédiatement, à dire que cette femme avait contracté, à la suite d'un refroidissement, une néphrite, laquelle est devenue chronique; et, vu l'œdème et les vomissements, j'ajoute : une néphrite parenchymateuse.

Les choses étaient ainsi, et la malade se trouvait dans

son état de santé ordinaire, c'est-à-dire néphrétique, lorsque, le 2 de ce mois, elle fut prise brusquement d'accidents nouveaux : frissons, fièvre, point de côté et vomissements, accidents qui allèrent en augmentant, le lendemain et le surlendemain, se compliquant bientôt de dyspnée, qui alla aussi en croissant en même temps que les vomissements. Ces derniers étaient presque incoercibles, ils étaient spontanés, de même que la moindre ingestion liquide les provoquait aussitôt. C'est ainsi que, l'état général s'aggravant. elle se décida, au huitième jour, c'est-à-dire mercredi soir, à entrer dans mon service d'hôpital, vomissant sans cesse, en proie à une dyspnée grave et à une anurie presque complète. En effet le cathétérisme de la vessie, pratiqué peu d'instants après son arrivée, ne donna que 15 à 20 grammes d'urine ; j'ajoute, pour le dire tout de suite, que l'anurie est depuis lors *totale*. Cette urine se coagulait en masse, l'albumine qu'elle contenait était d'un gris noirâtre et formait, dans la vessie, de gros flocons, nous démontrant ainsi qu'il s'agissait bien d'une néphrite très grave et ancienne.

En somme, nous étions donc, mercredi soir, en face d'une femme, atteinte d'accidents aigus survenus depuis huit jours, dans le cours d'une néphrite parenchymateuse chronique.

Mais d'autre part, il n'existait aucun trouble mental, la femme avait conservé toute la lucidité de son intelligence, mais presque en même temps que les frissons et les vomissements étaient apparus, la sécrétion urinaire avait diminué considérablement ; elle était réduite, dès les premiers jours, à deux ou trois verres dans les vingt-quatre heures, puis moins encore, pour en arriver, depuis mercredi soir, jusqu'à aujourd'hui encore, à la suppression complète, à l'anurie *totale :* la sonde sort toujours à sec de la vessie.

On assigne généralement à l'urémie, comme un des caractères les plus importants, l'apyrexie ; cela est très juste, mais ce n'est pas une condition *sine qua non* des accidents de l'urémie, celle-ci coïncidant, dans certains cas, avec des phénomènes susceptibles d'amener la fièvre pour leur propre compte. L'apyrexie, en réalité, n'appartient qu'à l'urémie isolée de toute association morbide. Ces associations sont nombreuses dans l'urémie d'origine brightique, les malades étant exposés à des inflammations viscérales, comme la pneumonie par exemple, ou séreuses, comme la pleurésie et la péricardite notamment. C'est dans ces cas-là, que la fièvre apparaît. C'est donc aussi dans quelque association de cette nature, que nous devions chercher la cause de l'élévation de la température, observée chez notre malade, le mercredi soir (39°2), le jeudi matin (38°2), etc.

Chez elle les symptômes imputables à l'urémie étaient donc les vomissements verts, bilieux, porracés, et l'absence de diarrhée nous montrait, en outre, qu'il ne s'agissait pas d'une urémie à forme gastro-intestinale, dans laquelle la diarrhée est aussi fréquente que les vomissements. De plus, comme autres symptômes se rattachant à l'urémie, cette femme est une hyperesthésiée générale, telle que toute pression, sur un point quelconque du corps, était fort douloureuse ; cette hyperesthésie était plus prononcée au niveau des articulations et surtout au genou droit, où elle avait le caractère d'une véritable arthralgie. Enfin la langue était sèche, un peu racornie ; et l'on constatait, comme un effet indirect de l'urémie, résultant de la permanence de l'état nauséeux, des lipothymies continues. Au premier moment, on aurait peut-être été tenté de songer à des accidents de péritonite, par les traits dominants de la symptomatologie (vomissements porracés, sensibilité extrême du ventre, fièvre, etc.), mais à ces phénomènes manquait le météorisme du ventre qui était, au contraire, parfaitement plat, et de plus, l'hyperesthésie n'était pas limitée aux parois abdominales, mais, ainsi que je l'ai dit tout à l'heure, elle était généralisée, présentant seulement de l'exagération, en certains points du corps, parmi lesquels l'abdomen.

Mais s'il ne s'agissait de rien de tout cela, à quelle cause pouvions-nous donc attribuer la fièvre? C'est ce que l'examen de la poitrine nous a montré. En effet, jeudi matin, nous constations, dans la région précordiale, les signes limités d'une péricardite sèche (bruits de frottement) ; puis dans l'appareil respiratoire, du côté gauche, à la base du poumon, une certaine diminution de la sonorité normale, ainsi que des râles fins et un timbre soufflant de l'expiration, c'est-à-dire les signes d'un foyer pneumonique, au commencement de la résolution. Voici pour le côté gauche. A droite nous ne trouvions que des râles humides, à la partie moyenne.

D'où nous concluons, que le 2 de ce mois notre malade a contracté une pneumonie — légitime ou bâtarde, nous ne saurions le dire — avec un peu de retentissement sur le péricarde ; de là les phénomènes fébriles et l'aggravation considérable de la maladie de Bright. Voilà pourquoi nous n'avons pas attribué les phénomènes dyspnéiques à l'urémie, mais bien à l'état du poumon gauche et du péricarde. Notre diagnostic se trouve confirmé par ce fait que, dès que la pneumonie a été en voie de résolution, la dyspnée a diminué, puis cessé tout à fait, tandis que l'anurie persistait. Hier matin, la fièvre était en pleine défervescence (37°2 le matin, 37 degrés le soir), les frottements eux-mêmes s'entendaient à peine ce matin ; il en est de même des râles du poumon gauche, où la résolution s'affirme de jour en jour.

Bref cette femme est mieux, ou plutôt elle est moins mal, depuis la chute de la fièvre, malgré la persistance de l'anurie depuis mercredi soir et la vacuité totale de la vessie. De ce côté, le danger persiste donc encore, car si je ne parviens pas à rétablir la perméabilité de la vessie, cette femme est absolument perdue.

Cette anurie, qui s'est produite à l'occasion de la pneumonie, est due à l'encombrement des reins par les produits de l'inflammation parenchymateuse, à leur obstruction complète ; il est parfaitement possible que le processus phlegmasique du poumon et du péricarde ait aussi frappé les reins. Quoi qu'il en soit, il est certain qu'il y a obstruction totale de l'appareil rénal. Les indications thérapeutiques sont donc très nettes, elles sont au nombre de trois : 1° rétablir la perméabilité des reins ; 2° éliminer les matières toxiques accumulées dans l'organisme ; 3° détruire la partie des produits des toxiques, qui ne pourrait être éliminée.

Dans les cas ordinaires, alors qu'on a du temps devant soi, les meilleurs moyens sont le régime lacté absolu et les inhalations d'oxygène ; ces dernières, qui doivent toujours figurer dans le traitement de l'urémie, que l'on ait ou non du temps devant soi.

Mais si le cas est pressant, il faut abandonner le régime lacté, dont l'efficacité serait trop longue à attendre, et l'on doit recourir aux drastiques, afin d'éliminer les matières toxiques, et de faciliter la perméabilité rénale.

Enfin si le cas est tout à fait urgent, il n'y a qu'un seul moyen : la saignée.

Or qu'avons-nous fait chez notre malade? A son arrivée elle était déjà mourante; on l'a soumise aux inhalations d'oxygène sans avoir recours à la saignée, tant le pouls était faible et petit; d'autre part les vomissements incoercibles n'ont permis ni le lait ni les drastiques.

Le lendemain matin — avant-hier jeudi — l'état était le même; je prescrivis une saignée; deux fois on piqua la veine, mais en vain, car on n'obtint, à grand'peine, que de 10 à 12 grammes d'un sang bavant, et ce fut tout. Les vomissements continuaient, les difficultés augmentaient, je dus me borner aux inhalations d'oxygène, et à soutenir la malade avec un peu d'eau-de-vie et de la glace.

Enfin hier matin, l'anurie persistant, je tentai, malgré les vomissements, le drastique suivant :

Eau-de-vie allemande. . . .	20 grammes.
Sirop de nerprun.	2 —

La malade le garda pendant 10 minutes et, malgré les vomissements qu'elle eut ensuite, le médicament détermina cinq selles dans la journée et deux cette nuit. Bien qu'au point de vue de l'absence des urines, le résultat soit négatif, j'ai lieu néanmoins d'être satisfait de l'action du médicament, médicament que j'ai prescrit de nouveau aujourd'hui, d'autant plus volontiers que les vomissements sont moindres. En tous cas, si le médicament était rendu immédiatement, j'ai prescrit un lavement huileux contenant :

Huile d'amandes.	100 grammes.
Huile de ricin.	30 —
Huile de croton.	2 gouttes.

Tel est le maximum du traitement possible, et j'espère que j'arriverai enfin à rétablir la perméabilité des reins et les fonctions urinaires.

Le cas que nous observons actuellement est une nouvelle preuve que l'anurie *totale* ne tue pas aussi vite qu'on pourrait le croire théoriquement, elle tue quelquefois moins rapidement que l'insuffisance urinaire simple de l'urémie vulgaire, ce qui tient à ce que l'intoxication n'est pas la même dans les deux cas.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. TERRILLON.

Double orteil en marteau; ostéotomie; guérison.

(Observation recueillie par M. VALAT, interne des hôpitaux.)

La nommée Elisa H..., âgée de vingt-huit ans, lingère, entre le 12 novembre 1887 à la Salpêtrière.

Les antécédents héréditaires ne présentent pas grand intérêt. La malade a trois frères et cinq sœurs qui jouissent d'une bonne santé; aucun d'eux n'est atteint de difformité; une sœur a eu des attaques de rhumatisme.

Antécédents personnels :

Réglée à quatorze ans, les règles sont régulières.

Mariée à vingt-cinq ans, n'a pas eu de grossesse.

A eu deux attaques de rhumatisme: la première à neuf ans et la seconde à dix-huit ans; chacune d'elles a duré deux mois et demi.

Cette jeune femme, de haute taille, de très vigoureuse constitution, se plaint de gêne pendant la marche, gêne qui est causée par une déformation des orteils, connue sous le nom d'orteil en marteau.

La déformation existe, au même degré, sur le deuxième orteil de chaque pied.

La première phalange est étendue sur le métatarsien correspondant; la phalangine est fortement fléchie et forme avec la première un angle très saillant; la phalangette est sur le prolongement de la phalangine. On constate facilement que le sommet de l'angle est formé par l'extrémité antérieure de la phalange et que la base de la phalangine est portée légèrement en bas, ayant subi un faible degré de luxation. Le sommet de l'angle est surmonté d'un durillon du volume d'une noisette.

La malade ne peut étendre les deux dernières phalanges, et il est impossible de les redresser, même par une traction violente.

Sur la face dorsale, et sur la face plantaire, il n'existe aucune cicatrice susceptible d'amener cette déformation des orteils.

La difformité a débuté il y a un an; elle s'est produite lentement et sans aucune douleur. Néanmoins, depuis deux ou trois mois, la marche devenait pénible, par suite de la pression de la chaussure sur l'orteil en marteau.

Le pied droit présente en outre une autre particularité. Sous la face plantaire du gros orteil, existe une petite tumeur du volume d'une noix. Elle est sous-cutanée, sessile, sans limites bien nettes, indolente à la pression, et a la consistance du lipome. Les téguments, qui la recouvrent, présentent leurs caractères normaux. Son début remonte également à un an. Au dire de la malade, sous l'influence de la fatigue (station debout, ou marche), cette tumeur augmente de volume, les téguments deviennent douloureux et enflammés.

Le 16 novembre, la malade est chloroformée. Les deux pieds ont été soigneusement savonnés dans la matinée; au moment de l'opération, ils sont lavés avec la solution de sublimé. Application de la bande d'Esmarch.

Opération par M. Terrillon; incision de deux centimètres sur le bord externe du tendon extenseur de l'orteil déformé, au niveau du sommet formé par la phalange et la phalangine. L'articulation est disséquée, afin de détacher les tendons extenseurs et fléchisseurs. Puis avec la pince de Liston, on résèque les deux extrémités articulaires dans l'étendue de trois à quatre millimètres.

L'orteil est redressé; drainage; trois points de suture au crin de Florence.

L'opération est identique pour chaque orteil en marteau.

L'ablation de la tumeur plantaire du gros orteil est très facile. Après l'incision des téguments, on arrive sur du tissu graisseux condensé. Ce tissu est soigneusement disséqué et isolé des parties voisines. La petite tumeur enlevée est incisée dans toute son étendue, on constate alors qu'elle est formée d'une bourse séreuse à cavité uniloculaire parfaitement limitée, autour de laquelle s'est condensé le tissu graisseux. Cette bourse séreuse ne communique pas avec la synoviale qui entoure le tendon fléchisseur.

Drainage; trois sutures au crin de Florence.

Les orteils opérés sont entourés d'une bandelette de gaze iodoformée et les pieds sont maintenus à angle droit dans un pansement ouaté.

Le 19 novembre, les drains sont retirés.

Le 23 novembre, ablation des fils de suture.

Le 26 novembre, on renouvelle le pansement, la plaie de l'orteil opéré (pied gauche) suppure légèrement.

Le 29 novembre, la suppuration est tarie.

Le 1er décembre, suppression de tout pansement. La malade commence à se lever.

Le 10 décembre, les orteils opérés sont dans la rectitude; ils sont maintenant plus courts que les troisièmes orteils. Leurs mouvements de flexion et d'extension sont supprimés. Il s'est déjà formé une coque de tissu conjonctif autour des extrémités réséquées, car la phalangette et la phalangine ne *ballottent* pas comme lors des deux premiers pansements. Il est d'ailleurs facile de s'assurer que des liens réunissent la phalangine à la phalange, en faisant mouvoir ces deux os l'un sur l'autre.

La chaussure ne provoque aucune douleur et la marche est facile.

La malade quitte la Salpêtrière.

Quelques particularités, que nous allons faire ressortir, nous ont déterminé à publier cette observation.

Le plus souvent l'orteil en marteau se développe entre seize et dix-huit ans ; notre malade avait vingt-sept ans quand la difformité s'est produite.

La pathogénie de cette affection a été diversement interprétée. On a attribué l'orteil en marteau au rhumatisme chronique, à une atrophie ou paralysie musculaire, conséquence de la constriction exercée par des chaussures trop étroites ou trop courtes. M. Cohen (1), dans sa thèse, et M. Ricard (2), dans un récent article, l'expliquent par une malformation congénitale du pied. Cette malformation passe inaperçue chez l'enfant au maillot. « La brièveté de ce squelette (pied) explique comment cette déformation si faible, si peu apparente chez le nouveau-né, s'accentue plus tard au moment où l'os termine son évolution, et a acquis toute sa longueur. Aussi, c'est de quinze à dix-huit ans, que s'observe le plus souvent cette affection. »

Notre malade avait vingt-sept ans quand l'affection s'est développée. On ne saurait, dans ce cas particulier, admettre une malformation congénitale, le squelette ayant acquis son développement complet avant l'âge de vingt-sept ans.

Aussi est-on forcé de reconnaître, au développement de l'orteil en marteau, des causes multiples.

Ici, il s'agissait d'une rhumatisante, et on peut croire que la maladie s'est développée sous l'influence de cette affection générale.

Dès que cette affection gêne la marche, il faut recourir à l'ostéotomie, qui, grâce aux précautions antiseptiques, donne d'excellents résultats. Le massage, l'extension continue, autrefois en honneur, doivent être abandonnés, avec eux la guérison est difficile et longue à obtenir.

TRAITEMENT DE LA PHTHISIE

Par M. le Dr J. Rouquette (de Bône).

On parvient fréquemment à enrayer la dénutrition chez les phthisiques, par le traitement suivant :

1° Révulsions énergiques par des cautérisations ponctuées, pratiquées une ou deux fois par semaine, selon la gravité du mal;

2° Régime alimentaire aussi tonique que possible ;

3° Prendre au milieu des repas, 1, 2 ou 3 des pilules, composées chacune ainsi qu'il suit :

Créosote de hêtre	5 centigrammes.
Iodoforme	5 —
Arséniate de soude	1/2 milligramme.
Chlorure de calcium	5 centigrammes.
Extrait d'opium	5 milligrammes.
Terpine	5 centigrammes.
Acétate neutre de cuivre	5 milligrammes.
Glycérine anglaise	Q. S.

(*Thérapeutique contemporaine.*)

TRAITEMENT DES SUEURS PROFUSES DES PIEDS

Par M. le Dr Legoux (d'Albert).

Nous avons traité avec succès, de la manière suivante, un individu chez lequel ces sueurs étaient tellement abondantes et nauséabondes, qu'elles constituaient une véritable infirmité; et si pénibles qu'il ne songeait à rien moins qu'à se suicider.

1° Pendant deux jours bains de pieds froids, avec l'eau de feuilles de noyer;

(1) Cohez. *De l'orteil en marteau,* Thèse de Paris, 1887.
(2) Ricard. *Gazette des hôpitaux*, 1887, p. 1029.

2° A dater du troisième jour, badigeonner les pieds, matin et soir, avec un pinceau trempé dans une mixture composée de :

Glycérine	10 grammes.
Perchlorure de fer liquide	30 —
Essence de bergamote	20 gouttes.

Au bout de quinze jours le malade était complètement débarrassé d'une infirmité dont le début remontait à huit ans. (*Gazette médicale de Picardie.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 avril 1888. — Présidence de M. Hérard.

CORRESPONDANCE

La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre du ministre du commerce, mettant à la disposition de l'Académie une somme de *deux mille francs*, pour l'établissement d'une troisième séance hebdomadaire de vaccinations gratuites, exclusivement réservée aux vaccinations faites avec du vaccin de génisse ;

2° Une lettre du ministre de la marine, transmettant à l'Académie les rapports des directeurs du service de santé des différents ports, relativement à l'existence et à la propagation de la pelade dans les corps de troupes de la marine et dans les équipages de la flotte.

La correspondance manuscrite renferme :

1° Un travail de M. le docteur Dechaux (de Montluçon), intitulé : « Conceptio ; une découverte dans les mystères de la conception » ;

2° Une notice de M. le docteur G.-A. Liétard (de Plombières), sur Empédocle considéré comme philosophe et comme médecin ;

3° Un rapport de MM. les docteurs Rivet, médecin-major de première classe, et Strœbel, médecin-major de deuxième classe, sur les vaccinations et les revaccinations opérées au 137e régiment d'infanterie ;

4° Un rapport de M. le docteur Rouire, médecin-major de deuxième classe, sur les vaccinations et les revaccinations pratiquées au 13e escadron du train des équipages militaires ;

5° Une note de M. le docteur Pigeon (de Fourchambault), intitulée : « Réflexions sur le cas de rage du soldat Marinot. »

LECTURE

Du vertige des fumeurs. — M. E. Decaisne résume, ainsi qu'il suit, les résultats de ses observations sur 63 fumeurs, qui faisaient un usage immodéré du tabac, et qui ont présenté tous des vertiges plus ou moins fréquents, plus ou moins accentués :

1° Sur les 63 sujets, de vingt-neuf à soixante-six ans, que j'ai observés, 49 étaient âgés de cinquante à soixante-six ans ;

2° Plus de la moitié présentaient, en outre, des troubles digestifs, des alternatives de constipation et de diarrhée, de la dyspnée, une sécrétion urinaire exagérée et des sueurs plus ou moins abondantes, de l'insomnie, des palpitations. Un tiers, des intermittences du pouls et de l'angine granuleuse, quelques-uns de l'emphysème, des aphthes, de l'amblyopie, des crachements de sang ;

3° Trente-sept de mes observations se rapportent à des fumeurs à jeun, chez qui le vertige se produisait presque toujours le matin ;

4° L'apparition des vertiges coïncidait, pour le tiers des cas, avec la suppression des sueurs profuses et la diminution marquée de la sécrétion urinaire ;

5° Quelquefois les symptômes du vertige des fumeurs ont été confondus avec ceux de la congestion cérébrale et même des maladies du cœur. En effet, 8 des sujets soumis à mon observation ont été traités par suite d'une erreur de diagnostic, à Paris ou en province, pour des congestions cérébrales ou des affections cardiaques, et soumis aux saignées, aux purgatifs répétés, à la digi-

tale, aux vésicatoires, pendant un temps plus ou moins long, avec aggravation considérable de leur état. Je suis même porté à croire qu'un des vertigineux, dont je rapporte l'histoire, a dû la mort à deux saignées faites mal à propos.

Il ne faut pas oublier, comme je l'ai dit, que, dans l'intoxication nicotique, il y a d'abord un état de contraction des vaisseaux qui produit le vertige, puis, la réaction survenant, les mêmes organes se dilatent, c'est la période de congestion ;

6° Le traitement général du vertige des fumeurs, que nous avons toujours employé avec succès, a consisté dans la suppression absolue du tabac, et, dans quelques cas, dans la réglementation de l'habitude. Nous y avons ajouté presque toujours quelques laxatifs, des bains tièdes, de la magnésie, des amers. Vingt-huit fois nous avons fait aux malades, en plein vertige, des injections hypodermiques d'éther, qui ont fait cesser le tournoiement en moins de six à sept minutes ;

7° Sur les 37 sujets qui fumaient à jeun, 33 ont vu disparaître les vertiges en ne fumant qu'après avoir mangé.

RAPPORT

Une colonie scolaire. — M. ROCHARD donne lecture du rapport de la Commission chargée d'examiner un mémoire de M. le docteur Blayac sur ce sujet, accompagné de tableaux anthropométriques.

L'idée d'excursions scolaires, pendant les vacances, nous est venue de la Suisse. C'est Topfer qui l'a popularisée parmi nous. Le premier essai en a été fait, à Paris, en 1883, sous le patronnage de la Caisse des Écoles du IXe arrondissement ; l'expérience a complètement réussi et les enfants sont revenus à Paris, brillants de santé et après avoir notablement augmenté de taille et de poids. Mais plus favorable encore que ces excursions est le séjour à la campagne dans une localité salubre, car, ainsi que M. Blayac l'a fait remarquer, les déplacements journaliers, les longues excursions, la surexcitation intellectuelle qu'occasionne la vue sans cesse renouvelée d'objets intéressants, rendent les voyages fatigants pour des enfants dont les plus âgés atteignent à peine treize ans. Ces voyages sont donc une cause de surmenage et donnent peu de profit pour l'instruction, aussi devraient-ils être réservés aux élèves plus âgés. On devrait donc se contenter de former des colonies scolaires avec les enfants des écoles primaires, qui auraient ainsi tous les avantages de la villégiature sans les inconvénients de pérégrinations trop actives.

La preuve en a été faite, d'ailleurs, dans le IXe arrondissement, sur l'initiative de M. Cottinet, et les résultats ont été si satisfaisants que l'an dernier, en 1887, presque tous les arrondissements ont eu leur colonie scolaire et tous les enfants, qui en faisaient partie, sont revenus en parfait état, avec augmentation de taille et de poids supérieure à la normale.

M. Rochard voudrait voir l'idée des colonies scolaires se généraliser aux élèves des lycées et des collèges ; ce serait, d'une part, une bien petite dépense pour des parents, en général plus ou moins aisés, et d'autre part un immense bienfait physique, moral et scientifique pour les enfants.

PRÉSENTATION

Le microbe de la dysentérie épidémique. — MM. CHANTEMESSE et WIDAL ont étudié, dans le laboratoire de M. Cornil, cinq cas de dysentérie contractée dans les pays chauds. Grâce à l'obligeance des médecins de l'hôpital du Dey d'Alger, ils ont pu pratiquer l'autopsie d'un soldat mort en pleine poussée aiguë d'une dysentérie prise au Tonkin. Chez cet homme, les lésions anatomo-pathologiques étaient caractéristiques. Dans les matières fécales pendant la vie ; dans les parois du gros intestin, dans les ganglions mésentériques, dans la rate, après la mort, ils ont découvert un microbe qu'ils ont retrouvé également dans les selles de quatre autres dysentériques revenant de Cayenne ou du Sénégal (trois de ces malades sont actuellement en traitement à l'hôpital Broussais et le quatrième à l'hôpital Tenon). Or, ce microbe, qu'ils n'ont jamais trouvé dans les garde-robes de l'homme sain, a des caractères morphologiques et des qualités pathogènes qui permettent de lui reconnaître un caractère spécifique.

LECTURES

Trois nouveaux cas de salpingo-ovarites, opérées par la laparotomie et suivies de guérison. — M. TERRILLON a déjà présenté, le 31 mai de l'année dernière, six observations d'inflammation de la trompe utérine et des ovaires enlevés par la laparotomie, et pour lesquelles l'intervention chirurgicale a été suivie d'un excellent résultat. Deux autres cas de pyo-salpingite et d'hémato-salpingite, traités par le drainage après la laparotomie, ont été publiés par lui dans le *Bulletin de la Société de chirurgie*. Aujourd'hui, sa communication comporte trois nouveaux cas, lesquels sont trois nouveaux succès.

Les malades opérées ont été non seulement soulagées des douleurs continues qui les tourmentaient depuis longtemps, mais leur santé, profondément altérée, est redevenue normale et n'inspire plus aucune crainte, tandis que leur vie était menacée à brève échéance.

Ces trois nouveaux faits diffèrent des précédents ; en effet, dans ses premières observations la maladie était caractérisée par l'augmentation, souvent considérable, des trompes remplies de pus ou de sang, et constituant des tumeurs de volume variable. Ainsi constituée, elle fournissait des signes qui rendaient le diagnostic facile et fournissaient à l'indication chirurgicale des raisons décisives.

Ici, au contraire, dans les trois nouveaux cas, il s'agit d'une inflammation chronique de la trompe et de l'ovaire, sans rétention de liquide dans la cavité tubaire. La trompe, augmentée légèrement de volume, formait une tumeur petite, difficile à apprécier par les moyens ordinaires d'investigation. Les organes étaient très adhérents au péritoine du petit bassin.

Le diagnostic était donc difficile, et cependant les troubles graves éprouvés par les malades, et depuis longtemps, commandaient une intervention active.

Thermothérapie. — M. PEYRAUD (de Libourne) lit une très courte note, ayant pour but de réclamer en sa faveur d'avoir fait le premier construire une couveuse humaine artificielle en 1877, pour un enfant qui mourut avant qu'elle fût terminée. Elle fut utilisée par lui en 1879 pour la première fois. Ce premier essai fut l'objet d'une communication de l'auteur, ayant pour titre : « De la thermothérapie », dans la séance du 4 juillet 1879 de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1887-1888.

173. M. Fouque. De la pulpe vaccinalo-glycérinée. — 174. M. Coppin. Traitement de la tuberculose pulmonaire par les inhalations d'acide sulfureux. — 175. M. Chevalier. Du pansement antiseptique du cordon ombilical. — 176. M. Klein. Du délire des grandeurs. Étude séméiologique. — 177. M. Lagente. Contribution à l'étude des lympho-sarcomes du médiastin. — 178. M. Archipoff. Contribution à l'étude de la migraine. — 179. M. Texier. Du traitement de la chorée par l'antipyrine. — 180. M. Fourrier. Respiration artificielle dans l'éclampsie puerpérale.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La liste des candidats se présentant au concours qui doit s'ouvrir le lundi 30 avril 1888, à midi, dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, pour la nomination à trois places de médecin du bureau central, est close. Elle comprend les soixante-quatre noms suivants :

MM. Achard, Babinski, Barbillon, Barthélemy, Béclère, Béringier, Bourcy, Bourdel, Bruchet, Capitan, Carron de la Carrière, Cayla, Charrin, Chéron, Chouppe, Dalché, Decaisne, de Gennes, Delpeuch, Deschamps, Dreyfous, Dubief, Duflocq, Duplaix, Durand-Fardel ;

MM. Faucher, Feulard, Florand, Galliard, Gallois, Gauchas, Gilbert, Gilles de la Tourrette, Giraudeau, Girode, Havage, Hirtz, Launois, Lebreton, Leduc, Le Gendre, Leroux, Liandier, Marfan, Marie, Martinet, Mathieu, Ménétrier, Morel-Lavallée, Netter ;

MM. Œttinger, Petit, Poupon, Queyrat, Ribail, Richardière, Robert, Robin, Roger, Sapelier, Siredey, Thibierge, Thoinot et Variot.

Les membres du jury tirés au sort sont, sauf modifications : 1° Titulaires : MM. Chauffard, du Castel, Gingeot, Guibout, Hanot, Ollivier et Terrillon ; 2° suppléants : MM. Fernet, Joffroy, Letulle, Moissenet, Quinquaud, Anger, Duplay, Lannelongue et Verneuil.

— Les leçons de M. le professeur Bureau, sur les plantes vivantes (familles gamopétales), commenceront le mardi 24 avril 1888, et se continueront les samedis et mardis suivants, dans le laboratoire de botanique du Muséum, rue de Buffon, 63. Elles auront lieu, le mardi à midi et demi et le samedi à 1 heure et demie.

Les leçons sur les plantes fossiles continueront à avoir lieu dans le grand amphithéâtre tous les samedis. A partir du samedi 28 avril, elles auront lieu à midi et demi.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Les phénomènes nervo-moteurs de la dyspepsie gastrique.

Par M. le docteur Albert Mathieu,
Ancien chef de clinique médicale de la Faculté.

Dans une Revue précédente, nous avons étudié les phénomènes chimiques de la dyspepsie gastrique (1). Nous avons exposé un certain nombre de méthodes d'examen chimique grâce auxquelles il est facile de juger de la valeur physiologique du suc gastrique et, surtout, de rechercher quelle est sa richesse en acide chlorhydrique ; d'une façon générale, du reste, la quantité d'acide chlorhydrique mesure la puissance digestive du suc gastrique pour les albuminoïdes.

Dans la présente Revue, nous avons l'intention de faire rapidement l'étude des phénomènes nervo-moteurs de la dyspepsie gastrique.

Auparavant nous demandons à revenir en quelques mots sur l'appréciation que nous avons portée sur les réactifs colorants présentés dans notre travail antérieur. Des recherches personnelles entreprises à l'Hôtel-Dieu en collaboration avec M. le professeur G. Sée et M. R. Durand-Fardel, son chef de clinique, nous ont amenés à juger d'une façon plus sévère quelques-uns d'entre eux. Nous en sommes venus à ne plus employer parmi les réactifs colorés que le réactif de Günzburg, le réactif d'Uffelmann et la solution aqueuse, étendue de vert brillant. Le réactif de Günzburg, dont nous avons donné la formule, est par excellence le réactif de l'acide chlorhydrique dans l'estomac. M. G. Sée a facilement démontré que les attaques formulées devant l'Académie de médecine étaient mal fondées. Tous les auteurs qui l'ont essayé depuis sont arrivés au même résultat.

On évite toute cause d'erreur, en s'assurant que le suc gastrique examiné est acide (Viljean) et en opérant au bain-marie, pour empêcher la calcination des produits.

Le réactif d'Uffelmann, qui demande à être fraîchement préparé, est un très bon réactif différentiel de l'acide lactique ; il est par cela même très précieux. Enfin, la solution de vert brillant, grâce aux changements de teintes qu'elle subit en présence de proportions différentes d'acide chlorhydrique, permet un dosage approximatif très simple et très rapide.

Nous nous servons d'une solution très faible qui vire du bleu au vert avec 1/1000 d'acide chlorhydrique, au vert jaunâtre avec 2/1000 et au jaune feuille morte avec 4/1000. Ce sont les teintes signalées par M. Lépine de (Lyon). On ne les obtient pas avec tous les verts brillants ; il est bon de le savoir. Il faut essayer soi-même le produit dont on se sert, pour en déterminer la valeur colorimétrique en présence de l'acide chlorhydrique.

Quand le violet de méthyle donne une teinte bleue manifeste, cette indication présente une réelle valeur, mais il est plus difficile de saisir, avec lui, des modifications de *nuances* qui vont du violet au bleu, que de reconnaître, avec le vert brillant, des changements de *teinte*, qui vont du bleu au jaune en passant par le vert. Quant à la tropéoline et au rouge du Congo, ils n'ont guère plus de valeur que le tournesol, et indiquent seulement s'il existe un certain degré d'acidité du contenu gastrique, sans permettre de conclure nettement et sûrement si c'est à l'acide chlorhydrique ou aux acides organiques de fermentation qu'est due cette acidité.

I

Ceci dit, revenons-en aux phénomènes nervo-moteurs de la dyspepsie gastrique. Leur étude présente une importance considérable. On peut dire, sans crainte d'erreur, que le trouble des fonctions motrices de l'estomac est plus fréquent que le vice des fonctions chimiques. Bien des phénomènes attribués en gros à la dyspepsie, et par conséquent à un fonctionnement insuffisant ou anomal de la muqueuse gastrique, résultent en réalité d'un trouble pathologique des tuniques musculaires et des sphincters de l'organe. La digestion chimique est parfaite, mais l'estomac est incapable de brasser suffisamment la masse alimentaire et de l'expulser en temps voulu dans le duodénum. L'estomac ne se vide pas, ou se vide trop lentement ; souvent il se laisse distendre par des produits liquides ou gazeux. Sa tâche terminée, il ne revient pas sur lui-même comme il devrait le faire. L'ectasie est en effet le phénomène principal, auquel aboutit la viciation, l'affaiblissement ou l'incoordination des mouvements de l'estomac ; c'est sur sa

(1) Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 205.

pathologie et sur ses modes cliniques que portera surtout cette étude.

Pour être complet en semblable matière, il importerait de ne pas séparer l'estomac de l'intestin, si souvent solidaires dans les manifestations morbides de cet ordre, de même qu'ils sont solidaires dans l'accomplissement des fonctions multiples de la digestion. Fréquemment on a attribué à la dyspepsie chimique, ce qui revenait en réalité au vice de la nervo-motricité, souvent aussi on a rapporté à l'estomac ce qui revenait à l'intestin, et aujourd'hui encore, avec les notions plus exactes que nous possédons, la distinction est difficile, parfois même impossible.

La raison de cette confusion tient surtout à ce que les symptômes accusés par le malade, symptômes sur lesquels reposait en grande partie l'étude de l'ancienne dyspepsie, sont à peu près exactement les mêmes dans les différents cas.

Notre maître, M. le professeur G. Sée, a donc eu un très réel mérite de séparer les phénomènes intestinaux des phénomènes gastriques dans l'étude de l'ensemble dyspeptique, de donner une grande importance au spasme musculaire et surtout à l'atonie gastro-intestinale. Dans son premier travail (1), l'atonie et le spasme gastriques n'avaient pas été étudiés avec autant de détail que l'atonie et le spasme primitifs de l'intestin. Nous y sommes revenus dans un travail publié en commun dans la *Revue de médecine* (1884). Presque en même temps, M. le professeur Bouchard étudiait la dilatation de l'estomac en se plaçant à un point de vue différent.

Les faits que nous avions visés rentrent évidemment dans la catégorie de ceux que l'on a réunis sous le nom de dyspepsie nerveuse. On se rappelle qu'au Congrès de médecine interne tenu à Berlin, en 1884, Leube et Ewald ont fait sur la dyspepsie nerveuse et la neurasthénie gastro-intestinale ou vago-sympathique, des communications importantes suivies d'une intéressante discussion. Plus récemment M. Frantz Glénard a cherché à expliquer le même ensemble symptomatique par l'ingénieuse théorie de l'entéroptose. En Allemagne de nombreux travaux ont été publiés soit sur les névroses de l'estomac, soit sur les vices de sa motricité. L'abondance même de ces études indique qu'il s'agit là de faits fréquents, embarrassants pour le médecin, et bien faits pour attirer son attention.

II

Division physiologique. — Que l'on admette ou non le mouvement circulaire des aliments en voie de chymification, que l'on admette que l'estomac se vide progressivement de son contenu au fur et à mesure de sa liquéfaction, ou bien en masse, comme l'a vu M. Ch. Richet sur l'opéré qui a été le sujet de sa thèse inaugurale, comme l'ont vu également Rossbach et Herzen sur le chien, il n'en est pas moins constant que les tuniques musculaires de l'estomac, après avoir brassé les aliments et les avoir intimement mélangés au suc gastrique, les chassent à travers le pylore dans le duodénum. Cet orifice est muni d'un véritable sphincter constitué par un épaississement notable des fibres circulaires de l'estomac. Il faut qu'il s'ouvre pour laisser passer le chyme. Sa contracture, son rétrécissement amènent forcément la rétention des aliments dans le réservoir gastrique et la dilatation de celui-ci, au même titre que le rétrécissement des orifices du cœur amène la dilatation des cavités de cet organe. Le sphincter pylorique, d'après Oser, serait innervé par des rameaux du pneumogastrique et du grand sympathique. Ceux-ci amèneraient sa dilatation, ceux-là son resserrement.

En laissant de côté le cardia moins connu et moins intéressant, nous pouvons dire que les fonctions motrices de l'estomac peuvent être entravées par une lésion matérielle du muscle gastrique ou du sphincter pylorique, par un trouble fonctionnel de l'action du pylore ou de l'estomac lui-même; ce trouble fonctionnel peut consister dans une exagération de la motricité, c'est-à-dire dans un spasme, ou dans la diminution de cette motricité, c'est-à-dire dans le relâchement adynamique ou atonique. On obtient ainsi le tableau suivant qui résume la physiologie pathologique de la nervo-motricité gastrique.

1° *Lésions organiques* : *a.* du muscle gastrique; *b.* du pylore.

2° *Spasmes* : *a.* du muscle gastrique; *b.* du pylore.

3° *Atonie* : *a.* du muscle gastrique; *b.* du pylore.

Le rôle des lésions organiques ne peut être le sujet d'aucune contestation; leur existence est relativement fréquente. Le rétrécissement cancéreux ou fibreux du pylore est bien connu; c'est un fait presque banal. Les lésions dégénératives des tuniques musculaires de l'estomac, moins souvent étudiées, n'en sont ~~pas~~ moins bien démontrées.

Le *spasme* et l'*atonie* du muscle gastrique ne prêtent guère à la contestation. C'est une loi de physiologie que les parois musculaires d'une cavité se contractent avec énergie au-dessus d'un obstacle. Il doit en être de même pour l'estomac quand il y a un resserrement du pylore ou surcharge alimentaire. Kussmaul a signalé, dans quelques cas, des mouvements péristaltiques de l'estomac exagérés, perceptibles et même visibles à travers les parois abdominales. Il n'est pas douteux que le mouvement péristaltique de cet organe ne puisse être exagéré dans certaines circonstances pathologiques.

Il est plus contestable qu'il puisse y avoir un spasme total de l'estomac. La chose existe peut-être dans la colique de plomb, dans certains vomissements nerveux, dans lesquels l'estomac intervient sans doute en même temps que le diaphragme et les muscles larges de l'abdomen.

Quant à l'*atonie* de l'estomac, elle est démontrée suffisamment par l'existence passagère, curable, d'ectasies gastriques indépendantes de toute lésion organique.

Le *spasme* et l'*atonie* du pylore existent-ils ? Le pylore, s'il était exempt de spasme, serait le seul sphincter à l'abri de la contracture. La contraction spasmodique a été observée directement par Beaumont sur son Canadien, par Oser et d'autres auteurs sur le chien. On sait que les coliques sont le propre des muscles lisses; on les attribue au spasme de ces muscles; or, il survient souvent au creux épigastrique une douleur particulière analogue à la colique des autres organes, mais plus fixe. Ne peut-on pas l'attribuer au spasme du pylore ? Kussmaul et beaucoup d'autres auteurs pensent que l'acidité exagérée du suc gastrique provoque l'occlusion spasmodique de l'orifice pylorique. Cette opinion est rendue très vraisemblable par ce fait, que le suc gastrique présente une richesse excessive en acide chlorhydrique, précisément dans des cas où la douleur épigastrique est très marquée. Cela se voit même dans les crises gastriques (Sahli) des tabétiques. Des travaux déjà nombreux démontrent que l'ectasie atonique de l'estomac

(1) G. Sée. *Traité des dyspepsies gastro-intestinales.*

s'accompagne souvent d'une sécrétion exagérée d'acide chlorhydrique, de telle sorte qu'il y ait, d'après la nomenclature de Riegel, hyperacidité ou hypersécrétion (1).

Dans des recherches faites en commun avec M. le professeur G. Sée et M. R. Durand-Fardel, son chef de clinique, nous avons souvent rencontré cette coïncidence. Les malades qui la présentent appartiennent à une catégorie clinique bien nette. Ils sont relativement nombreux. Souvent on peut les reconnaître par le simple énoncé des phénomènes qu'ils accusent. Ces cas seront étudiés prochainement dans un travail particulier. La moitié peut-être des dilatés par atonie qui souffrent de l'estomac présentent de l'hyperacidité chlorhydrique; c'est là un fait curieux bien digne d'attention à tous les points de vue. Sa connaissance est pleine de promesses pour la thérapeutique.

L'*insuffisance* du pylore a été tout particulièrement étudiée par Ebstein, dans ces derniers temps. Elle pourrait résulter de causes mécaniques : compression de l'intestin et accumulation des gaz au-dessus, tumeur cancéreuse, ulcère, etc. Elle pourrait être aussi simplement fonctionnelle et résulter du relâchement atonique du sphincter ou, suivant Oser, de l'excitation du grand sympathique. L'insuffisance du pylore pourrait être une sorte de névrose isolée (Ebstein). On pourrait la voir au cours de certaines myélites, dans le tympanisme hystérique.

D'après Ebstein on reconnaîtrait l'insuffisance du pylore aux signes suivants : Un mélange gazogène ayant été injecté dans l'estomac, les gaz, au lieu de s'accumuler dans sa cavité, passeraient immédiatement dans l'intestin. En clinique, on reconnaîtrait la béance anomale de l'orifice pylorique, à la cessation des vomissements, lorsqu'il en existait, à l'apparition d'un tympanisme abdominal, à la diarrhée que provoque l'arrivée brusque dans l'intestin de matériaux insuffisamment modifiés par l'estomac. Le reflux des gaz intestinaux, de la bile, des matières fécales indique aussi l'insuffisance, tout au moins momentanée, de l'orifice pylorique. Si l'on applique à l'estomac ce que l'on voit si facilement se passer sur l'intestin, on doit penser que le spasme et le relâchement se succèdent plus ou moins rapidement. Sans doute aussi ils peuvent se localiser d'une façon différente, et si le pylore, par sa structure même, par son innervation spéciale, par sa qualité de sphincter, est plus exposé au resserrement spasmodique, l'estomac est plus disposé au relâchement atonique, et cela d'autant mieux précisément, que le pylore se ferme plus facilement.

On voit donc que l'*ectasie* doit être un phénomène fréquent, une sorte d'aboutissant commun de ces diverses anomalies nervo-motrices : la clinique en fournit la preuve surabondante. Nous sommes en droit, par conséquent, de faire évoluer autour d'elle la description des faits cliniques que nous avons à examiner. Nous allons donc donner d'abord l'étude séméiologique des ectasies gastriques; nous exposerons ensuite les formes cliniques sous lesquelles elles se présentent à l'observation.

Une remarque auparavant : l'élément nervo-moteur est indiscutable dans les crises gastriques, de même que dans la plupart des ectasies douloureuses; dans ces conditions il y a souvent aussi hyperacidité chlorhydrique du suc gastrique. Ceci montre bien comment tout cela se tient, et combien il est nécessaire de ne pas séparer des choses si naturellement unies en clinique : les phénomènes chimiques, nervo-moteurs, douloureux. Chacun de ces éléments peut donner dans les diverses formes morbides la note prédominante, il ne peut pas fournir la phrase pathologique tout entière.

(1) Voir notre précédente Revue, *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 199.

III

Étude séméiologique de l'ectasie gastrique. — Nous ne nous occuperons ici que du *diagnostic physique* de l'ectasie, et de la stase des matières dans la cavité gastrique. Dans un autre paragraphe nous étudierons les formes cliniques dans lesquelles l'ectasie est le phénomène prédominant.

Les signes de l'ectasie stomacale peuvent être fournis par l'exploration extérieure, l'exploration intérieure, le ralentissement d'absorption de certaines substances.

L'exploration extérieure comprend l'inspection, la percussion, l'auscultation et la succussion.

Par l'*inspection* on peut constater un ballonnement général de l'abdomen, et plus particulièrement encore de la région gastrique et épigastrique. Le relief de l'estomac peut se dessiner ainsi assez nettement à travers les parois abdominales soulevées par lui. Parfois, ainsi que l'a vu Kussmaul, les parois de l'estomac sont animées d'un mouvement péristaltique exagéré, presque incessant, perceptible, visible même à travers l'abdomen; les malades ont conscience de cette agitation (*peristaltische Unruhe*).

Par la *percussion*, on relève les dimensions de la cavité gastrique, surtout si elle est distendue par des gaz. Pacanowski a été amené à admettre, à la suite de recherches assez nombreuses, que les dimensions verticales de l'estomac ont en moyenne de 11 à 14 centimètres, dans sa plus grande largeur, chez l'homme. Chez la femme ces dimensions seraient seulement de 10 centimètres environ. Les dimensions transversales, représentant la plus grande longueur de l'estomac, du pylore au grand cul-de-sac, seraient de 21 centimètres, chez l'homme, de 18 chez la femme; M. G. Sée et moi avions donné des moyennes très voisines de celles de Pacanowski.

Au delà de ces dimensions, on serait en droit d'admettre un certain degré de relâchement ou de distension tympanique de la poche gastrique.

M. Bouchard a eu l'heureuse idée de combiner la percussion et l'auscultation. Armé du plessimètre, il percute au-devant de l'estomac tandis qu'il ausculte ce dernier à l'aide d'un stéthoscope, ou mieux à l'oreille nue. La résonnance cavitaire, amphorique, particulière à l'estomac, permet de déterminer dans quelles limites la percussion ainsi pratiquée correspond à sa cavité, et, par conséquent, on peut, par ce moyen, tracer facilement son contour.

La *succussion* peut être totale ou partielle. La succussion totale se pratique en saisissant le tronc du malade couché, à pleines mains, et en lui imprimant des secousses latérales. On obtient, quand il y a du liquide dans l'estomac, un bruit de flot analogue à celui que donne l'hydro-pneumothorax.

La succussion partielle se pratique par de petites secousses imprimées rapidement à l'aide du bout des doigts à la paroi abdominale au devant de l'estomac. M. le professeur Bouchard lui attribue une grande importance. Il considère comme pathologique un bruit de clapotage perçu au-dessous d'une ligne allant de l'ombilic au rebord des fausses côtes du côté gauche; comme dilaté, un estomac qui présente à jeun ce clapotage ainsi localisé.

Le malade que l'on examine doit être dans le décubitus dorsal, les jambes demi-fléchies, sans raideur des parois abdominales, la respiration se faisant tranquillement, la bouche ouverte.

Il est difficile parfois de distinguer le bruit du clapotage qui se passe dans l'estomac, de celui qui se produit dans le gros intestin (G. Sée).

On a proposé de nombreux procédés, pour mesurer directement les dimensions de l'estomac, ou pour permettre de les apprécier indirectement : on a introduit dans sa cavité un mélange effervescent (bicarbonate de soude, puis acide tartrique), on y a injecté, dans le même but, de l'air atmosphérique (Oser). On a enfoncé une sonde rigide dont on cherchait l'extrémité à travers les parois abdominales. On y a introduit un ballon en caoutchouc que l'on distendait ensuite par insufflation, etc. La plupart de ces procédés sont peu usités, quelques-uns sont véritablement dangereux, nous n'insisterons pas. Pour distinguer l'estomac du côlon transverse, on a injecté alternativement le mélange effervescent par l'œsophage ou le rectum, de façon à distendre isolément l'intestin et le réservoir gastrique. Peu de malades se prêtent volontiers à ces diverses manœuvres.

Ces procédés d'exploration permettent le plus souvent de constater que l'estomac présente des dimensions exagérées, et que les liquides y séjournent un temps excessif. Ce sont là des signes de relâchement de l'estomac.

Souvent au creux épigastrique on provoque de la douleur par la palpation ; cette douleur se montre surtout au-dessous et à droite de l'appendice xiphoïde, par conséquent, au niveau du pylore.

L'*examen intérieur* se fait à l'aide du siphon, par évacuation du contenu de l'estomac. Cela permet de contrôler directement la quantité et la qualité des matières qu'il renferme. Cela permet aussi d'entreprendre les diverses recherches qui concernent les phénomènes chimiques.

Normalement, un estomac doit être trouvé vide après six à sept heures à la suite d'un repas ordinaire. Ce n'est pas là un chiffre absolu, et la durée du séjour des aliments dans la poche gastrique varie suivant les personnes et les circonstances (Riegel, Ewald, Boas). Trouver des résidus reconnaissables des repas de la veille, constitue en tout cas un signe certain de stase alimentaire et, par conséquent, de trouble grave dans la propulsion des aliments. Le relâchement atonique des parois stomacales peut seul l'expliquer en dehors de tout obstacle mécanique siégeant à l'orifice pylorique, de toute lésion destructive du muscle gastrique.

La quantité des liquides renfermés dans l'estomac est un élément important. Elle peut servir de mesure à la dilatation. Il en est de même des vomissements spontanés. Un estomac fortement dilaté se vide souvent de son contenu par l'expulsion d'une quantité considérable de matières. Les vomissements sont alors, en général, rares et abondants. Le siphon fait à volonté ce que fait involontairement le vomissement.

Retard d'absorption de certaines substances. — Le salol, étudié par Nencki, résulte de la combinaison de l'acide salicylique et du phénol. En présence du suc pancréatique il se décompose. Ces deux substances sont mises en liberté et l'acide salicylique peut apparaître dans l'urine. Le suc gastrique ne décompose pas le salol. Lorsque l'estomac est dilaté, quand il y a stagnation des liquides dans sa cavité, le salol ne vient que tardivement dans l'intestin au contact du suc pancréatique, il n'apparaît aussi que tardivement dans les urines. Le retard dans cette apparition mesurerait en quelque sorte la stagnation dans l'estomac. Chez un individu sain, à fonctionnement gastrique normal, l'acide salicylique apparaît dans les urines au plus tard au bout d'une heure. Chez les dilatés il ne se montre qu'au bout d'une heure et demie et même deux et trois heures (1).

Il suffit, pour démontrer la présence de l'acide salicylique dans l'urine, d'y ajouter quelques gouttes de perchlorure de fer; en présence de l'acide salicylique, il se produit une coloration d'un violet brunâtre très accentué.

IV

Types cliniques. — Les cas de dilatation de l'estomac peuvent être, d'une façon générale, rangés dans deux catégories principales : 1° les ectasies par lésion mécanique ; 2° les ectasies par trouble fonctionnel de la nervo-motricité gastrique.

1° Les ectasies par lésion mécanique des tuniques musculaires ou de l'orifice pylorique, sont des dilatations considérables, irréductibles. L'estomac a subi une ampliation excessive, il peut descendre jusqu'au pubis. Quand il se vide par vomissement, ce vomissement est extrêmement abondant. Cette forme d'ectasie entraîne un véritable état d'inanition. L'amaigrissement et la cachexie générale font souvent penser au cancer du pylore, et, de fait, ce cancer est la cause la plus habituelle de cette dilatation mécanique. Le rétrécissement fibreux, moins dangereux par nature propre, amène, par resserrement mécanique, les mêmes dangers pour la nutrition de l'organisme.

La sclérose des parois, la gastrite chronique, les diverses dégénérescences des tuniques musculaires, amènent également une dilatation progressive, peu susceptible de rétrogader. Au Congrès de Berlin, Jürgens a signalé la dégénérescence des plexus nerveux de Meissner et d'Auerbach, en même temps que la transformation granuleuse des fibres lisses des tuniques musculaires. Cette dégénérescence s'étendait du reste à l'intestin.

Ces cas peuvent être réunis sous le titre commun de *dilatation mécanique de l'estomac.*

2° Les ectasies par trouble fonctionnel de la nervo-motricité de l'estomac, comprennent à peu près tout ce qu'on a décrit sous le nom de dyspepsie nerveuse. On peut en distinguer trois formes principales : *a.* douloureuse ; *b.* flatulente ; *c.* latente.

a. *Forme douloureuse.* — Les malades accusent au creux épigastrique des douleurs plus ou moins vives, exagérées après les repas, exagérées surtout par l'ingestion de certaines substances : les légumes verts, la salade, les boissons glacées, etc. Parfois les douleurs se montrent à jeun avant les repas ; parfois elles durent presque toute la nuit et s'accompagnent d'une sensation de cuisson, de brûlure. Souvent, dans ces cas, il y a des renvois acides, et l'examen du suc gastrique fait constater une richesse exagérée en acide chlorhydrique : hyperacidité ou hypersécrétion.

Les douleurs ont quelquefois une intensité excessive ; elles irradient vers les parties latérales du thorax, parfois vers le sternum. Elles peuvent ressembler beaucoup aux douleurs causées par l'ulcère rond, et, du reste, il semble

(1) R. Sievers et C. A. Ewald. *Therap. Monatsb.*, 1887.

que l'ulcère rond survienne fréquemment chez ces malades atteints d'hyperacidité et d'ectasie stomacale. La richesse exagérée du suc gastrique en acide chlorhydrique, pourrait être la cause de la contracture du pylore et de l'ulcération, par auto-digestion de la muqueuse.

C'est surtout dans ces conditions qu'on rencontre de la douleur à la pression au creux épigastrique, à droite, au-dessous de l'appendice xiphoïde. Ce point correspond sans doute au pylore.

b. *Forme flatulente.* — Dans cette forme il y a distension considérable de l'estomac par des gaz; cette distension survient souvent presque immédiatement après la digestion. La flatulence intestinale survient, au contraire, seulement deux heures environ après les repas (G. Sée). Cette donnée est importante. L'exploration montre bien, du reste, que l'estomac est distendu. Parfois, il fait une saillie perceptible à travers les parois abdominales. L'estomac distendu remonte assez haut sous les côtes de l'hypochondre gauche, ainsi que l'a fort justement fait ressortir Malibran. Il peut atteindre ainsi le septième et même le sixième espace intercostal. Il est sans doute une cause de refoulement du diaphragme et du cœur. De là des palpitations, de l'angoisse, du malaise, des étouffements.

Des renvois gazeux surviennent, qui soulagent beaucoup les malades, souvent ils sont obligés de desserrer leurs vêtements. Leur face se congestionne; le repas les met réellement dans un état de malaise considérable.

La distension gazeuse de l'estomac se montre souvent en même temps que le tympanisme entéro-colique (G. Sée) et surtout colique. La dilatation de l'estomac et celle du côlon coïncident fréquemment (G. Sée, Trastour). C'est une véritable forme clinique que la dilatation gastro-colique. Les gaz qui distendent l'estomac seraient d'origine variable : air dégluté ou aspiré (Oser); gaz intestinaux, remontant à travers le pylore (G. Sée); gaz hydro-carburés, parfois inflammables, dus à des fermentations, à des putréfactions gastriques. Dans ce dernier cas ce sont les acides organiques de la série grasse, qui dominent dans le contenu stomacal.

c. *Forme latente.* — Dans cette forme, surtout visée par M. Bouchard dans son étude sur la dilatation de l'estomac, celle sur laquelle il a surtout basé son étude de pathologie générale et spéciale, les phénomènes à distance l'emportent sur les phénomènes locaux, les malades accusent peu de chose du côté de l'estomac. Ce qui domine chez eux, ce sont les manifestations nerveuses, le trouble de la nutrition générale, les déterminations cutanées, tous phénomènes attribués par M. Bouchard aux auto-intoxications.

Il est rare cependant que l'on ne rencontre pas au moins une sensation de pesanteur après les repas; les manifestations générales l'emportent en tout cas de beaucoup, par leur intensité, sur les phénomènes locaux.

Ajoutons que souvent, dans ces cas, il existe, en même temps que des signes de dilatation et d'atonie gastrique, des signes d'atonie et de dilatation de l'intestin. Les responsabilités doivent être partagées, et l'intestin autant que l'estomac doit être considéré comme le centre pathogène des accidents à distance. Ce ne serait pas là une objection à la théorie des auto-intoxications, et M. Bouchard est le premier à admettre que des fermentations, commencées dans un estomac dilaté, peuvent se continuer plus facilement encore dans un intestin paresseux. Cette considération montre bien encore combien il importe, dans les phénomènes d'ordre digestif, de ne pas séparer l'estomac de l'intestin.

Les phénomènes *d'embarras gastrique* ne sont pas rares chez les dilatés. Tout embarras gastrique d'autre part s'accompagne d'ectasie passagère; c'est pourquoi nous en avions fait une forme particulière, M. G. Sée et moi, dans notre travail sur la dilatation atonique de l'estomac (1).

V.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE. — Dans ce chapitre nous laisserons de côté les dilatations gastriques de cause mécanique, dont l'interprétation ne présente aucune difficulté, pour envisager l'étiologie et la pathogénie des ectasies fonctionnelles, c'est-à-dire atoniques. Ce sera surtout pour nous l'occasion de passer en revue les diverses théories émises sur leur genèse et leur nature. Ces théories ne sont pas seulement applicables, en général, au fait de l'ectasie stomacale, que nous avons pris comme centre, comme pivot de cette étude. Elles embrassent tous les phénomènes à distance, et particulièrement les phénomènes nerveux concomitants de la dilatation gastrique. Tantôt ces déterminations ont été considérées comme le résultat parallèle de conditions pathogéniques communes, elles ont été interprétées comme la marque d'une prédisposition névropathique et protopathique mise en œuvre par des circonstances occasionnelles; tantôt au contraire on a pensé que le trouble du fonctionnement gastrique était le fait initial, et la cause première de toutes les autres déterminations.

Comment donc se constitue l'ectasie gastrique? C'est là le premier point que nous ayons à examiner. On remarquera que beaucoup des interprétations données s'appliquent à la fois à l'estomac et à l'intestin. Ces deux segments du tube digestif font évidemment partie du même organe. Ils sont innervés par les mêmes nerfs, ils ont la même structure, et, au point de vue de leur fonctionnement nervo-moteur, ils obéissent évidemment à des lois analogues, sinon identiques. Il est artificiel de séparer leur étude physiologique ou pathologique. Il ne faut pas s'illusionner à ce point de vue, et attribuer à la nature ce qui n'est qu'une division artificielle, faite pour faciliter l'étude et l'exposition des faits (G. Sée).

Deux théories principales sont en présence : A. la modification de l'estomac est la première en date, tout le reste en est la conséquence; B. ce qui est primitif, c'est une prédisposition générale névropathique, qui atteint le tube digestif peut-être d'une façon prédominante, mais au même titre que les autres organes.

A. *Gastropathie ou gastro-entéropathie primitive.* — Les vices de fonctionnement de l'estomac, parfois de l'estomac et de l'intestin, sont considérés comme les premiers en date. Nous devons examiner : *a*) le mécanisme de l'affection stomacale; *b*) son mode de retentissement sur les autres organes, sur l'organisme entier.

1° Pour Leube, la *dyspepsie nerveuse*, comme il l'appelle, n'est que l'exagération de l'état normal. Après le repas, on éprouve toujours un certain degré de malaise, de lourdeur générale. L'exagération de cette particularité amène tous les accidents nerveux imputés à la dyspepsie.

2° M. le professeur Bouchard admet une sorte de *faiblesse congénitale*, qui facilite le relâchement des fibres musculaires lisses chez un certain nombre d'individus prédisposés. Ils ont de la dilatation de l'estomac de même que des varices ou du relâchement du scrotum (Taput). La surcharge ali-

(1) *Revue de médecine*, 1884.

mentaire, surtout la surcharge en aliments liquides, provoque facilement l'extension permanente de ces estomacs éminemment dilatables par constitution.

Le côté le plus original de la théorie de M. Bouchard ne vise pas du reste la pathogénie de la dilatation stomacale, mais la pathogénie des accidents qui peuvent lui succéder. La théorie des auto-intoxications d'origine gastrique, ou mieux d'origine gastro-intestinale, constitue la partie essentielle de l'étude consacrée par M, Bouchard à la dilatation de l'estomac.

3° Pour d'autres, la *gastrite* est le phénomène primordial. Il est impossible, en effet, de nier l'importance de la gastrite. Quand elle est limitée à la muqueuse, la constitution du suc gastrique se trouve viciée; les fibres musculaires sous-jacentes peuvent être intéressées et tendre à se relâcher ainsi que le veut la loi de Stokes. Il est possible même que la gastrite soit totale, qu'elle provoque une dégénérescence, une atrophie scléreuse de la muqueuse, de la sous-muqueuse et même des parois musculaires. Dans ces conditions, la dilatation de l'estomac se fait mécaniquement, sans espoir de retour. Ce sont là, en réalité, des cas de dilatation par lésion organique, très comparables à ceux qui résultent de l'oblitération du pylore.

Au Congrès de Berlin, Jürgens a signalé la dégénérescence des éléments nerveux des plexus de Meissner et d'Auerbach. Cette dégénérescence existait du reste aussi bien sur l'intestin que sur l'estomac.

4° La théorie ingénieuse de l'entéroptose appartient à M. Frantz Glénard (de Lyon). Le fait premier serait le relâchement des attaches mésentériques du côlon transverse, qui tend ainsi à tomber en avant. Chez les malades de cet ordre, on observe toujours simultanément, d'après cet auteur : la flaccidité des parois abdominales; l'abaissement, le prolapsus de la masse intestinale tout entière, et quelquefois même le prolapsus de certains viscères, le foie, le rein, la rate ; l'étroitesse du côlon et enfin l'abaissement et l'atonie de cet organe.

L'abaissement de l'intestin produit le rétrécissement de sa lumière à ses points d'attache, par suite du tiraillement produit sur les tractus fibreux du mésentère. Le côlon dans sa chute entraîne en bas l'estomac auquel il est uni.

Il en résulte l'atonie, la dilatation et même l'abaissement de l'estomac.

Il est certain que des phénomènes de dyspepsie nervo-motrice se produisent souvent à la suite des couches, chez des femmes dont les parois abdominales sont relâchées, et que souvent aussi chez certains dyspeptiques on constate un relâchement, une flaccidité anomale des muscles de l'abdomen.

L'usage d'une ceinture élastique amène alors un réel soulagement. Il est difficile cependant de généraliser et d'appliquer à tous les cas la théorie de l'entéroptose.

5° *L'atonie et le spasme* ont été isolément ou simultanément invoqués, surtout par notre maître M. G. Sée.

Le spasme du pylore pourrait, d'après Kussmaul, Riegel et d'autres auteurs, résulter de l'excitation produite par un suc gastrique hyperacide, et, peut-être, par l'existence d'exulcérations comparables dans une certaine mesure aux fissures anales.

L'excitation, l'excitabilité exagérées du pneumogastrique, nerf constricteur du pylore, amèneraient le même résultat. De là peut-être les crises gastriques des ataxiques chez lesquels le noyau du pneumogastrique a été plusieurs fois trouvé lésé.

Le spasme et le relâchement atonique pourraient se produire en vertu même de la constipation. On sait, en effet, qu'en amont d'un rétrécissement de l'intestin, les mouvements péristaltiques sont très exagérés, jusqu'à ce que se fasse le relâchement définitif. Auparavant, le spasme et l'atonie alternent, se succèdent, se remplacent, se localisent sur des segments différents du tube digestif. La même chose peut se produire dans la constipation qui n'est que le degré le plus faible de l'obstruction intestinale; la chose est plus facile encore chez les hémorrhoïdaires (G. Sée). Les gaz, accumulés au-dessus de l'obstacle, favorisent encore le relâchement atonique du gros intestin et même de l'estomac. C'est là la base de l'explication que donne M. G. Sée aux phénomènes de la pseudo-dyspepsie.

Dans un travail publié en commun (1), nous nous sommes efforcés de montrer que ce spasme et cette atonie peuvent, sous certaines influences, se localiser à l'estomac et se traduire surtout par sa dilatation. Cette interprétation reste tout aussi admissible, lorsqu'on reconnaît une prédisposition générale névropathique.

Quoi qu'il en soit, il est certain que, dans ce travail, nous avons visé les faits analogues à ceux qui ont été compris sous le nom commun de dyspepsie nerveuse. L'analyse clinique, appuyée sur l'examen chimique, a permis d'y distinguer l'ectasie atonique avec hyperacidité chlorhydrique. Les études auxquelles nous nous sommes récemment livré à l'Hôtel-Dieu, avec M. le professeur G. Sée et M. R. Durand-Fardel, nous en ont donné la preuve très nette.

6° *Névropathie générale.* Quelques auteurs considèrent que la cause principale de ces manifestations gastriques et gastro-intestinales réside surtout dans une prédisposition générale névropathique dans laquelle il est facile de reconnaître l'ancienne hypochondrie devenue la neurasthénie moderne. M. Charcot, dans ses cliniques de la Salpêtrière, se fait le défenseur de cette façon de voir. Il fait remarquer combien les neurasthéniques sont sujets aux troubles gastriques; il est convaincu que la névrose est la cause première de ces déterminations vers l'appareil digestif.

Il est du reste à remarquer que les symptômes de la neurasthénie présentent une analogie très grande avec ceux qu'on attribue à la dyspepsie gastrique : céphalalgie, éblouissements, vertiges, insomnie, fatigue générale, inégalité d'humeur, inaptitude au travail intellectuel, sensation de vide de la tête, alternatives d'excitation et de dépression, etc. Il est dès lors très difficile de décider ce qui dépend de la névropathie et ce qui vient de l'estomac. Les phénomènes nerveux et gastriques paraissent s'exagérer les uns les autres, par un véritable cercle vicieux. Dans cette prédisposition pathogénique, les rhumatisants, les arthritiques sont évidemment les proches voisins des neurasthéniques.

Pour M. Leven, la névrose serait aussi le point de départ de tout le mal, elle se localiserait sur le plexus solaire, dont il fait le centre nerveux principal de l'abdomen. L'hypothèse joue un grand rôle dans ce système, et la localisation névropathique, ainsi comprise, échappe à toute démonstration.

Un des arguments les plus importants que l'on puisse invoquer en faveur de la théorie névropathique, c'est l'in-

(1) *Revue de médecine*, 1884.

fluence indiscutable des émotions morales vives, des préoccupations excessives, des chagrins, des travaux intellectuels immodérés. Il faut mettre sur le même plan le surmenage sous toutes ses formes.

La gastropathie nervo-motrice n'est pas rare dans l'hystérie, le goître exophthalmique. Le tænia donne lieu assez souvent à un ensemble d'accidents gastro-intestinaux qui s'accompagnent d'un état de très grande susceptibilité nerveuse. Les maladies de l'utérus et de ses annexes peuvent être considérées comme une cause de névropathie d'abord, de gastropathie ensuite.

Les états dépressifs, les cachexies, les anémies graves, amènent naturellement un état d'atonie gastrique en rapport avec la dépréciation générale de l'organisme. Dans la chloro-anémie il y a en même temps un élément nerveux important, et l'on sait combien souvent les chlorotiques souffrent de l'estomac.

Un grand argument encore en faveur de la théorie névropathique, c'est la fréquence des manifestations gastriques dans les affections cérébro-spinales: les crises gastriques de l'ataxie, de la sclérose en plaques, des myélites, de la paralysie générale, etc., sont bien connues. Leyden a décrit des crises gastriques périodiques accompagnées de vomissements, en dehors de toute maladie organique de l'axe cérébro-spinal. On sait que les troubles gastriques, les vomissements surtout, sont partie intégrante des crises de migraine. Il paraît y avoir là une série ininterrompue qui va de la simple atonie spasmodique aux crises gastriques symptomatiques de lésions cérébro-médullaires.

Dans ces conditions, la prédisposition serait le fait principal; les causes occasionnelles, la surcharge alimentaire par exemple, ne viendraient qu'au second rang.

Retentissement à distance. — Quoi qu'il en soit, l'estomac malade est certainement un centre pathogène important. Son influence sur les organes voisins ou éloignés a été expliquée par des circonstances mécaniques, par une action réflexe dont il serait le point de départ, par des auto-intoxications.

Mécaniquement, l'estomac distendu refoule le diaphragme et déplace le cœur : de là une cause de dyspnée et de malaise.

L'action des gastropathies sur le cœur, sur laquelle M. Potain a maintes fois insisté, se produit parfois si rapidement qu'on ne peut guère invoquer qu'une action réflexe.

Les auto-intoxications, mises en relief par M. Bouchard, tendent à déposséder en grande partie les actions réflexes d'un domaine qui leur était autrefois réservé. L'intestin, plus que l'estomac, est le laboratoire des fermentations anomales et des auto-intoxications qui en résultent. Elles se produisent plus aisément, cela va de soi, dans un tube digestif dont la nervo-motricité est anomale (1).

Comme phénomènes concomitants de la dilatation de l'estomac, on a cité : la céphalalgie, la lassitude sans cause, l'insomnie, l'amblyopie passagère, les vertiges, les étourdissements, la congestion de la face, la dyspnée, l'aphasie transitoire (Bouchard), l'abolition du réflexe patellaire (Bouchard), la tétanie, les nodosités des doigts (Bouchard), la congestion du foie et le déplacement du rein droit (Bouchard), les palpitations, l'asystolie, la phlébite, l'acné, l'eczéma, le pityriasis capitis, le pityriasis rosé. M. Comby a même attribué à la dilatation de l'estomac le rachitisme des enfants, l'ostéomalacie des adultes.

(1) Voir à ce propos, dans la *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 353, la Revue générale de M. G.-H. Roger, sur les fermentations intestinales.

A notre sens, il est impossible d'attribuer tout cela à une cause unique; et les trois éléments pathogéniques, la prédisposition névropathique, les actions réflexes et les auto-intoxications ont leur rôle dans l'apparition de ces phénomènes multiples. Il est à peu près impossible actuellement de leur attribuer ce qui revient légitimement à chacun d'eux. On comprend, du reste, que ces trois éléments puissent combiner leur action.

VI

Diagnostic de l'atonie gastrique. — Nous avons donné les signes de la dilatation de l'estomac; il nous reste à indiquer ici comment on peut différencier une ectasie fonctionnelle, atonique, d'une dilatation de cause organique, ou d'une dilatation permanente, irréductible.

Il n'y a pas de limite, sans doute, entre la dilatation atonique et la dilatation permanente. L'une mène à l'autre. Après avoir existé par crises passagères, l'ectasie devient continue et irréductible.

La caractéristique de la dilatation atonique, c'est donc sa mobilité. Elle est susceptible de diminuer sous l'influence d'un traitement, d'un régime approprié, après suppression des causes occasionnelles. Souvent elle s'accompagne de douleurs gastriques et de phénomènes manifestement intestinaux. Elle est liée à la constipation. Très souvent elle s'accompagne de flatulence. Malibran a insisté avec raison sur la distension gazeuse de l'estomac atonique, qui remonte vers le thorax, et dans lequel il ne s'accumule guère de liquide.

L'usage de l'ipéca nous a paru de nature à servir au diagnostic en même temps qu'au traitement et à la thérapeutique. Il provoque la contraction des estomacs relâchés par simple atonie. Il est naturellement sans action sur les autres.

La présence de l'acide chlorhydrique, en quantité normale ou exagérée, est un argument en faveur d'une simple atonie. Son absence indique, ou bien l'existence d'une lésion destructive de la muqueuse (gastrite, dégénérescence amyloïde et peut-être graisseuse), ou d'un cancer de l'estomac. L'acide chlorhydrique peut disparaître encore dans les cas de marasme très accentué. On comprend qu'il y ait en même temps relâchement des parois de l'estomac.

Les dilatations organiques ont pour caractéristique leur degré même, leur irréductibilité, leur accroissement progressif. L'existence d'une tumeur épigastrique, d'hématémèse, de mélæna, font reconnaître le cancer du pylore. L'ulcère rond s'accompagne souvent de gastrectasie, plus tard il peut amener un rétrécissement cicatriciel du pylore. Il faut donc penser à rechercher son existence actuelle ou antérieure.

VII

Traitement. — Nous ne pouvons donner, pour le traitement, que des indications générales, qui découlent logiquement de l'étude qui précède. Ces indications sont les suivantes :

1° Évacuer le contenu de l'estomac ;

2° Exciter la contractilité de la fibre musculaire ;

3° Donner un régime approprié au pouvoir digestif de l'estomac ;

4° Restreindre au minimum les fermentations anomales, causes des auto-intoxications ;

5° Combattre la prédisposition générale;

6° Régulariser les fonctions intestinales.

1° L'évacuation du contenu de l'estomac, par le siphon, est nécessaire dans tous les cas de dilatation mécanique, toutes les fois que l'estomac est incapable, par ses propres forces, de pousser les aliments à travers le pylore.

2° Même lorsqu'il existe un rétrécissement pylorique, il faut faire rendre à la fibre musculaire ce qu'elle peut donner; il faut exciter sa contractilité. On a conseillé l'électrisation à l'intérieur ou à l'extérieur, l'administration de la noix vomique. Il est certain que les liquides chauds excitent vivement la contractilité des fibres musculaires lisses. On connaît l'utilité de l'eau chaude dans le traitement des hémorrhagies. Les boissons chaudes excitent certainement la contractilité des tuniques musculaires de la poche gastrique. M. Sée, qui les emploie souvent, conseille, aux repas, le thé léger chaud, ou le grog léger chaud. Les boissons chaudes sont en même temps un excellent remède contre la douleur. Le lavage de l'estomac, pratiqué avec précautions, même la simple introduction du tube de Faucher, excitent certainement très vivement la contractilité de l'estomac et de l'intestin. La preuve en est donnée par la diarrhée que provoquent quelquefois ces manœuvres.

Dans le même but nous employons souvent l'ipéca: il suffit de 1 ou 2 centigrammes donnés une demi-heure environ après le repas. Il réussit bien surtout dans la forme flatulente.

3° Il importe de donner un régime approprié. M. Bouchard réduit au minimum l'ingestion des liquides dont il craint surtout la stagnation. Il recommande des repas espacés.

M. G. Sée insiste sur la nécessité de donner des aliments qui laissent peu de résidus, et qui soient finement divisés. Cela condamne les légumes verts; la viande, les œufs, le poisson seraient surtout indiqués. Les malades, du reste, arrivent souvent à faire eux-mêmes ces éliminations.

Dans les cas si fréquents où il existe de l'hyperacidité, ce régime est plus nettement indiqué encore, puisque le suc gastrique, qui digère très bien les albuminoïdes, digère très mal les féculents.

Dans ces cas d'hyperacidité, il serait logique d'administrer des alcalins deux heures environ après les repas.

4° Pour le traitement des fermentations anomales de l'estomac et de l'intestin, nous renverrons à la Revue de M. G.-H. Roger (1).

5° La prédisposition générale doit être combattue, cela est évident. Quand la névropathie antérieure est certaine, l'hydrothérapie rend de grands services. Elle constitue le régulateur par excellence du système nerveux. Les douches froides sont surtout utiles.

La climatothérapie peut aussi rendre de grands services; elle a souvent le grand avantage de soustraire les malades à leurs préoccupations, en même temps qu'elle les place dans des conditions hygiéniques meilleures.

6° Il importe de combattre la constipation quand elle existe, on n'obtient rien du côté de l'estomac tant qu'on ne régularise pas le fonctionnement de l'intestin; les laxatifs sont surtout utiles: lavements à la glycérine; rhubarbe; crême de tartre, soufre précipité et magnésie, en quantités égales (G. Sée); le cascara sagrada, la podophylle.

(1) G.-H. Roger. *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 353.

BIBLIOGRAPHIE. — Eug. POENSGEN. *Die motorische Verrichtungen des Menschlichen Magens, und ihre Stœrungen*, 1882. — G. SÉE. *Traité des dyspepsies gastro-intestinales et Régime alimentaire.* — G. SÉE et A. MATHIEU. De la dilatation atonique de l'estomac, *Revue de médecine*, 1884. — A. MATHIEU. Art. ESTOMAC dans le *Dictionnaire des sciences médicales.* — BOUCHARD. Soc. méd. des hôpitaux, 1884. — P. LE GENDRE. Th. de Paris, 1886. — Ch. GIRAUDEAU. De la dilatation de l'estomac, *Arch. de médecine*, 1885. — MALIBRAN. *Contribution à l'étude des atonies gastriques*, Th. de Paris, 1885. — V. PFUNGEN. *Zeit und Streitfragen; Ueber die Atonie des Magens*, 1887. (Dans ce dernier travail, on trouvera rassemblés des matériaux abondants sur la question et de très nombreuses indications bibliographiques.)

NOTES CHIRURGICALES

Du traitement des varices par la ligature multiple de la veine saphène interne et l'extirpation. — Il y a bien des raisons qui militent en faveur de l'abstention dans la cure radicale des varices. Les varices superficielles, étant consécutives à des varices profondes, ainsi que M. Verneuil l'a démontré, toute tentative, limitée forcément aux varices superficielles, sera fatalement inefficace. De plus, il est certain que jusqu'à ce jour, si le chirurgien avait tenté d'intervenir dans les cas où les varices étaient douloureuses, enflammées, compliquées localement, les interventions avaient été singulièrement malheureuses et, les injections coagulantes intra ou péri-veineuses, la ligature avaient occasionné bien des désastres. Mais, sous le couvert de l'antisepsie, certains chirurgiens étrangers, en Allemagne, en Angleterre, en Italie, n'ont pas craint d'intervenir à nouveau, et de pratiquer la ligature multiple des troncs veineux dilatés.

Cette ligature aurait été suivie de guérison, et les malades auraient été revus deux ans après, sans récidive. Laugenbeck n'admet pas cette cure radicale; pour lui, il y aurait récidive aux dépens des veinules voisines du champ d'opération. M. Schwartz pense aussi qu'il ne faut pas crier trop vite à la cure radicale et qu'on doit savoir attendre. Mais dans un article fort bien fait, publié dans la *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, il arrive à démontrer que l'extirpation et la ligature sont devenues inoffensives sous le pansement antiseptique strictement appliqué, que ces opérations soulagent considérablement les variqueux dont l'état n'avait pu être modifié avant cette intervention. M. Schwartz rapporte trois faits où il employa ce procédé. Voici, en résumé, l'une de ses observations:

C'est un homme de trente-quatre ans, entré à l'hôpital Beaujon le 10 août 1885, pour des varices fort douloureuses qui l'ont fait exempter du service militaire, et qui l'empêchent de se livrer à ses occupations. Six mois auparavant, il avait subi, sans résultat, des applications de potasse caustique.

Le 11 août, M. Schwartz pratiqua une première ligature de la saphène interne, dix centimètres au-dessus de la tumeur variqueuse principale, puis une seconde dix centimètres au-dessous. Les incisions cutanées furent très petites, simplement suffisantes pour permettre la découverte de la veine qui fut sectionnée entre deux ligatures de catgut. La plaie, saupoudrée d'iodoforme, fut réunie au crin de Florence. Trois jours après on constate que le paquet variqueux est devenu dur par suite de la thrombose des varices qui le composent.

C'est alors qu'une longue incision est pratiquée sur cette masse thrombosée, que les varices collatérales, qui en partent, sont liées et la tumeur veineuse est extirpée en totalité. La réunion immédiate est obtenue à la suite d'un pansement antiseptique, aidé du repos absolu, avec immobilisation du membre.

Le 29 août, dix-huit jours après l'opération, le malade se lève, ses veines se gonflent à peine, les douleurs ont disparu. Ce malade vient d'être revu le 20 mars 1887, c'est-à-dire plus de dix-

huit mois après l'intervention, il a toujours porté un bas élastique, mais la guérison s'est maintenue, les douleurs n'ont jamais reparu, et le malade reste toute la journée debout sans inconvénient.

Voilà une nouvelle conquête à ajouter à celles que nous a values déjà la pratique de l'antisepsie. On sait combien étaient redoutables et dangereuses autrefois les moindres opérations sur les veines. La phlébite et l'infection purulente n'étaient que trop souvent le résultat de cette thérapeutique meurtrière. Aujourd'hui M. Schwartz nous montre qu'on peut reprendre à nouveau, et sans danger, ces tentatives rendues actuellement inoffensives. Est-ce à dire, pour cela, que ce traitement devra s'appliquer indistinctement à toutes les varices des membres? Evidemment non. Pour légitimer cette thérapeutique hardie, deux indications sont nécessaires : 1° avoir affaire à des varices grosses et douloureuses; 2° avoir inutilement employé contre elles les moyens ordinaires de traitement.

A. Ricard.

FORMULES

Potion Fischer contre l'insomnie.

L'hydrate d'amylène étant, en raison de sa faible action sur les fonctions respiratoires et circulatoires, indiquée de préférence au chloral chez les phthisiques, les anémiques et les individus en puissance d'affections cardio-vasculaires, on peut prescrire cette substance dans une potion dont voici la formule et dont les malades doivent prendre la moitié en se couchant :

Hydrate d'amylène.	6 à 7 grammes.
Hydrochlorate de morphine.	15 milligrammes.
Eau distillée.	60 grammes.
Extrait de réglisse.	20 —

Dans le cas où le médicament donnerait lieu à des troubles ou à des malaises gastriques, ce qui est rare, on l'administrera en lavements, dont la formule ne diffère de celle que nous donnons ci-dessus, que par la substitution du mucilage de gomme arabique à l'extrait de réglisse. (*Rev. gén. de clin. et de thérap.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 avril 1888. — Présidence de M. Polaillon.

COMMUNICATION

Plaies pénétrantes de l'abdomen. — M. CHAUVEL fait un rapport sur une observation de M. Tarsière, relative à une plaie de l'abdomen par balle de revolver d'ordonnance. M. Tarsière fut appelé vingt minutes après la tentative de suicide. La plaie d'entrée se trouvait en avant et à gauche, au-dessous des fausses côtes, et on trouva la balle sur le côté droit de la colonne vertébrale, côté opposé à la plaie d'entrée. Le blessé se plaignait de douleurs intenses et succomba peu de temps après à une syncope. A l'autopsie, on constata que le diaphragme était perforé; l'estomac, les intestins, le foie étaient sains; il y avait une hémorrhagie intra-abdominale abondante. Le rein droit était atteint à la partie supérieure. Il y avait eu une douleur violente à droite qui avait fait penser à une plaie du foie. Le blessé est mort de syncope par suite de l'hémorrhagie considérable intra-abdominale; il y avait 1 litre 1/2 de sang. C'est du rein que venait cette hémorrhagie. Devait-on intervenir pour donner issue à l'épanchement sanguin? Oui, répond M. Chauvel, et l'on aurait pu faire la néphrectomie. On s'est contenté de donner de l'opium à hautes doses, de la morphine, et on n'a même pas posé la question d'intervention.

Ce fait, pour M. Chauvel, plaide en faveur de l'intervention. La laparotomie était ici formellement indiquée.

M. TRÉLAT a, dans la discussion ancienne, résumé son opinion ainsi : les blessures du petit intestin sont presque toutes mortelles. Les recherches de M. Reclus ont prouvé que les plaies par balle de petit calibre ont toutes chances pour être des plaies du petit intestin. S'il y a quelque chance de soustraire ces blessés à la mort, c'est par l'intervention. Les recherches de M. Reclus ont aussi montré l'oblitération possible de ces plaies intestinales; mais cette oblitération a été démontrée aussi illusoire que possible; bien plus, M. Terrier a insisté sur la septicité de la muqueuse intestinale qui constitue le bouchon. En somme, aucun des faits nouveaux qui se sont produits n'a fait varier la première opinion émise par M. Trélat. Examinant les faits de M. Després, M. Trélat fait observer que, dans le second cas, M. Després eût dû intervenir. Il y avait une double plaie intestinale et une plaie du rein. L'intervention était possible et rationnelle.

Il en est de même de l'une des observations de M. Marc Sée, dans laquelle il a lui-même regretté de n'être pas intervenu. Dans le cas de M. Tillaux, on eût été impuissant à sauver le malade par l'intervention; mais celle-ci n'aurait pas aggravé la situation. Aujourd'hui, avec plus d'énergie qu'autrefois, M. Trélat pense que, dès qu'on a des raisons quelconques de croire que la portion libre de l'intestin a été atteinte, il faut intervenir, parce que l'on a affaire à des lésions graves qui tueront le malade. Tels les faits de MM. Després, Sée, et le fait de MM. Trélat et Pozzi. Tympanisme généralisé ou collapsus, c'est-à-dire intestin traversé ou hémorrhagie, indiquent l'intervention. Quand il y a simplement plaie de la paroi abdominale, il est évident qu'il n'y a pas lieu de faire la laparotomie : il faut attendre.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE n'a jamais dit que tout individu ayant reçu un coup de feu dans le ventre dût subir la laparotomie. Il n'a jamais soutenu qu'une opinion, à savoir que, s'il y a plaie pénétrante, plaie d'un viscère quelconque, il faut intervenir. La laparotomie n'aurait-elle servi qu'à prouver qu'il n'y a rien, il n'y aurait pas lieu de regretter de l'avoir faite, une laparotomie exploratrice n'offrant aucun danger. Quant à la blessure du rein, comme dans le cas de M. Després, c'est une raison de plus d'agir. Une néphrectomie, dans ces cas, peut être suivie de guérison, tandis que la mort est certaine sans intervention.

M. DESPRÉS dit que, de toutes les observations rappelées par M. Trélat, celle de M. Sée seule semblait, selon lui, indiquer, *a posteriori*, l'intervention. S'il s'est abstenu dans son cas, c'est parce qu'il avait fait le diagnostic exact des lésions; il avait reconnu une blessure du rein. Or, selon lui, il n'y avait pas d'opération capable de guérir ce malade. Quand on a toutes raisons de croire qu'il y a simplement plaie pénétrante de l'intestin, M. Després pense, comme MM. Trélat et Lucas-Championnière, qu'il faut faire la laparotomie. Chaque fois qu'il y a un autre organe blessé, il faut s'abstenir.

M. RECLUS croit qu'une indication de la laparotomie est l'épanchement sanguin abdominal; mais le diagnostic exact de cet épanchement est très difficile. Il faut attacher, à ce point de vue, une certaine importance au shok. M. Reclus ne pense pas, comme M. Trélat, que toute plaie pénétrante de l'intestin soit mortelle. La démonstration de cette mortalité constante n'est pas faite.

Quant au bouchon muqueux, il est bien certain que ce n'est pas un moyen de guérison; mais dans ces cas il se fait des adhérences, et ce sont ces adhérences qui sont la cause de la guérison. C'est du moins ce que M. Reclus a vu dans ses expériences sur le chien. Quant à l'homme, il n'a pas été fait de statistique suffisante à ce point de vue. Il semble que le diagnostic de la pénétration intestinale peut être fait par une exploration sage, prudente et bien conduite. Or, s'il est démontré qu'il existe des cas de guérison spontanée de ces plaies pénétrantes, on est autorisé à attendre, car il faut bien remarquer que la laparotomie, dans ces cas, n'est pas une simple laparotomie exploratrice, mais bien un examen très complet, très dangereux, de tout l'intestin. C'est pourquoi M. Reclus demande à n'agir qu'en présence d'un signe lui forçant la main.

M. MARC SÉE accepte de tous points la pratique de M. Trélat,

mais il insiste sur la nécessité d'une bonne exploration de la plaie avec un stylet. S'il y a plaie pénétrante, il faut faire la laparotomie, et cette laparotomie sera rendue plus facile et plus simple par cette exploration.

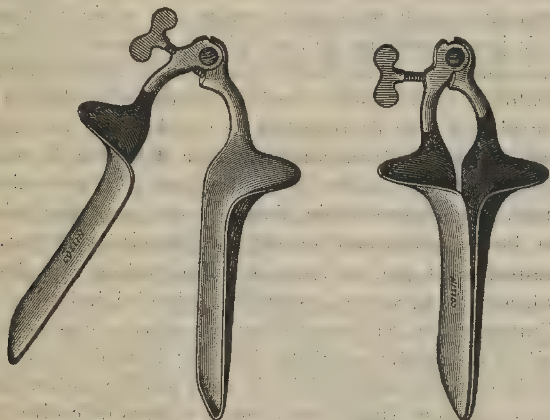
M. TRÉLAT fait observer que M. Després passe dans le camp des interventionnistes, au moins pour les plaies pénétrantes de l'intestin. Reste M. Reclus, qui semble de moins en moins disposé pour l'intervention. Il pense qu'il y viendra, car plus les faits se multiplient, plus on voit que l'intervention hâtive donne plus de chances de guérison que l'abstention dans les cas de plaies pénétrantes de l'intestin, ou même de l'un des viscères contenus dans la cavité abdominale.

M. TILLAUX cite un cas de plaie pénétrante de l'abdomen, avec blessure du rein, qui a guéri spontanément. Il y a plus de guérisons par temporisation que par intervention.

M. RECLUS cite une observation analogue due à M. Chédevergne (de Poitiers). Ces faits de guérison spontanée de plaies pénétrantes intestinales bien avérées ne sont pas aussi rares que semble le croire M. Trélat, et ce sont précisément ces faits qui portent M. Reclus à n'agir que devant une complication quelconque.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT.

Spéculum. — M. BERGER présente à la Société, de la part de M. Collin, un nouveau spéculum, dont la disposition permet d'obtenir simultanément, et dans des proportions calculées, la dilatation du vagin et de l'orifice vulvaire, pour pratiquer des opérations sur l'utérus.



L'une des parties originales du spéculum consiste dans l'écartement des branches qui commandent les valves. En effet, le vide existant à droite et à gauche, fait que le chirurgien peut manœuvrer en toute liberté ses instruments, sans être gêné par les parois latérales, ainsi que cela existe avec tous les spéculums employés pour les opérations.

A cinq heures, la Société se forme en comité secret.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Le Monde des rêves (1), par M. Max Simon, médecin en chef à l'asile public d'aliénés de Brou.

Le rêve, l'hallucination, le somnambulisme, l'hypnotisme, l'illusion, les paradis artificiels, etc., tel est le cercle vertigineux dans lequel se meut, dans ce petit in-12, l'auteur de plusieurs ouvrages, l'un de nos plus sympathiques confrères, M. le docteur Max Simon. J'ai plusieurs fois entendu dire par un de nos éminents aliénistes qu'il ne rentrait pas chez lui, après sa visite hospitalière du matin, sans prendre sa tête dans ses deux mains et se tâter pour s'assurer s'il n'y avait rien laissé de toute sa liberté d'esprit et de jugement. C'est aussi ce que je viens de faire après la lecture de ce livre. Tout ce que je puis dire du résultat de cette épreuve, c'est que j'ai puisé à la fois dans cette lecture un vif intérêt et des notions plus nettes sur son objet. Je n'en entreprendrai pas ici une analyse, fort délicate d'ailleurs à faire et qui m'entraînerait au delà des limites qui me sont octroyées. Je tiens seulement à mettre en vedette l'idée ou la pensée générale qui domine dans ce livre et qui ressort du rapprochement des faits nombreux qu'il contient, savoir, qu'entre les diverses manifestations mentales dont il y est traité, il n'y a guère qu'une différence de degré, et que c'est par le même mécanisme, si l'on peut s'exprimer ainsi, qu'elles se produisent. En même temps que l'auteur a essayé de montrer l'identité de ces phénomènes, qu'il a cherché à établir quelques-unes des lois qui président à leur production, il s'est efforcé de pénétrer leur nature. Aussi, entre tous les faits que nous allons passer rapidement en revue, y aura-t-il une transition naturelle.

A côté des rêves communs suscités par des impressions extérieures ou nés d'incitations parties des organes internes, M. Max Simon signale, comme constituant un ordre à part, ces rêves caractérisés par une direction logique, suivie, qui lui paraissent relever de la seule action cérébrale, différant à peine de ce qu'elle est dans l'état de veille. Tels sont les rêves dans lesquels une œuvre d'art a été achevée ou un problème résolu. A cet ordre se rattachent aussi les rêves prophétiques et les pressentiments, jugements inconscients dont la conclusion se présente pour les uns dans le sommeil, pour d'autres pendant la veille, avec l'appareil des opérations mentales du songe.

L'histoire des hallucinations sensorielles, si riche de faits, y a été étudiée aux points de vue de la façon dont naissent les images, des transformations qu'elles subissent, de la manière dont elles disparaissent, de l'aspect qu'elles offrent aux yeux de l'halluciné, de la nature de l'hallucination, de ce en quoi elles consistent physiologiquement, etc.

Existe-t-il des hallucinations purement physiologiques? se demande à cette occasion M. Max Simon. Oui, répond-il; il n'est pas douteux pour lui que l'hallucination puisse se présenter sans aliénation, et c'est très faussement, suivant lui, que nombre d'hommes de génie ont été taxés de folie pour avoir éprouvé des hallucinations. Il proteste contre cette tendance de nos jours à voir des fous dans des hommes qui ont le plus honoré l'humanité par la puissance de leur génie ou de leurs talents. Les hallucinations de quelques hommes illustres, dont l'histoire nous a transmis les noms, tels que Brutus, l'empereur Julien, Christophe Colomb, Pascal, et, parmi nos contemporains, Goëthe et Balzac, ne sont, aux yeux de M. Max Simon, qu'un pouvoir virtuel qui se manifeste seulement dans certaines conditions, avec une parfaite intégrité du fonctionnement cérébral. Loin qu'il y ait lieu de voir là quelque chose de morbide, — il ne s'agirait, dans ces cas, notamment où l'hallucination est voulue, comme elle l'était chez Goëthe, que d'une manifestation d'un dynamisme puissant. M. Max Simon ne franchit-il pas ici les bornes de la logique, en considérant un fait exceptionnel, après tout, une anomalie par conséquent, comme la marque d'une plus grande puissance dynamique?

Nous passerons outre les chapitres relatifs au somnambulisme, à la vision somnambulique, à l'hypnotisme, à l'extase, aux paradis artificiels ou aux rêveries opiacées, haschischiennes, alcooliques, au *ragle* ou hallucination du désert, etc., presque tous pleins d'intérêt, et quelques-uns d'un intérêt tout d'actualité, pour revenir et nous arrêter un instant encore sur les hallucinations et la question de leur localisation.

Partant de ce fait, acquis par l'observation, que toutes les images hallucinatoires, qu'il s'agisse du rêve ou de l'hallucination proprement dite, sont tirées, au moins quant à leurs éléments, du monde extérieur où elles ont été recueillies par les sens, il était intéressant de rechercher le lieu du système nerveux où ces matériaux de l'hallucination, acquis, souvent depuis fort longtemps, pendant la vie antérieure, ont été recueillis et conservés.

(1) In-12. 2e édition. Prix : 3 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Tenant compte, d'une part, de l'étendue considérable de la substance grise qui recouvre les hémisphères cérébraux; d'autre part, de ce fait que partout, dans le système nerveux, la cellule est l'élément spécial, l'aboutissant des impressions et l'agent des transformations de mouvement, n'est-on pas tenté, *a priori*, de localiser dans la substance corticale toutes les impressions recueillies par les sens? Les faits pathologiques viennent confirmer cette vue de l'esprit. La destruction plus ou moins profonde des éléments nerveux de la couche corticale que l'on constate dans le cerveau des déments, comme dans celui des sujets atteints de paralysie générale, qui avaient présenté les uns et les autres, pendant la vie, comme symptôme caractéristique, l'abolition plus ou moins complète des facultés intellectuelles et particulièrement de la mémoire, donnent une suffisante démonstration que c'est bien effectivement la substance corticale qui est le lieu de condensation, d'emmagasinement des images, que les sens recueillent à chaque instant de la vie dans le monde extérieur.

Dans les faits dont M. Max Simon a cherché, au cours de cet ouvrage, à donner l'explication, on n'a eu affaire qu'à la matière — si l'on peut dire — de la mémoire et de l'imagination. Il a été à peine parlé de la force agissante qui dispose de cette matière. Il nous a montré l'instrument dans ses ressorts cachés, mais non pas dans le principe qui le met en mouvement; les impressions confuses du milieu ambiant, les réactions de l'organisme dans l'état normal ou pathologique, pouvant donner la perception d'images plus ou moins cohérentes, mais voilà tout.

« Chaque fois, ajoute-t-il, que les combinaisons de la mémoire et de l'imagination sont voulues, ces combinaisons volontaires sont le résultat de l'action d'une libre puissance que nous sentons en nous-mêmes, puissance que les circonstances extérieures peuvent influencer, auxquelles l'instrumentalité peut mal obéir, mais qui, dans l'état d'intégrité cérébrale, est la vraie maîtresse de ce clavier aux touches innombrables, qui constitue la mémoire et l'imagination. Cette puissance, cette force, c'est l'âme humaine. De sa nature, la physiologie ne nous apprend rien; de son mode d'action sur la nature, nous ne savons rien non plus; nous sentons qu'elle agit, voilà tout. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décrets, en date du 17 avril 1888, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. les aides-médecins, docteurs en médecine, Bailly et Porée.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Baux (de Commercy) et Devade (de Gien).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 48. — MARDI 24 AVRIL 1888. 61e ANNÉE. MARDI 24 AVRIL 1888. — N° 48.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. BROUARDEL.

De la responsabilité médicale (1).

III

Depuis la dernière séance, j'ai appris un cas particulier concernant les médecins de colonisation. En Algérie, ils reçoivent du gouvernement une somme assez forte, — car il y a une classe qui est payée cinq mille francs, — ils ont un cheval et sont logés, mais ils acceptent l'obligation de soigner gratuitement les individus inscrits sur le registre de bienfaisance. Dernièrement le docteur C..., appelé à accoucher une femme, est arrêté par un torrent qui l'empêche de passer. Il envoie un Arabe pour avoir des nouvelles de l'accouchée et on lui répond qu'on peut se passer de lui. Mais la femme meurt au bout de quinze jours et le médecin est poursuivi par le mari. Le tribunal, tout en trouvant singulier que le médecin n'ait pu, ainsi que l'Arabe, traverser le torrent, l'a acquitté parce que l'accouchée n'était pas inscrite sur le registre de bienfaisance.

J'arrive au troisième chapitre des cas dans lesquels le médecin est gravement exposé au point de vue de la responsabilité, je veux parler de la syphilis, et en tête des écueils à éviter, il faut placer la malpropreté des instruments.

Il y a quelques années, un médecin auriste a communiqué ainsi la syphilis à plusieurs de ses clients, en pratiquant sur eux le cathétérisme de la trompe d'Eustache. Il y mit d'ailleurs une obstination singulière, car il avait déjà été prévenu par M. Ricord, lorsque je constatai l'évolution de la syphilis chez un élève de Sainte-Barbe soigné par ce médecin pour l'oreille, et M. Hardy, à qui je fis part de ce fait, me révéla alors qu'il avait une collection de huit cas semblables venant du même praticien, et notamment celui du président d'un tribunal de province qui lui avait amené sa fille en pleine syphilis secondaire. Nous décidâmes alors que nous allions le prévenir que si un fait semblable se représentait, nous le traduirions en justice. Cette fois, il prit un parti héroïque, mais involontaire : il mourut, quelques jours après, de mort subite.

(1) Suite. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 413.

Souvenez-vous que rien n'est commun comme la malpropreté des auristes et des dentistes. Je connais d'ailleurs un médecin qui a été victime de sa propre négligence : il a contracté un chancre de l'amygdale, en se servant, pour regarder sa gorge, d'un abaisse-langue qui n'avait pas été essuyé.

On a signalé, il y a quelques années, une petite épidémie de syphilis survenue chez les Israélites à l'état naissant, à propos de la circoncision. Il était d'usage, chez les rabins, d'arrêter l'hémorrhagie consécutive à cette opération, en pratiquant la succion de la verge, et l'un d'eux, qui était porteur de plaques muqueuses, avait communiqué la syphilis à une vingtaine de petits juifs. Une plainte fut portée au grand rabin, qui interdit alors la pratique de la succion. Il paraît qu'elle est encore en usage en Roumanie.

M. Fournier a publié un cas de contamination par les serre-fines.

En dehors des instruments médicaux, on peut prendre la syphilis par le doigt. Je connais l'exemple de neuf médecins qui l'ont contractée ainsi dans leur pratique. Quatre sont morts, car après l'âge de vingt-cinq ou trente ans, la marche de la syphilis est bien plus funeste.

S'il est désagréable de contracter un chancre professionnel, il est aussi dangereux de le communiquer aux autres. Il y avait, à Brives-la-Gaillarde, une sage-femme qui avait un chancre de l'index, et les procès en séparation de corps ne tarissaient pas dans cette ville, car toutes les femmes que touchait la matrone étaient infectées par elle, et les maris avaient de la peine à admettre que la syphilis entrât vertueusement dans la famille.

Une enquête fut faite et elle établit que, dans les derniers temps au moins, la sage-femme avait une poupée autour du doigt et elle recommandait aux femmes qu'elle soignait de commencer à prendre de la liqueur de Van Swieten. Aussi fut-elle condamnée à la fois pour blessure par imprudence et pour exercice illégal de la médecine à deux ans de prison et à cinquante francs d'amende.

En Angleterre, on est beaucoup plus sévère qu'en France. En voici un assez triste exemple : un médecin, qui ignorait qu'il eût un chancre au doigt, accouche la femme d'un de ses amis ; quelques jours après, il reconnaît sa maladie et, désolé, va prévenir cet ami en lui disant de surveiller sa femme afin de la mettre en traitement dès les premiers symptômes. Cette femme prend en effet la syphilis, et, son mari ayant poursuivi le médecin, celui-ci est condamné à 3000 livres d'amende, c'est-à-dire à 75000 francs de notre monnaie.

Le deuxième point de vue de la contamination syphili-

tique concerne les nourrices et les nourrissons. La situation est parfois très difficile. Voici ce qui se passe ; je suppose que vous êtes médecin de la famille, vous savez que l'enfant qui va naître est exposé à être syphilitique, parce que le père a eu autrefois des accidents. Devez-vous vous conduire comme si l'enfant devait être sûrement syphilitique ? Tarnier enseigne que, lorsque le père n'a pas eu d'accidents depuis plusieurs années, l'enfant n'a jamais rien. M. Fournier, au contraire, va jusqu'à interdire de donner des nourrices à ces enfants. Pour ma part, je me rapprocherais plus volontiers de la manière de voir de Tarnier, car il est évident que, si on les prive de nourrice, bien des enfants sont exposés à mourir et que d'ailleurs, dans la majorité des cas, les nourrices ne sont pas contaminées. D'après une statistique de M. Diday, les enfants, qui deviennent syphilitiques, le deviennent quatre-vingts fois sur cent dans le premier mois de leur vie, dix fois dans le second et dix fois dans le reste du temps. Restez donc inquiets, et, dès les premiers symptômes, n'hésitez pas à supprimer la nourrice.

Si vous trouvez chez l'enfant des traces de syphilis, ou si la syphilis du père n'est pas complètement guérie, refusez impitoyablement une nourrice à l'enfant. Mais soyez bien prudents dans l'expression de cette défense, car si le mari a parfois dit à sa femme qu'il avait eu la syphilis, il ne l'a jamais dit à sa belle-mère. Ne transigez pas cependant et inventez au besoin une explication de votre conduite. Dans une circonstance, j'ai expliqué la suppression de la nourrice en disant qu'une chèvre seule pouvait supporter un remède que j'étais obligé de donner à l'enfant en le faisant passer par l'intermédiaire de la créature qui le nourrissait. Et j'ai donné en effet à la chèvre différents herbages.

Si l'enfant devient syphilitique, éloignez aussitôt la nourrice. Mais ici encore on peut être en présence de conditions singulières. M. Siredey avait accouché un quart de mondaine, actrice dans un théâtre, dont il avait constaté la syphilis pendant sa grossesse. Il donne néanmoins une nourrice à l'enfant, mais celui-ci étant devenu syphilitique pendant la nourriture, on veut renvoyer la nourrice, qui déclare qu'elle ne veut pas s'en aller. Les médecins prirent le parti de ne pas revenir, mais l'enfant mourut et le mari de la nourrice qui avait pris la syphilis poursuivit longtemps l'actrice de ses réclamations.

Une troisième circonstance, c'est celle où la nourrice et l'enfant sont tous les deux syphilitiques. Dans ce cas, il n'y a rien à faire, sinon de traiter l'un et l'autre. Mais rappelez-vous qu'il n'est pas admis qu'une personne puisse s'exposer volontairement à la contagion, même quand elle est prévenue.

Lorsque nous imposons à une nourrice de cesser la nourriture, est-ce que nous violons le secret médical ? A mon avis, cette question a été soulevée inopinément, car vous ne dites pas que l'enfant a la syphilis et il faut vous renfermer sur ce point dans un mutisme absolu.

Il ne me reste plus qu'à vous citer quelques faits plutôt curieux qu'intéressants, au sujet de la syphilis communiquée expérimentalement. Vous savez qu'à une certaine époque M. Ricord avait établi cette loi que les accidents secondaires ne sont jamais contagieux. Un médecin de l'Antiquaille de Lyon eut alors l'idée singulière de prendre du pus sur des plaques muqueuses et de l'inoculer à quelques enfants à qui il donna la syphilis. A l'hôpital Saint-Louis, Gibert donna la syphilis, dans les mêmes conditions, à des individus atteints de lupus et Tardieu, chargé de cette constatation, déclara que la syphilis qu'ils avaient acquise avait beaucoup amélioré leur lupus.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. PÉAN.

Du morcellement appliqué à l'ablation des tumeurs (1).

(Leçons recueillies par M. LAPERVENCHE, interne des hôpitaux.)

II

Pour donner un peu d'ordre à la description qui va suivre, nous vous parlerons des tumeurs superficielles d'abord, des profondes ensuite.

Les *tumeurs superficielles* comprennent celles de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. Quand elles sont petites, toutes les méthodes opératoires leur sont applicables ; mais quand elles sont étendues, comme certains lipomes, certains éléphantiasis, le morcellement a l'avantage sur la dissection simple de mettre mieux le malade à l'abri des hémorrhagies. En voici des exemples.

Vous nous avez vu dernièrement enlever sous les téguments du *cou* et du *scrotum* de petits lipomes. D'emblée nous avons incisé, avec le bistouri, la tumeur en même temps que la peau, le tissu cellulo-adipeux ou le dartos, qui servaient d'enveloppe, et nous avons poursuivi la dissection de chaque portion du centre à la surface. L'opération a été conduite rapidement et sans perte de sang, grâce au pincement temporaire de quelques vaisseaux périphériques.

Vous nous avez vu également enlever beaucoup de tumeurs superficielles, autour des orifices naturels : les lèvres, les paupières, la vulve, l'anus, régions qui sont riches en vaisseaux.

Aux lèvres et aux paupières, en raison de la conformation des

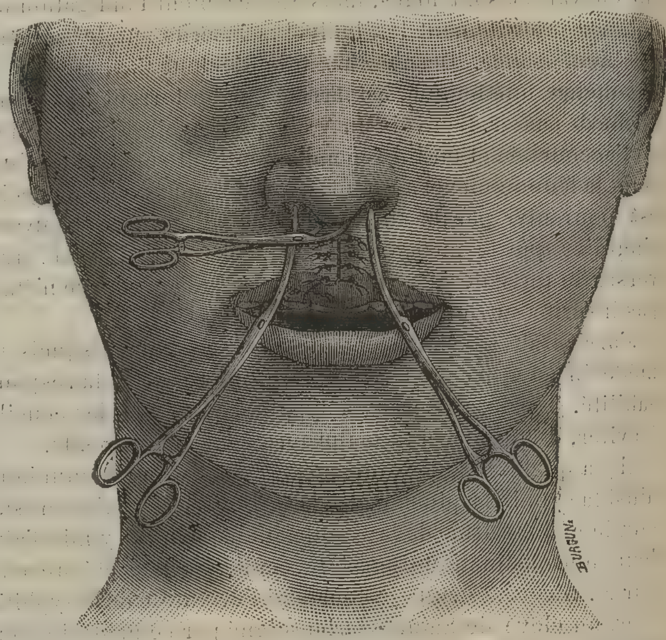


FIG. 1. — Hémostasie préventive obtenue au moyen de pinces appliquées sur la lèvre supérieure et la sous-cloison pour faciliter l'ablation par morcellement d'une tumeur maligne.

parties, nous avons fait l'hémostasie préventive de chaque côté de la tumeur en saisissant, entre les mors de pinces droites peu puissantes, les faces cutanée et muqueuse.

Grâce à l hémostasie préventive ainsi obtenue, nous avons

(1) Suite. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 121.

facilement enlevé la tumeur, rapproché les bords de la perte de substance, fait les sutures avant de retirer les pinces et parachevé l'opération sans que le malade ait perdu une goutte de sang. C'est ce qui eut lieu chez le malade que nous vous présentons et auquel nous avons enlevé dernièrement un cancer médian de la lèvre supérieure (fig. 1). Après avoir placé une pince à mors droits, un peu plus forte que celle des paupières, de chaque côté de la tumeur, et une autre sur la sous-cloison du nez, nous avons excisé la tumeur en dedans des pinces et fermé la plaie par des sutures au crin de Florence à anses séparées, comme s'il s'était agi de réunir les bords avivés d'un simple bec-de-lièvre. La suture achevée, nous avons enlevé les pinces sans crainte d'hémorrhagie, et la réunion a eu lieu par première intention. Vous nous voyez journellement opérer de même quand il s'agit d'une tumeur de la lèvre inférieure, du nez ou des paupières. La disposition de ces régions se prête à merveille au pincement préventif, si utile à cause de leur grande vascularité.

Les *tumeurs superficielles de la face*, situées en dehors des orifices naturels, bénéficient également du morcellement et du pincement combinés. On sait combien les kystes sébacés

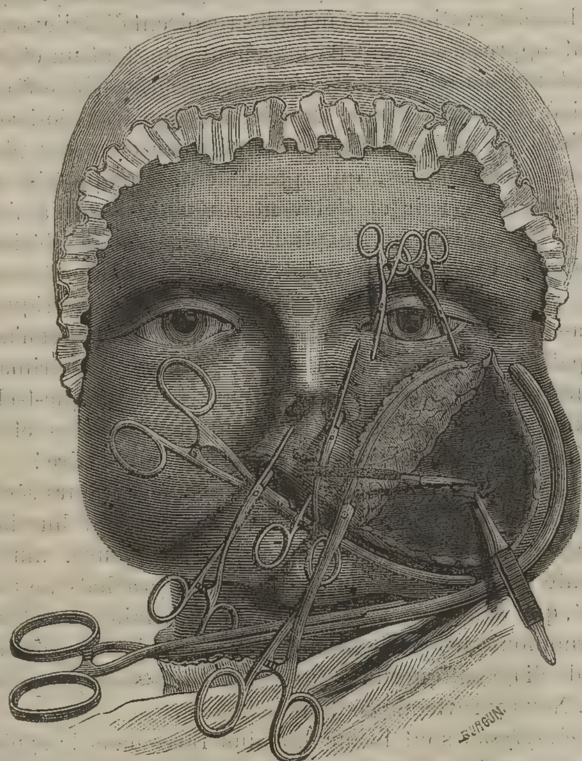


Fig. 2. — Tumeur érectile de la face enlevée par le pincement préventif et le morcellement.

sont communs au cuir chevelu. Pour les enlever, vous nous les voyez transfixer avant d'en disséquer séparément chaque moitié avec le bistouri, les doigts ou la spatule. Les tumeurs érectiles y sont généralement fréquentes, de même qu'à la face et au cou. Pour les extirper, nous appliquons sur toute leur périphérie des pinces de forme appropriée; puis l'hémostasie préventive obtenue, nous les incisons dans toute leur épaisseur et nous les enlevons par portions, sans perte de sang, ce qui nous permet de ménager les téguments et de ne pas défigurer les malades. C'est ce qui eut lieu pour la jeune fille que nous vous présentons et que nous avons opérée devant vous (fig. 2). La joue gauche était complètement envahie par un angiome veineux et artériel. Nous commençâmes par comprimer avec les doigts et les pinces les parties molles qui l'entouraient, de façon à empêcher le sang de circuler dans les vaisseaux afférents et efférents des lèvres, du nez, de la joue et de la paupière inférieure. Les pinces qui furent mises en usage avaient précisément la forme et la longueur voulues. Dès que l'hémostasie préventive fut assurée, nous incisâmes sur le milieu de la tumeur les téguments et le tissu morbide, puis, avec le bistouri et les pinces, nous enlevâmes par dissection tout ce tissu en le morcelant, de sorte que l'ablation totale eut lieu sans perte de sang.

Vous comprenez qu'ici l'hémostasie était de la plus haute importance étant donné le jeune âge du sujet.

A la vulve, comme aux orifices nasal, buccal, auriculaire, palpébral, le morcellement et le pincement des vaisseaux sont admirablement favorisés par la conformation des parties. Le voisinage de l'anus et de l'urèthre facilite l'application des pinces et par suite l'hémostasie préventive. Vous

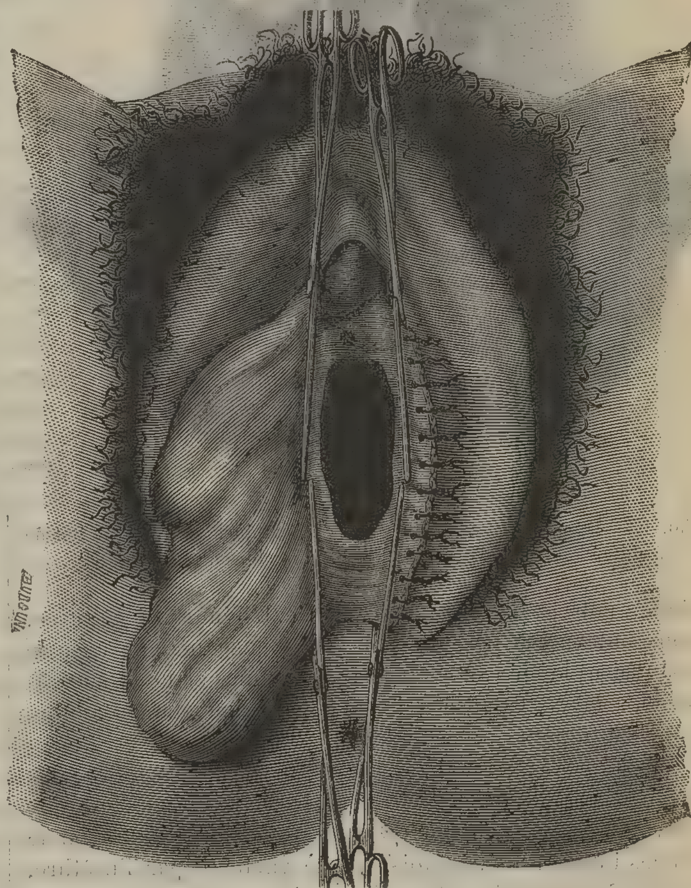


Fig. 3. — Ablation par morcellement des petites lèvres hypertrophiées. On voit que la suture a été faite avant l'ablation des pinces hémostatiques. Le capuchon du clitoris était également hypertrophié, mais pas assez pour l'enlever.

nous avez vu enlever dernièrement une tumeur hypertrophique des petites lèvres sur la malade que nous vous présentons (fig. 3). Voici comment nous avons procédé. Nous fîmes tout d'abord l'hémostasie préventive avec des pinces à mors droits et flexibles, appliquées verticalement, l'une à la partie supérieure, l'autre à la partie inférieure, au ras de l'hymen. Nous réséquâmes ensuite par parties toute la tumeur à un demi-centimètre en dehors des pinces et nous réunîmes aussitôt après les lèvres de la solution de continuité par de nombreux points de suture, à anses séparées, avec du crin de Florence. La suture achevée, nous

enlevâmes les pinces sans avoir perdu une goutte de sang.

Nous agîmes ensuite de même pour l'ablation de la petite lèvre du côté opposé.

A la *fourchette* et à l'*entrée du vagin*, l'hémostasie préventive n'est pas toujours aussi facile à obtenir. Cependant chez la malade que nous vous présentons et que vous avez vu opérer, il y a quelques jours, voici comment nous y sommes parvenu. Il s'agissait d'un épithélioma limité à la muqueuse du tiers inférieur de la paroi postérieure du vagin et à la fourchette. Pour empêcher l'abord du sang dans les tissus malades, nous fîmes tout d'abord le pincement vertical des grandes et des petites lèvres qui étaient saines (fig. 4), puis nous pinçâmes la cloison recto-vaginale, de

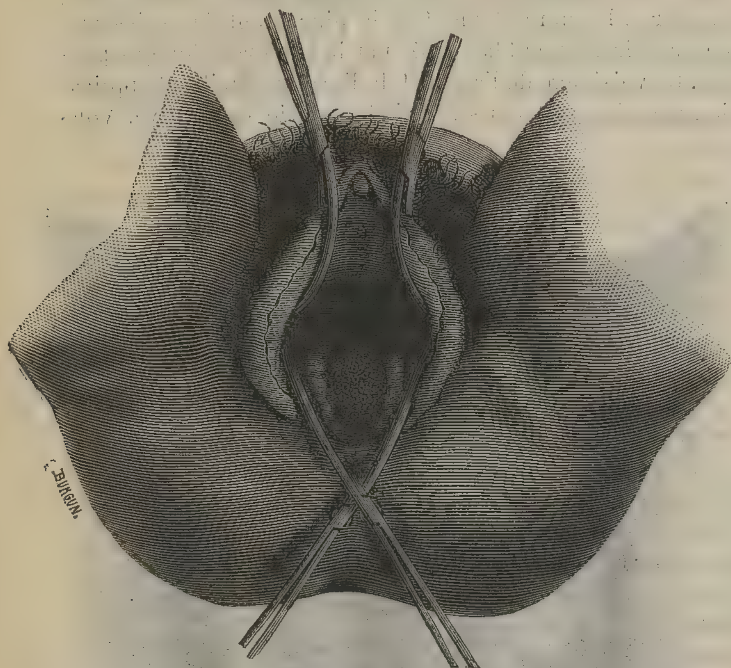


Fig. 4. — Hémostasie préventive obtenue par pincement dans le but de faciliter l'ablation d'un épithélioma de la cloison recto-vaginale.

chaque côté, en dehors du néoplasme. L'hémostasie assurée, nous enlevâmes largement la muqueuse malade avec le bistouri et les pinces, nous rapprochâmes et nous suturâmes les lèvres opposées de la perte de substance comme pour les tumeurs précédentes.

Chez une autre malade que nous vous présentons, une production de même nature occupait le clitoris et le bulbe du vagin. Nous fîmes l'hémostasie préventive au moyen de pinces introduites à la fois par le vagin et par l'urèthre, nous achevâmes de même l'opération sans perte de sang. Nous eûmes soin de mettre des pinces à mors très élastiques, afin de ne pas exercer sur les téguments de l'urèthre une trop forte compression.

HOPITAL DU MIDI. — M. Charles Mauriac.

Syphilis tertiaire du poumon.

III (1)

Les symptômes n'offrent rien de spécial et sont loin d'être toujours identiques, ce qui s'explique, du reste, par les grandes différences anatomiques que présentent entre elles les pneumopathies syphilitiques. Ils ressemblent beaucoup à ceux des affections pulmonaires les plus communes, à ceux des bronchopneumonies par exemple, et surtout à ceux de la tuberculose pulmonaire. Parfois ils font complètement défaut, et on trouve à l'autopsie des altérations gommeuses et scléreuses qu'aucun trouble fonctionnel n'avait révélées pendant la vie. Dans la plupart des cas, on n'arrive à soupçonner la nature spécifique de la pneumopathie, que parce qu'il existe ailleurs, soit dans d'autres parties des voies respiratoires, soit sur des tissus ou organes éloignés, des lésions tertiaires absolument indéniables.

Passons d'abord en revue les troubles fonctionnels et les signes physiques sans nous préoccuper des formes de la pneumopathie à laquelle ils appartiennent. Nous examinerons ensuite si leur groupement peut permettre d'établir des formes cliniques dans la syphilose pulmonaire.

1° *Troubles fonctionnels.* — La *dyspnée* est un des plus importants. Il est probable qu'elle ne se produit qu'assez tard après le début des lésions, parce que celles-ci n'apparaissent pas toutes en même temps et qu'elles sont tout à la fois successives et progressives. Mais il arrive fatalement une époque où le champ de l'hématose est très diminué. Aussi trouve-t-on la gêne de la respiration signalée dans presque toutes les observations. Les malades respirent difficilement; ils sont oppressés quand ils marchent vite, font un effort, montent un escalier. Mais ils n'ont pas de crises de suffocation, ni de cornage comme dans les laryngo-trachéo-bronchopathies. Ce qu'il y a de plus particulier dans ces phénomènes dyspnéiques, qui présentent quelquefois un redoublement le soir et s'élèvent rarement jusqu'à l'orthopnée, c'est qu'ils ne s'expliquent point par des lésions accessibles à l'oreille et au doigt. Il y a désaccord entre eux et les phénomènes stéthoscopiques et plessimétriques. Aussi a-t-on supposé qu'ils résultaient probablement d'une adénopathie bronchique, ou d'une gomme comprimant quelques-uns des gros tuyaux aériens. Ne s'explique-t-elle pas suffisamment par l'aplatissement des alvéoles et la dégénérescence secondaire de l'épithélium alvéolaire ?

La *toux* manque rarement; elle est presque toujours sèche au début, petite et quinteuse; puis elle devient humide, et s'accompagne d'une expectoration muqueuse, mucopurulente ou franchement purulente. Les crachats ne présentent, que dans des cas exceptionnels, certains caractères pathognomoniques qui permettent, jusqu'à un certain point, de diagnostiquer la nature et la forme de la pneumopathie. Nous y reviendrons tout à l'heure.

Les *hémoptysies* sont beaucoup plus rares dans la syphilose que dans la tuberculose du poumon. Les hémoptysies abondantes sont tout à fait exceptionnelles. Cependant un malade de M. Lancereaux disait avoir rendu par expectoration plus d'un litre de sang dans les vingt-quatre heures. Un autre malade, dont l'histoire est rapportée par M. Carlier, en avait rendu deux verres dans une seule hémoptysie. Il est tout naturel que l'évacuation d'une gomme s'accompagne de quelques filets de sang. En général, les hémoptysies sont fréquentes, mais peu abondantes (Thompson, Fournier). C'est un symptôme très variable, comme du reste tous les autres, la dyspnée, la toux, l'expectoration, etc.

On en peut dire autant du *point de côté* qu'on trouve noté dans un grand nombre de syphiloses pulmonaires. En général, il est modéré, mais parfois il acquiert une grande intensité. Chez un malade de M. Carlier, il est question de douleurs excessivement vives qui, de la région précordiale

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 415.

se répandaient dans toute la moitié gauche de la cavité thoracique. Elles étaient accompagnées de vertiges et de phénomènes cérébraux plus graves qui firent penser à une congestion ou à une compression du pneumogastrique au niveau du bulbe (?).

2° *Signes physiques.* — La *percussion* fait constater une matité ou une submatité dans une étendue plus ou moins considérable du poumon. Elle est presque toujours localisée, ou du moins beaucoup plus prononcée sur certains points qui sont le foyer principal des syphilomes pulmonaires, leur siège de prédilection. Ces points correspondent à la partie moyenne des deux poumons, principalement du droit, c'est-à-dire à l'épine de l'omoplate en arrière, et à la troisième ou quatrième côte en avant. Au niveau des grosses gommes ramollies et qui ont évacué leur contenu, il ne serait pas impossible de trouver de la sonorité et même un bruit de pot fêlé, si elles étaient superficielles.

Par la palpation, on constate souvent une augmentation des vibrations thoraciques à cause de la densité du tissu pulmonaire sclérosé, qui les transmet mieux, en les exagérant. A l'*auscultation*, on ne perçoit quelquefois qu'une diminution notable du murmure respiratoire, dans une étendue plus ou moins considérable des deux poumons, ou bien d'un seul, particulièrement du côté droit. Presque toujours à cette diminution du murmure respiratoire s'ajoute bientôt une respiration rude aux deux temps et puis un souffle tubaire. Ce n'est pas tout, il existe aussi des bruits bronchiques, des râles crépitants fins et secs ou bien des gros râles humides un peu disséminés partout. Ces caractères morbides de la respiration sont vagues et diffus dans le principe. Mais, à mesure que l'affection vieillit, et en même temps qu'ils s'accentuent, ils se circonscrivent et forment un ou plusieurs foyers très distincts, où l'on trouve tout à la fois une diminution de la sonorité thoracique, du souffle bronchique, de la bronchophonie et des râles bullaires plus ou moins gros. Ces foyers s'observent ordinairement dans la région moyenne des poumons, plus rarement à leur base, presque jamais à leur sommet. L'épine du scapulum, la troisième et la quatrième côte sont les points des parois thoraciques qui leur correspondent et où on a le plus de chance de les découvrir et de percevoir à leur maximum les signes physiques qui leur appartiennent. A la base, il est difficile de les circonscrire, parce qu'ils se confondent avec les signes des pleuropathies secondaires constituées par des fausses membranes ou des épanchements légers qui compliquent la plupart du temps les pneumopathies spécifiques (1).

A un degré plus avancé du processus syphilitique broncho-pulmonaire, dans la période de ramollissement et d'évacuation des syphilomes circonscrits qui occupent les ganglions bronchiques ou le parenchyme du poumon, les phénomènes stéthoscopiques changent. Ils deviennent cavitaires. Le souffle bronchique est remplacé par un souffle caverneux, la bronchophonie par de la pectoriloquie, les gros râles par du gargouillement. En pareil cas, le foyer morbide est encore plus circonscrit dans une région déterminée et sur une surface égale à une pièce de 2 ou 5 francs. Autour ou sur d'autres points plus ou moins éloignés, on trouve des bruits anomaux qui traduisent un degré plus ou moins prononcé d'imperméabilité pulmonaire. Au milieu de ces bruits diffus s'accentuent çà et là quelques souffles tubaires ou cavernuleux, rapprochés ou lointains, qui font soupçonner l'existence d'une caverne gommeuse ou d'une dilatation bronchique.

(1) Les auteurs ne s'accordent pas sur la fréquence des lésions de la plèvre. M. Tiffany considère les adhérences pleurales comme rares. D'autres les regardent comme fréquentes, et ils sont dans le vrai.

Il existe donc une grande complexité dans les phénomènes stéthoscopiques produits par les pneumopathies syphilitiques. C'est là un de leurs caractères. J'ajoute cette autre particularité qu'ils sont extrêmement variables suivant les cas, et que, sauf leur localisation fréquente dans la région moyenne des poumons, ils ne sont subordonnés à aucune règle générale. Toute la gamme des modifications morbides du bruit respiratoire, depuis la simple diminution du murmure vésiculaire, jusqu'au gros souffle caverneux presque amphorique, peut y être perçue par l'auscultation.

La déformation de la cage thoracique, si prononcée dans les pneumopathies tuberculeuses avancées, manque constamment ou presque toujours dans les pneumopathies syphilitiques.

M. Güntz (*Memorabilien*, Heft 4, 1881), qui a fait d'intéressantes recherches sur la *température locale* dans la phthisie pulmonaire d'origine syphilitique, a trouvé qu'elle était la même que sur les autres parties du corps, tandis que, dans la phthisie ordinaire, elle est toujours plus élevée au niveau du foyer tuberculeux.

Si on rapproche les signes physiques des lésions anatomiques, il sera facile de voir que les unes se rapportent à la sclérose et les autres à la gomme des poumons. Il ne faudrait pas croire cependant que la distinction soit toujours nette et précise dans la pratique. Pendant les premières phases elle n'existe pas. Plus tard elle se dessine mieux, lorsque les syphilomes se ramollissent et se vident dans les bronches. Mais là encore il pourrait se faire qu'on prît pour des cavernes gommeuses les dilatations bronchiques si fréquentes dans les cirrhoses pulmonaires.

Quoi qu'il en soit, voici les signes dont la prédominance et la permanence caractérisent plus particulièrement les deux grandes variétés de syphilose pulmonaire.

Sclérose. — Diminution notable de la sonorité, et même matité, ordinairement localisées vers la partie moyenne du poumon, quelquefois à sa base, avec augmentation des vibrations thoraciques. Ces phénomènes plessimétriques sont d'ordinaire vaguement délimités. Respiration rude et rapeuse, s'élevant jusqu'au souffle bronchique, diffus, avec expiration prolongée. Ces derniers phénomènes sont très accentués lorsque la cirrhose s'accompagne du rétrécissement des canaux aériens. Rhonchus de catarrhe bronchique disséminés dans la sphère de l'induration pulmonaire et allant au delà. Lorsqu'il existe de la dilatation des bronches, souffle intense plus circonscrit, bronchophonie et foyers de gros râles.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Terrillon.

Opération de cure radicale pour une hernie de la ligne blanche, hernie para-ombilicale; guérison.

(Observation recueillie par M. Valat, interne des hôpitaux.)

La nommée Marie-Louise V..., âgée de vingt-six ans, couturière, entre, le 17 novembre, à la Salpêtrière.

Les antécédents héréditaires ne présentent aucun intérêt. Antécédents personnels : mariée à vingt-deux ans, elle a eu deux

enfants, le premier est venu à sept mois, le deuxième à huit mois; tous deux sont morts le premier jour. Les accouchements se sont succédé à deux ans d'intervalle, le dernier remonte à dix-huit mois.

Cette jeune femme s'est aperçue, il y a trois mois, d'une petite tumeur au-dessus de l'ombilic. L'apparition de cette tumeur a été accompagnée de vomissements, de douleurs épigastriques qui ont diminué, grâce à l'usage d'une ceinture ombilicale. Mais malgré celle-ci, elle souffre toujours un peu, et, quand elle fait des efforts, ou après ses repas, elle éprouve des douleurs irradiées.

Comme elle est toujours en état de souffrance et de malaise, elle désire être débarrassée de cette infirmité.

Voici ce qui est constaté à son entrée. Au-dessus de l'ombilic, et sur la ligne médiane, existe une petite tumeur du volume d'une noix, arrondie, mollasse, donnant exactement la sensation du lipome. Elle ne grossit pas sous l'influence des efforts de toux; elle n'est pas réductible. La pression, exercée dans le but de la réduire, détermine une très légère douleur.

Les parois abdominales ne sont pas surchargées de graisse. Les muscles droits, dans les régions sus et sous-ombilicale, sont anomalement écartés l'un de l'autre, par suite du relâchement de la ligne blanche.

Les troubles fonctionnels ont diminué depuis que cette jeune femme porte une ceinture abdominale. Les douleurs sont presque complètement supprimées; quelques légers tiraillements dans la région épigastrique, principalement après les repas. Mais, malgré l'usage de la ceinture, la tumeur grossit et la malade réclame une opération « par crainte de voir sa tumeur augmenter sans cesse ».

L'état général de cette femme est très satisfaisant, tous les organes de l'économie fonctionnent régulièrement.

Le 22 novembre, opération par M. Terrillon avec l'aide du docteur Routier, sous le chloroforme.

Une incision verticale de la peau conduit sur le sac de la hernie. Celui-ci est disséqué avec soin et séparé de la graisse et des parties voisines jusqu'au niveau du point où il se continue avec le péritoine abdominal, et de l'anneau fibreux formé par l'aponévrose des muscles de l'abdomen. Cette dissection est poussée aussi loin que possible, de façon à libérer le sac du pourtour de l'anneau, et de manière à pouvoir attirer le péritoine pariéto-abdominal de quelques millimètres en exerçant des tractions sur le sac.

Après son isolement complet, le sac est ouvert par sa partie saillante et on trouve dans son intérieur un morceau d'épiploon de la grosseur du pouce, légèrement renflé, mais ne présentant aucune adhérence avec la paroi du sac; celui-ci contenait quelques grammes de liquide.

Ce morceau d'épiploon est refoulé doucement dans l'abdomen et on constate que l'orifice abdominal par lequel il faisait issue au dehors a un diamètre à peu près égal à celui du doigt.

Le sac, ainsi vidé de son contenu, est attiré légèrement au dehors, et à sa base on introduit transversalement deux catguts assez forts qui sont entrecroisés en chaîne et liés chacun d'un côté du sac, de façon à étrangler et obturer son collet. Toute la partie extérieure du sac, située en dehors de la double ligature, est excisée.

Enfin, un troisième catgut est disposé de la façon suivante : traversant le bord droit de l'anneau, il transfixe le pédicule formé par les ligatures précédentes et traverse ensuite le bord gauche de l'anneau. Ce catgut est noué en avant du moignon, il sert à rapprocher les bords de l'anneau et à renforcer les ligatures précédentes.

La suture de la peau et des parties molles est faite avec soin, et on place un petit tube à drainage pour favoriser l'écoulement des liquides.

Le 25 novembre. Le drain est supprimé.

Le 29 novembre. Ablation des fils de suture, l'un d'eux a provoqué une très légère inflammation.

Le 3 décembre. Cicatrisation complète.

Le 8 décembre. Exeat. On ne sent au niveau de la cicatrice aucune bosselure, et la malade est débarrassée des tiraillements et des douleurs qu'elle éprouvait constamment dans la région de l'estomac et qui l'incommodaient, surtout après les repas.

L'usage d'une ceinture ombilicale est recommandé.

La malade a été revue le 15 janvier 1888, elle est absolument guérie, n'a jamais souffert et il n'y a aucune trace de récidive de sa hernie.

FORMULES

Solution antiseptique.

La solution, dont nous donnons ci-dessous la formule, doit s'employer, étendue de 10 à 20 fois son volume d'eau, pour les pansements, les lavages et l'antisepticité des instruments :

Bichlorure de mercure	100	grammes.
Chlorate de soude	50	—
Acide acétique dilué (20,4 p. 100). .	50	—
Eau	800	—

Elle se conserve pendant des mois sans altération, à la lumière de même que dans l'obscurité. (*Sem. méd.*)

Liniment antinévralgique.

Alcool camphré	90	grammes.
Éther sulfurique.	30	—
Laudanum de Rousseau	6	—
Chloroforme	20	—

On imbibe un morceau de flanelle de cette solution; on l'étale sur la région douloureuse et l'on recouvre le tout d'une feuille de taffetas gommé. (*Union méd.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'association des médecins de la Seine, fondée par Orfila, en 1833, pour venir en aide aux membres malheureux de la profession médicale, a tenu hier dimanche, à deux heures, sa cinquante-cinquième assemblée annuelle, sous la présidence de M. Brouardel. La réunion a eu lieu, comme de coutume, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

Après une allocution très applaudie du président, M. Henri Barth, secrétaire général adjoint, a donné lecture du compte rendu du dernier exercice. Les recettes de l'année ont atteint le chiffre de 67 640 francs, dont 17 902 fournis par les cotisations, 18 400 environ par les dons et legs, et le reste par le revenu des fonds placés. Avec ces ressources l'Association a secouru trois sociétaires, cinquante-cinq veuves ou familles de sociétaires, enfin vingt-deux autres personnes appartenant au corps médical de Paris et du département. Les secours distribués se sont élevés à près de 40 000 francs, dépassant de 20 p. 100 la moyenne des cinq dernières années. Une somme de 23 950 francs a été portée au fonds de réserve. L'avoir total de l'Association dépasse actuellement un million; les sociétaires sont au nombre de huit cent cinquante.

A la fin de la séance ont eu lieu les élections du bureau; ont été réélus : président, M. Brouardel; vice-présidents, MM. Blanche et Guyon.

— Les candidats du concours qui doit s'ouvrir le vendredi 4 mai 1888, à midi, pour la nomination à deux places de chirurgien du Bureau central, sont au nombre de vingt-quatre. Ce sont MM. Barette, Beurnier, Boiffin, Broca, Castex, Chaput, Clado, Coudray, Garnier, Guinard, Hache, Hallé, Hartmann, Jullien, Ménard, Michaux, Ozenne, Petit-Vendol, Phocas, Poirier, Rémy, Ricard, Verchère et Walther.

— Le concours pour la nomination à une place de pharmacien des hôpitaux civils de Paris s'est terminé, samedi dernier, par la nomination de M. Héret.

— Par décret, en date du 18 avril 1888, ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

1er corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. le médecin aide-major de première classe Raynal, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Lille; — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Lambling et Doumer, agrégés de la Faculté de médecine de Lille.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Autier, Huo, Wartel, Breynaert, Hameau, Bousleux et Hoschstetter.

Au grade de pharmacien-major de première classe. — M. le pharmacien-major de deuxième classe Andt.

2e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe.* — M. le médecin aide-major de deuxième classe Berguien.

6e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe.* — M. le médecin aide-major de deuxième classe Plateau.

9e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. le médecin aide-major de première classe Buffet-Delmas, professeur à l'École de médecine de Poitiers.

12e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe.* — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Debort, Chayron, Delsoll et Gioux.

13e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe.* — M. le médecin aide-major de deuxième classe Uminski.

16e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. le médecin aide-major de deuxième classe Ducloux, chirurgien-adjoint de l'hôpital de Cette.

— Par décret, en date du 20 avril 1888, des missions temporaires pour l'inspection des Facultés de l'État et la surveillance des établissements libres d'enseignement supérieur, peuvent être confiées à des membres du comité consultatif de l'enseignement public (section de l'enseignement supérieur).

— Les vaccinations gratuites ont lieu toute l'année à l'Académie de médecine, à midi : le mardi et le samedi avec du vaccin jennérien; le jeudi avec du vaccin de génisse, à partir du jeudi 3 mai.

— M. le docteur Dujardin-Beaumetz commencera ses conférences de clinique thérapeutique à l'hôpital Cochin, le mercredi 25 avril, à neuf heures et demie, et les continuera les mercredis suivants à la même heure. Il traitera, cette année, des doctrines microbiennes appliquées à la thérapeutique.

Les lundis, à neuf heures et demie, conférences de bactériologie, par M. le docteur Dubief; — les vendredis, à neuf heures et demie, conférences de séméiologie, par MM. Leriche et Chrétien, internes du service.

— M. le professeur de Quatrefages commencera son cours d'anthropologie et d'histoire naturelle de l'homme, le mardi 1er mai 1888, à trois heures, dans l'amphithéâtre d'anatomie comparée du Muséum, et le continuera les samedis et les mardis suivants, à la même heure.

Il exposera, dans la première partie de son cours, les théories transformistes; il reprendra ensuite l'étude des questions générales de l'anthropologie. Il insistera sur l'histoire des migrations humaines et sur ce qu'elles nous apprennent relativement au peuplement du globe.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 49. — JEUDI 26 AVRIL 1888. 61e ANNÉE. JEUDI 26 AVRIL 1888. — N° 49.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Après deux lectures, l'une de M. Larat, qui n'est que la critique d'un précédent travail de M. Danion sur la polarisation des tissus animaux; l'autre, de M. Landolt, sur le strabisme et son traitement, l'Académie a entendu une communication d'une haute importance, de M. Potain, sur les injections intrapleurales d'air stérilisé, dans le traitement des épanchements pleuraux consécutifs au pneumothorax.

L'éminent professeur a présenté à ses collègues un malade entré dans son service, à l'hôpital Necker, il y a dix mois, avec un pneumothorax compliquant une tuberculose pulmonaire, parvenue au troisième degré. Ce malade est aujourd'hui complètement guéri, non seulement de son pneumothorax, qui n'a laissé aucune trace appréciable, mais encore de ses lésions tuberculeuses, autant du moins qu'il est permis de le présumer. Il s'est servi, pour le traitement de ce malade, d'une méthode non usitée jusqu'ici, et qu'il avait expérimentée pour la première fois en 1884, à l'aide d'un appareil spécial, très simple et fort ingénieux, qui sert à injecter dans la cavité pleurale un volume d'air parfaitement stérilisé, d'après les procédés Pasteur, et égal à celui du liquide extrait.

C'est sur ce point spécial que M. Potain a appelé l'attention de l'Académie, signalant avec soin les indications et les contre-indications de sa nouvelle méthode.

Dès aujourd'hui l'Académie est mise en possession d'un legs de 140000 fr., qui lui a été fait par Mme veuve Laborie, pour la fondation d'un prix annuel de chirurgie.

HOPITAL NECKER. — M. KIRMISSON.

Hernie inguinale, congénitale, étranglée, laparotomie.

Le sujet de notre leçon d'aujourd'hui est un cas de chirurgie urgente du plus haut intérêt.

Hier matin est arrivé, dans nos salles, un malade porteur d'une hernie inguinale étranglée. Ce malade est un homme de trente-deux ans qui, la veille, à sept heures du soir, en allant à la selle, vit, sous l'influence des efforts de défécation, sa hernie, mal contenue par un mauvais bandage, sortir plus volumineuse que d'habitude sans qu'il puisse parvenir à la réduire comme il le faisait habituellement.

Peu d'instants après, il commençait à éprouver de vives douleurs, irradiant dans l'aine et dans l'abdomen. Ces douleurs, pendant toute la nuit, n'ont fait que s'exaspérer, tandis que la tumeur augmentait de volume, et que, ce matin, quelques instants avant d'entrer à l'hôpital, il avait un premier vomissement.

Bref, lorsque cet homme est entré ici, l'étranglement datait de treize heures seulement et, de quatorze heures quand je pus l'examiner. A ce moment, l'état général était bon, le pouls normal, les extrémités ne présentaient pas ce refroidissement qui caractérise le choléra herniaire, lorsque s'y ajoute un état de collapsus général, mais elles avaient conservé leur chaleur ordinaire; enfin, il n'existait aucun ballonnement du ventre. En somme, l'étranglement n'était donc caractérisé que par de la douleur et l'irréductibilité de la tumeur herniaire.

Celle-ci, située dans la région inguinale gauche, était composée de deux portions : une portion inguinale et une portion scrotale, séparées l'une de l'autre par un resserrement, donnant à cette tumeur la forme d'une gourde. Ces deux parties inguinale et scrotale de la tumeur sont très tendues, elles sont mates à la percussion, et l'on cherche en vain le testicule, confondu avec elle, ce qui nous permet de dire que nous sommes en présence d'une hernie congénitale, c'est-à-dire dans la tunique vaginale elle-même. Le malade reconnaît d'ailleurs qu'il était porteur de sa hernie dès ses plus jeunes ans; ce qui nous confirme encore dans la congénitalité de cette hernie développée par conséquent dans le cul-de-sac vagino-péritonéal non-oblitéré.

De ce diagnostic résultent un pronostic grave, bien que l'étranglement soit récent de quatorze heures seulement, et la nécessité d'une opération immédiate des plus sérieuses.

J'ai donc fait immédiatement raser et laver antiseptiquement la région sur laquelle doit porter l'opération, puis, le malade étant chloroformé, j'ai fait, sans y compter beaucoup et par acquit de conscience, quelques tentatives de taxis, qui ne m'ont absolument rien donné. Après quoi j'ai entrepris aussitôt l'opération suivante : incision de 8 à 10 centimètres de longueur au-devant de la portion inguinale de la tumeur, section de tous les plans jusqu'au sac, introduction d'une sonde cannelée dans le sac, écoulement d'une

petite quantité de liquide. On aperçoit une anse intestinale fortement congestionnée, violacée, et le doigt introduit dans le canal inguinal constate que le siège de l'étranglement est situé à son orifice *interne*, c'est-à-dire au niveau de l'anneau inguinal *interne*. De là, une aggravation du pronostic.

En résumé, voici comment se présente la hernie de notre malade : 1° une portion scrotale de l'intestin grêle; 2° un premier resserrement séparant le péritoine de la vaginale; 3° une portion inguinale; 4° un deuxième resserrement au niveau de l'anneau inguinal *externe;* 5° une troisième portion intra-inguinale; et 6°, un troisième resserrement au niveau de l'anneau inguinal *interne*, qui constitue l'étranglement de la hernie. Enfin, dans l'intérieur du scrotum, on trouve une certaine quantité d'épiploon descendue en même temps que l'intestin. Ajoutons que le testicule est situé à la partie postérieure de la vaginale, l'épididyme un peu au-dessus de lui.

Ces constatations faites, j'ai dû agrandir mon incision en la prolongeant en haut sur le ventre et coupant toute la paroi antérieure du canal inguinal, non pas de dedans en dehors, mais bien *de dehors en dedans*, c'est-à-dire que j'ai fait en somme une laparotomie latérale. J'ai pu ainsi rentrer peu à peu, avec toutes les précautions possibles pour éviter de les malaxer, les anses intestinales herniées, laissant au dehors l'épiploon congestionné et turgescent pour le réséquer après une double ligature. Pendant ce temps, une éponge phéniquée était appliquée sur l'ouverture du péritoine pour empêcher l'intestin de sortir de nouveau; puis ligature, drain et suture : suture profonde à trois points pour fermer la cavité abdominale comme dans l'ovariotomie, section du péritoine restant dans la vaginale après l'avoir décollé et avoir placé un gros fil de catgut pour bien fermer la cavité péritonéale. Restait alors le sac péritonéal contenant le testicule, je pose une série de points de suture de façon à fabriquer une vaginale destinée au testicule, enfin, par-dessus le tout, suture de la peau, compression, glace et opium.

Malgré la gravité du pronostic dont je parlais en commençant, j'espère aujourd'hui obtenir un bon résultat, car le malade est dans de bonnes conditions; il a eu, il est vrai, ce matin, un vomissement, mais je crois pouvoir l'attribuer à l'action du chloroforme; sa température était hier soir 37°4 et ce matin 37 degrés, c'est-à-dire pas le moindre phénomène fébrile; le ventre n'est pas ballonné et l'état général paraît très bon.

Le pronostic de ces hernies congénitales étranglées est grave : 1° parce que l'anneau qui resserre l'intestin est dans ces cas-là généralement très étroit, très serré et très tranchant; 2° parce que l'étranglement existe dans un point du canal inguinal profond, situé très haut; 3° parce que la quantité d'intestin grêle prise dans l'étranglement est ordinairement considérable.

Ces hernies sont donc graves à tous les points de vue; de plus elles ne sont généralement pas réductibles par le taxis et l'opération qu'elles nécessitent est grave aussi en soi.

Jusqu'à présent, j'ai eu l'occasion d'opérer trois de ces hernies inguinales congénitales étranglées et mes trois opérés ont succombé. Le premier cas a eu lieu à l'hôpital Saint-Louis dans le service de M. Le Dentu que je remplaçais, il s'agissait d'un homme de vingt-huit ou vingt-neuf ans, porteur d'une hernie inguinale congénitale droite dont l'étranglement datait de l'après-midi de la veille lorsque je l'opérai. Le taxis sous le chloroforme, contrairement à mes espérances, n'avait rien donné, je pratiquai l'opération, débridant l'étranglement sans pouvoir voir ce que je faisais en raison de la profondeur à laquelle il siégeait, c'est-à-dire au niveau de l'orifice interne du canal inguinal. De plus, ce ne fut qu'avec les plus grandes difficultés que je parvins à faire rentrer l'intestin dans la cavité abdominale. Cependant aucun incident opératoire ne se produisit et le malade allait assez bien, lorsque des phénomènes de congestion pulmonaire se déclaraient, et une de ces pneumonies doubles, sur lesquelles M. Verneuil a appelé l'attention, emportait le malade en quelques jours.

Le second cas s'est également présenté à l'hôpital Saint-Louis, alors que je remplaçais M. Péan, en 1884, chez un jeune homme de dix-sept ou dix-huit ans. L'étranglement datait de la nuit précédente, lorsque je fus appelé le soir à voir le malade. Déjà le sujet était dans cette sorte de collapsus avec extrémités froides qui caractérise le choléra herniaire, sueurs froides, vomissements abondants. La hernie, située à gauche, avait son siège assez bas, au niveau de l'anneau scrotal. L'opération se passa sans aucun incident; néanmoins le malade succombait la nuit suivante aux progrès du collapsus du système nerveux.

Enfin, mon troisième cas date du mois d'avril de cette année, il s'est présenté dans le service de M. Labbé que je remplaçais à Beaujon. Ce cas est celui d'un jeune homme dont l'état général était bon; l'étranglement datait de vingt-quatre heures environ. Efforts de taxis sous le chloroforme inutiles; opération. L'étranglement était situé comme chez mon malade d'aujourd'hui au niveau de l'orifice interne du canal inguinal du côté droit. Je dus glisser également mon doigt dans l'anneau pour débrider sans pouvoir voir ce que je faisais. La réduction fut extrêmement difficile et très longue, l'anse intestinale, beaucoup plus malaxée que je l'aurais voulu, saignait. Bref, je n'avais aucune espérance de sauver mon malade; il succomba en effet à une péritonite, dans l'espace de deux ou trois jours.

Ces trois faits, joints à ceux que l'on trouve dans les auteurs, démontrent la gravité de ces hernies, dont la marche est généralement foudroyante, dans lesquelles le taxis est à peu près inutile, et l'opération difficile.

Le pronostic en est donc toujours très grave, je ne saurais trop le répéter; il ne faut jamais compter sur le taxis, tout en le tentant par des manœuvres très légères et de très courte durée; enfin l'opération que l'on doit pratiquer le plus tôt possible, sans perte de temps, est grave aussi.

Dans ces trois cas j'ai fait la kélotomie; chez le malade de M. Péan, j'ai eu raison, chez les deux autres j'ai eu tort, vu le siège profond de l'étranglement, et ces deux cas m'amènent aujourd'hui à modifier mon mode d'intervention chirurgicale. C'est dans ces cas d'étranglement au niveau de l'orifice interne du canal inguinal, qu'il faut laisser de côté la kélotomie pour la laparotomie latérale, telle que je l'ai faite hier, en incisant les tissus *de dehors en dedans*, anneau et péritoine compris. L'opération, ainsi faite à ciel ouvert, permet de voir ce qu'on fait et rend la réduction facile, méthodique, sans contusion ni froissement de l'intestin.

Quant à ce que l'on doit faire ensuite, pour fermer la cavité péritonéale, il y a divergence d'opinion : les uns agissant radicalement font la castration; ce n'est point une faute, car dans ces cas de hernie congénitale, le testicule est presque toujours médiocre fonctionnellement, de plus

étant en ectopie inguinale, il se trouve par cela même prédisposé à la dégénérescence cancéreuse.

Néanmoins il me paraît plus simple de décoller le feuillet péritonéal, de le sectionner, le ligaturer et former, pour le testicule, une tunique vaginale avec le reste du péritoine laissé dans le scrotum.

DES INJECTIONS INTRA-PLEURALES D'AIR STÉRILISÉ

DANS LE TRAITEMENT DES ÉPANCHEMENTS CONSÉCUTIFS AU PNEUMOTHORAX

Par M. le professeur POTAIN.

Il s'agit d'un homme de vingt-trois ans, peintre en bâtiments, qui, phthisique parvenu au troisième degré, fut subitement pris, le 11 juin de l'année dernière, d'accidents caractéristiques d'un pneumothorax droit, occupant les deux tiers inférieurs environ de la plèvre.

Un épanchement pleural avait commencé à se manifester dès le huitième jour et, s'élevant progressivement, gagnait l'angle de l'omoplate le quarante-sixième jour. Le quatre-vingt-dixième jour cet épanchement commençait à envahir la fosse sus-épineuse, atteignant en avant la seconde côte après avoir refoulé le poumon.

C'est alors que M. Potain, adoptant une méthode différente de celle usitée jusqu'à ce jour, imagina de faire l'extraction totale du liquide, mais en le remplaçant, au fur et à mesure, par de l'air, de façon à éviter toute expansion du poumon, et ce à l'aide d'un appareil spécial qui assure une antisepsie absolue de l'air introduit ainsi dans la cavité pleurale.

Cette première opération fut pratiquée trois mois après le début du pneumothorax; comme on devait s'y attendre, le liquide se reproduisit. Dans les cinq mois qui suivirent on répéta trois fois la même opération, à des intervalles d'un mois et demi environ pour les trois premières et de deux mois entre la troisième et la dernière. Les quantités de liquide extraites furent de 1 600, 1 400 et la dernière fois 500 centimètres cubes. Le liquide, devenu un peu purulent, resta sans odeur, et les bacilles, dont on avait constaté la présence lors des premières ponctions, ne se retrouvèrent plus dans le liquide de la dernière.

L'utilité de la substitution de l'air stérilisé au liquide se montra surtout dans la dernière ponction, car ayant constaté que la plèvre cette fois ne contenait plus qu'une quantité relativement petite de liquide et de gaz, M. Potain crut pouvoir abandonner la méthode employée jusque-là, mais à peine l'extraction du liquide était-elle achevée que le malade éprouvait une douleur extrêmement vive avec oppression intolérable et abaissement de la pression dans la plèvre à — 40 millimètres. Prévoyant la possibilité de cet obstacle à l'évacuation définitive de la cavité, il avait eu soin de tenir tout prêt à fonctionner l'appareil destiné à injecter l'air stérilisé. On laissa donc immédiatement pénétrer la quantité d'air nécessaire pour amener la pression normale de — 7 comme dans les opérations précédentes. Aussitôt ces accidents disparurent totalement.

Les gaz extraits n'avaient aucune odeur et le liquide purulent avait pu se trouver enfermé avec de l'air dans la cavité pleurale à la température du corps, pendant deux cent quarante-six jours, sans avoir subi la moindre décomposition, sans avoir acquis la moindre fétidité.

Enfin, l'air introduit dans la poitrine ne tarda pas à se résorber, tandis que l'épanchement liquide reparaissait à peine et, grâce à cette résorption progressive, le déplissement complet du poumon s'effectuait lentement et sans malaise aucun, si bien que, vingt-sept jours après la dernière opération, des frottements disséminés attestaient d'une façon positive, que les plèvres arrivaient au contact et que, trente-quatre jours plus tard, toute trace d'épanchement liquide ou gazeux avait complètement disparu. On était au deux cent quatre-vingt-huitième jour de la maladie. Le résultat final était excellent : le pneumothorax était absolument guéri, le thorax n'avait subi aucune déformation, le périmètre de la poitrine était identiquement le même, le poumon du côté malade respirait librement dans toute son étendue. D'un autre côté l'état des parties du poumon primitivement malade était notablement amélioré, autant qu'on en pouvait juger par la disparition des signes qui avaient primitivement révélé des lésions tuberculeuses d'une haute gravité.

Or ce n'est pas la première fois que M. Potain avait recours à cette méthode de traitement du pneumothorax chez les phthisiques.

Le premier malade qu'il a opéré de la sorte, l'a été en 1884 à l'hôpital Necker; le résultat définitif fut plus favorable encore; depuis deux ans le malade est resté complètement guéri, non seulement de son pneumothorax, mais encore des symptômes d'une tuberculose pulmonaire déjà assez avancée lorsque le pneumothorax était survenu.

Enfin il cite un troisième malade opéré par la même méthode et avec le même succès.

Cependant M. Potain ne veut pas présenter la pratique à laquelle il a eu recours comme une méthode générale de traitement. Pour préciser les cas dans lesquels il peut convenir de l'appliquer, il croit devoir faire les distinctions suivantes :

1° Dans les premiers temps, si le pneumothorax une fois établi ne donne lieu à aucune dyspnée notable, il faut s'abstenir de toute intervention chirurgicale.

2° Dans le cas seulement où, par le mécanisme de la soupape, l'air s'accumule dans la cavité pleurale de façon à y acquérir une tension dangereuse, ce que l'on reconnaît à l'ampliation du côté, au refoulement du diaphragme et du médiastin, il peut être utile d'évacuer, par la ponction, une partie de l'air contenu dans la plèvre et d'y établir une pression égale ou légèrement inférieure à la pression atmosphérique.

3° Lorsque plus tard il se produit un épanchement séro-purulent, l'abstention doit être encore de règle aussi longtemps que cet épanchement ne deviendra pas incommode par son poids, ou ne sera pas dangereux par son volume.

4° Quand l'épanchement séreux sera devenu abondant, incommode, il conviendra d'en faire l'extraction totale par la ponction et d'y substituer l'air stérilisé, de façon à maintenir dans la cavité pleurale une pression peu éloignée de la normale qui est: — 7 millimètres.

5° Si l'épanchement est séro-purulent et non fétide, on peut encore se comporter de la même façon.

6° Mais s'il s'agit d'un foyer purulent largement ouvert dans les bronches, ou d'un épanchement purulent d'emblée et de plus déjà fétide, il faut ou bien faire immédiatement l'empyème si l'on est assuré que le poumon du côté opposé puisse suffire à la respiration, malgré le refoulement du diaphragme, ou, si la respiration semble gravement compromise par l'insuffisance de la respiration, appliquer le drain hermétique avec siphon qui a donné autrefois quelques résultats heureux.

En résumé, des observations rapportées, M. Potain croit pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Il est possible d'évacuer complètement le liquide des épanchements pleuraux consécutifs au pneumothorax à la condition d'y substituer de l'air stérilisé.

2° L'air débarrassé de tout germe par la filtration à travers l'ouate est dépourvu de toute action nuisible et ne provoque aucune altération des liquides pleuraux.

3° Cette pratique supprime les dangers qui résultent de la présence d'une grande quantité de liquide dans la cavité pleurale ou de l'évacuation rapide d'un grand épanchement.

4° Elle permet, d'autre part, d'éviter les inconvénients sérieux de ponctions fréquemment renouvelées et ménage au poumon la possibilité d'une distension lente et progressive.

5° Elle semble, enfin, en laissant d'abord pendant longtemps le poumon malade dans le repos et l'inactivité, favoriser la cicatrisation et la guérison définitive des lésions tuberculeuses.

NOTES CHIRURGICALES

Des greffes osseuses; des réimplantations et des transplantations osseuses, périostiques et médullaires. — M. le docteur Albertin, bien placé à la Faculté de Lyon pour étudier la chirurgie des os, consacre dans la *Province médicale* un long article sur l'intéressant sujet des greffes osseuses. Nous ne suivrons pas l'auteur dans l'historique, fort complet, de cette question, dont nous voulons seulement faire ressortir le côté pratique. Aussi, nous bornerons-nous à poser et à résoudre ces deux questions? La greffe osseuse est-elle possible? Dans quelles conditions l'opérateur doit-il se placer pour réussir?

Un fragment d'os transplanté peut vivre. Le fait est démontré journellement. Toutes les esquilles osseuses, complètement détachées de l'os par le traumatisme, ne sont pas fatalement vouées à la mort. Walther et Klenke rapportent chacun un fait où des rondelles de trépan furent remises en place avec succès; et, dans l'un des cas, celui de Klenke, l'autopsie fut faite sept ans après l'opération. L'os avait parfaitement repris; le morceau trépané était un peu poreux et présentait dans toute son épaisseur la structure de la substance vitrée. Ce péricrâne adhérait partout, et les vaisseaux traversaient le point de soudure du fragment réimplanté.

En juin 1881, Mac Ewen présenta à l'Académie des sciences une observation fort curieuse. A l'aide de fragments osseux pris sur différents sujets atteints de courbures rachitiques des tibias, ce chirurgien était arrivé, par des greffes faites à trois reprises différentes, à combler une perte de substance de près de 12 centimètres, portant sur l'humérus.

On peut donc conclure que la greffe osseuse est parfaitement possible. Reste à voir dans quelles conditions elle est applicable.

M. Ollier ne fonde guère d'espoir sur la greffe d'animal à homme, et ne conseille que la greffe inter-humaine; mais, tel n'est pas l'avis de M. Poncet qui, au deuxième Congrès de chirurgie, a rapporté une remarquable observation dont voici le résumé :

A la suite d'une ostéomyélite aiguë du tibia, M. Poncet se vit dans la nécessité d'enlever 30 centimètres de la diaphyse, c'est-à-dire presque la totalité de l'os, à l'exception du plateau tibial. Un mois après, le malade étant apyrétique, une première tentative de greffe fut essayée avec des fragments osseux provenant d'un fœtus sain, mort une heure avant, dans une présentation du siège. Sur huit greffes, cinq réussirent, et étaient vascularisées lorsqu'on enleva le pansement, douze jours après. Ce jour même, neuf fragments empruntés aux extrémités supérieures des tibias et péronés d'un jeune chevreau, furent ajoutés aux greffes précédentes, un seul d'entre eux s'élimina, sous forme d'un petit séquestre.

Six mois après, le tibia était reproduit dans toute son étendue.

Aussi nous ne pouvons que nous associer pleinement aux conclusions du docteur Albertin et nous disons avec lui :

1° La greffe osseuse doit être tentée dans les pertes de substance étendues du squelette.

2° La greffe osseuse inter-humaine ou d'animal à homme est possible, à la condition d'employer de petits fragments osseux, comprenant le périoste, et empruntés aux parties actives de l'os (régions juxta-épiphysaires).

3° On emploiera des os de fœtus sains, morts récemment, ou bien on s'adressera au squelette de jeunes animaux.

4° Ces greffes doivent être appliquées sur la plaie au moment de la période de réparation, au moment où les bourgeons charnus prolifèrent sans suppuration.

5° Le succès ne sera possible qu'avec l'immobilité absolue du membre, jointe à une antisepsie rigoureuse.

Ce sont là les conditions les meilleures, mais l'on peut oser davantage et nous sommes étonné que, dans l'excellent article que nous avons plusieurs fois cité, il ne soit pas fait mention d'une observation plus récente et plus remarquable encore due à M. Poncet. Le fait a été communiqué à l'Académie des sciences, et est relaté en son entier dans la *Gazette des hôpitaux* (1), avec tous les détails de la technique opératoire employée : il s'agissait de la transplantation d'une moitié de la première phalange du gros orteil d'un adulte dans un foyer de pseudarthrose du tibia. Les parties molles étaient cicatrisées depuis longtemps et l'intervalle, qui séparait les deux extrémités tibiales, mesurait 4 centimètres environ.

Cette observation présente toute la netteté d'une expérience de laboratoire. Le soixantième jour, en effet, M. Poncet, ne sachant pas exactement à quoi s'en tenir sur la vitalité de l'os transplanté, et voulant hâter la guérison du malade, retenu au lit depuis dix-sept mois, se décida à pratiquer une nouvelle opération, il réséqua le péroné, enleva la greffe et aviva le tibia. Il fut alors constaté que la moitié de la phalange transplantée s'était réellement bien greffée et qu'elle vivait dans toute sa masse. A peine fixée au fragment supérieur, dont elle était séparée par une couche de bourgeons charnus épaisse de 5 à 6 millimètres, elle se continuait directement avec le fragment inférieur, auquel elle adhérait intimement.

Ce fait d'une transplantation osseuse massive est fait pour encourager de nouvelles tentatives chirurgicales.

Sur un point de technique des opérations plastiques sur le palais. — Chacun sait combien difficile et pénible est la suture des lambeaux dans l'uranoplastie. C'est ce temps si délicat et si long, que M. Dudon va simplifier, en remplaçant la suture à points séparés par la ligature rubanée, qui embrasse les lambeaux. Appliqué dans cinq cas, le procédé nouveau a donné quatre succès; chez le cinquième une fistulette a persisté. En quoi consiste donc la modification? En ceci : quand l'opérateur a avivé, taillé et décollé les lambeaux palatins, ces deux lambeaux en anse sont flottants en leur milieu, et restent adhérents à leur extrémité : il s'agit alors de les réunir sur la ligne médiane; la profondeur de la voûte, la brièveté du diamètre transversal, l'incurvation de l'ogive palatine, sont autant de causes de difficulté pour la suture. M. Dudon supprime les sutures : avec une aiguille de Deschamps, armée d'un long fil, il passe entre les deux lambeaux et la voûte palatine, et ramène ainsi en deux fois deux rubans de fil d'un centimètre de large.

Le sang étanché, l'opérateur noue les deux rubans en serrant suffisamment pour affronter les lambeaux et les laisse en place pendant neuf jours. Cette méthode rendrait l'opération plus facile, plus rapide et tout aussi efficace que par les autres procédés.

Nous ne pouvons actuellement apprécier un procédé, qui n'a encore été appliqué que par son auteur; mais nous pensons que dans certains cas de suture palatine particulièrement difficiles, il faudra se rappeler qu'il existe, et savoir l'utiliser. A. Ricard.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 avril 1888. — Présidence de M. Hérard.

CORRESPONDANCE

La correspondance officielle comprend :

1° Un arrêté du ministre de l'instruction publique nommant directeur du service de la vaccine M. le docteur Hervieux, en remplacement de M. le docteur Blot, décédé;

2° L'ampliation d'un décret autorisant l'Académie à accepter le legs fait en sa faveur d'une somme de cent quarante mille francs, par Mme veuve Laborie, et dont les arrérages devront être affectés à un prix annuel de chirurgie.

La correspondance manuscrite renferme :

1° Une lettre de candidature de M. le docteur Dieulafoy, à la place déclarée vacante dans la section de pathologie médicale;

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1887, p. 362.

2° Une lettre de candidature de M. Delpech, à la place vacante dans la section de pharmacie;

3° Un mémoire de M. Rainaud sur la prostitution;

4° Une note de M. le docteur Mouton, médecin-major de première classe au 52e d'infanterie, sur une variété anomale d'éruption vaccinale observée à la suite de l'inoculation, par scarifications, du vaccin de génisse;

5° La relation d'une épidémie de rougeole observée, en 1887, par M. le docteur H. Massénat, de Vernet-les-Bains (Pyrénées-Orientales);

6° La relation d'une autre épidémie de rougeole observée dans la garnison de Bordeaux, pendant le premier mois de l'année 1887, par M. le docteur L.-J. Senut, médecin-major de première classe au 19e d'artillerie.

PLI CACHETÉ

M. BERGERON, secrétaire perpétuel, donne lecture d'un pli cacheté de M. L. Bertrand, médecin principal de la marine, professeur d'hygiène à l'École de médecine navale (Toulon), sur la dysentérie aiguë.

La conclusion de la note de M. Bertrand est que, si la dysentérie est transmissible, elle n'est pas contagieuse. C'est une maladie infectieuse, puisque les matières qui la propagent ne contiennent aucun élément qui leur soit spécial. Cette conclusion est conforme à la doctrine classique, qui indique comme une des causes de la dysentérie épidémique la putréfaction animale.

LECTURES

Sur la polarisation des tissus animaux. — M. LARAT lit un travail ayant pour but de démontrer que la théorie de M. Danion, exposée devant l'Académie il y a cinq mois, théorie dans laquelle il soutenait la non-existence des courants de polarisation du corps humain, est erronée.

Des réformes à apporter dans le traitement du strabisme. — M. LANDOLT passe d'abord en revue, dans son mémoire, les différents travaux publiés sur les déviations oculaires, sur le strabisme, qui consiste, suivant la définition qu'il en a donnée il y a quelques années déjà, en une direction vicieuse de la ligne visuelle, et dont le diagnostic doit être basé, non sur l'apparence, mais bien sur cette direction bien établie des lignes visuelles.

Quant à l'étiologie, l'auteur veut surtout attirer l'attention sur une cause encore très peu connue des déviations oculaires, c'est-à-dire les paralysies et les contractures hystériques des muscles de l'œil.

Enfin, relativement au traitement, il y a, dit M. Landolt, deux espèces de cure des troubles de motilité des yeux : la cure *pacifique*, qui comprend l'hygiène générale et locale, les reconstituants, les mydriatiques et myotiques, les verres de lunettes, l'électricité, les moyens orthopédiques; l'autre, la cure *chirurgicale*, laquelle, pour l'auteur, comporte à la fois la strabotomie et l'orthopsie.

COMMUNICATION

Des injections intra-pleurales d'air stérilisé dans le traitement des épanchements consécutifs au pneumothorax. — M. POTAIN fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 451.)

COMITÉ SECRET

A quatre heures trois quarts l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Robin, sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de physique et chimie médicales.

Les candidats sont classés dans l'ordre suivant :

En première ligne, M. d'Arsonval; en deuxième ligne, M. Riban; en troisième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Hanriot, Hardy, Pouchet, Quinquaud.

L'élection aura lieu mardi prochain.

MINISTÈRE DU COMMERCE & DE L'INDUSTRIE.

Rapport adressé au Président de la République française, relatif à une inspection régionale des services de l'hygiène publique.

Monsieur le Président,

Le département du commerce et de l'industrie poursuit, en mettant en œuvre toutes les ressources dont il dispose, l'amélioration et l'extension des services de l'hygiène publique, qui lui sont confiés depuis longtemps et qui intéressent, à un si haut degré, les conditions d'existence des populations laborieuses.

La réorganisation du comité consultatif d'hygiène publique de France, opérée en 1884; la création d'un comité de direction des services de l'hygiène; l'envoi de délégués sanitaires sur les points du territoire de la République, atteints ou menacés par des épidémies; l'installation d'étuves à désinfection dans nos grands ports; l'organisation d'un service mobile d'étuves à désinfection, etc., constituent autant de mesures dont on ne saurait contester l'importance et l'utilité.

J'ai l'honneur d'appeler, aujourd'hui, votre haute attention sur une mesure qui me paraît devoir renforcer le service d'hygiène, en attendant qu'une loi nouvelle fournisse au gouvernement les moyens qui lui font défaut dans la législation actuelle.

Les récentes acquisitions de la science ont prouvé la nécessité qu'il y a, dans l'intérêt de la santé publique et afin d'arrêter la propagation des maladies épidémiques, à ce que l'administration puisse, dès le début, prendre toutes les mesures de préservation que peut commander la situation.

Or, dans l'état actuel et malgré la bonne volonté des préfectures, l'administration centrale est très insuffisamment renseignée sur les conditions sanitaires des diverses parties de la France.

Le comité de direction des services de l'hygiène, institué auprès de mon département, a pensé que l'on pourrait arriver à combler cette lacune, en faisant appel au concours éclairé de MM. les professeurs d'hygiène des Facultés de médecine.

J'ai reconnu moi-même, monsieur le Président, que ces professeurs étaient, en effet, désignés, par leur compétence et leur autorité, pour remplir les fonctions d'inspecteurs régionaux de l'hygiène publique. Tenus par leurs relations et leurs études au courant de tout ce qui intéresse la santé générale du pays, ils pourront donner aux médecins des épidémies des instructions précises, en vue d'arrêter par des mesures prophylactiques le développement des maladies épidémiques, et concentrer, pour en faire l'objet de rapports circonstanciés adressés au ministre, tous les renseignements relatifs à la salubrité et à l'état sanitaire de leur circonscription. Leurs laboratoires pourront d'ailleurs servir à préciser complètement le caractère de certaines épidémies, dont la nature est souvent obscure lors de leur première apparition.

Cette innovation serait réalisée sans imposer aucune charge nouvelle au Trésor, la dépense des allocations à attribuer à ces inspecteurs régionaux pour leurs frais de déplacement pouvant, comme je m'en suis assuré, être prélevée sur les crédits inscrits au budget de nos départements pour le personnel du service sanitaire.

M. le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts a reconnu, de son côté, que le département du commerce et de l'industrie pourrait être puissamment secondé dans son œuvre par les professeurs d'hygiène des Facultés, et il a bien voulu consentir à les mettre à ma disposition.

J'ai, en conséquence, l'honneur de soumettre à votre signature un projet de décret ayant pour but de confier les fonctions d'inspecteurs régionaux de l'hygiène aux professeurs d'hygiène des Facultés de médecine des départements, en laissant, bien entendu, hors de leur sphère d'action, ce qui concerne le service des lazarets et des quarantaines.

Quant à la circonscription de la Faculté de médecine de Paris, le professeur d'hygiène est M. le docteur Proust, inspecteur général du service sanitaire. Il n'a point paru nécessaire de lui confier

à nouveau, et pour une partie des départements, une attribution qu'il tient de ses fonctions actuelles pour tout le territoire de la République. Dans le cas où ces doubles fonctions ne seraient plus réunies dans la même personne, le professeur d'hygiène de la Faculté de Paris pourrait être investi, comme ses collègues des départements, des fonctions d'inspecteur régional.

Je ne doute pas, monsieur le Président, que vous ne reconnaissiez avec moi l'utilité de la mesure que j'ai l'honneur de vous proposer; elle aura le double avantage d'assurer à l'administration sanitaire la collaboration de professeurs intelligents et dévoués, et de fournir à ces professeurs de précieuses indications pour l'enseignement qu'ils sont chargés de donner à leurs élèves.

Veuillez agréer, monsieur le Président, l'hommage de mon profond respect.

Le ministre du commerce et de l'industrie,

PIERRE LEGRAND.

DÉCRET

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre du commerce et de l'industrie,

Vu l'avis du comité de direction des services de l'hygiène institué par le décret du 30 septembre 1884;

Vu la lettre de M. le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, en date du 13 avril 1888,

Décrète :

ARTICLE PREMIER. — Les professeurs d'hygiène des Facultés de médecine des départements remplissent, sous l'autorité du ministre du commerce et de l'industrie, les fonctions d'inspecteurs régionaux des services de l'hygiène publique, chacun dans la circonscription territoriale de la Faculté à laquelle il est attaché.

Il correspond avec le médecin des épidémies et avec le conseil d'hygiène publique et de salubrité de cette circonscription.

ART. 2. — Des arrêtés du ministre du commerce et de l'industrie pourvoient aux mesures de détail nécessitées par le présent décret.

ART. 3. — Le ministre du commerce et de l'industrie est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au « Journal officiel » et inséré au « Bulletin des Lois ».

Fait à Paris, le 23 avril 1888.

CARNOT.

Par le Président de la République :

Le ministre du commerce et de l'industrie,

PIERRE LEGRAND.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décrets, en date du 23 avril 1888, ont été promus, dans le corps de santé militaire, et ont reçu, par décision du même jour, les affectations ci-après indiquées, savoir :

Au grade de médecin principal de première classe. — MM. les médecins principaux de deuxième classe Marvaud, en remplacement de M. Dujardin-Beaumetz, promu; désigné pour l'emploi de médecin-chef de la place de Verdun; — Chambé, en remplacement de M. Massaloup, retraité; maintenu secrétaire du comité consultatif de santé, chef de la section technique du service de santé.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Rebstock, en remplacement de M. Roy, retraité; maintenu à l'hôpital Desgenettes, à Lyon; — Bresson, en remplacement de M. Marvaud, promu; désigné pour l'hôpital de Vincennes; — Mathias, en remplacement de M. Chambé, promu; désigné pour l'emploi de médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte d'Aix.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Barthé, en remplacement de M. Marvy, mis en non-activité pour infirmités temporaires; maintenu au 51e d'infanterie; — Pouchet, en remplacement de M. Ballet, retraité; désigné pour le 9e d'infanterie; — Ferrandi, en remplacement de M. Roux, retraité; maintenu au 162e d'infanterie; — Cabanié, en remplacement de M. Rebstock, promu; désigné pour le 100e d'infanterie; — Lartigue, en remplacement de M. Bresson, promu; désigné pour le 138e d'infanterie; — Franck, en remplacement de M. Mathias, promu; désigné pour le 105e d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Labroue, en remplacement de M. Cazes, démissionnaire; désigné pour les hôpitaux de la division d'Alger; — Félix, en remplacement de M. Rodet, décédé; maintenu aux hôpitaux de la division d'occupation du Tonkin et de l'Annam; — Brault de Bournonville, en remplacement de M. Hingne, démissionnaire; désigné pour les hôpitaux de la division d'Alger; — Baur, en remplacement de M. Bénit, démissionnaire; désigné pour le 60e d'infanterie; — Duval, en remplacement de M. Debierre, mis en non-activité pour infirmités temporaires; maintenu aux hôpitaux de la division d'occupation du Tonkin et de l'Annam; — Schoull, en remplacement de M. de Mersseman, mis en réforme pour infirmités incurables; maintenu aux hôpitaux de la brigade d'occupation de Tunisie; — Ferrand, en remplacement de M. Barthé, promu; désigné pour les hôpitaux de la division d'Oran; — Boisson, en remplacement de M. Pouchet, promu; désigné pour les hôpitaux de la brigade d'occupation de Tunisie; — Lévy, en remplacement de M. Ferrandi, promu; maintenu aux hôpitaux de la division d'Alger; — Léchaudel, en remplacement de M. Cabanié, promu; désigné pour le 94e d'infanterie; — Ribes, en remplacement de M. Lartigue, promu; désigné pour le 2e régiment étranger; — Buy, en remplacement de M. Franck, promu; désigné pour les hôpitaux de la division d'Alger.

Au grade de pharmacien-major de première classe. — M. le pharmacien-major de deuxième classe Dauphin, en remplacement de M. Boué, retraité; maintenu à l'hôpital de Versailles.

Au grade de pharmacien-major de deuxième classe. — M. le pharmacien aide-major de première classe Girard, en remplacement de M. Dauphin, promu; maintenu à l'hôpital de Cambrai.

— Le jury du concours pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux civils de Paris a été tiré au sort hier mardi; il se compose de MM. Després, Reclus, Benjamin Anger, Lannelongue, Trélat, Le Fort et Raymond.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Granel, agrégé, est chargé d'un cours de botanique et d'histoire naturelle médicale.

— *École de médecine de Toulouse.* — M. Sénac est nommé secrétaire de l'École, en remplacement de M. Raffy, décédé.

— *Faculté des sciences de Lille.* — M. Malaquin est chargé des fonctions de préparateur de zoologie.

— M. le docteur Morel est nommé médecin du lycée du Puy, en remplacement de M. le docteur Vibert, décédé.

— M. le docteur Garaud est nommé médecin-adjoint au lycée de Saint-Étienne, en remplacement de M. le docteur Couturier, appelé à d'autres fonctions.

— M. Deslandes soutiendra, devant la Faculté des sciences de Paris, le 2 mai, à huit heures et demie, pour obtenir le grade de docteur ès sciences physiques, la thèse suivante : « Spectres de bandes ultra-violets des métalloïdes avec une faible dispersion. »

— M. le docteur Henri Huchard commencera ses leçons de clinique et de thérapeutique médicale, à l'hôpital Bichat, le dimanche 29 avril, à neuf heures et demie très précises, et les continuera les dimanches suivants, à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

es nuits. Comme je l'ai écrit ailleurs, malheur aux épidermes délicats qu'atteint la piqûre venimeuse de ce diabolique insecte! Des élevures congestives, inflammatoires et même ecchymotiques, qu'accompagne un prurit urticant, en sont pour plusieurs jours la pénible conséquence.

J'en étais arrivé, pour ma part, à ne plus essayer de dormir que sous une moustiquaire établie par moi-même, assez vaste pour écarter tout contact extérieur et si bien close qu'elle n'était pénétrable que par l'ourlet inférieur que des galets retenaient au parquet et que l'on soulevait rapidement et comme par surprise. On étouffait un peu mieux dans les embrasements de la saison estivale, mais on n'était pas mordu et c'était une satisfaction, que dis-je? un soulagement.

Car vous n'imaginez pas à quel point, même pendant le jour, cette bête importune et quel trouble elle apporte dans les occupations. Je ne puis m'en souvenir sans horripilation, je la mets hors de pair, et, pour vous exprimer ma pensée tout entière, les raffinements de l'inquisition ont manqué d'un supplice, qui eût été celui de moustiques effilés, aux soies fines et dentées, perçant et reperçant la peau jusqu'à satiété.

Un matin, au cours d'une de ces visites pendant lesquelles on s'épongeait sans cesse en chassant le moustique, je demandais à la sœur du service qui s'apitoyait sur le visage et les bras boutonneux des malades, à quelle idée pouvait bien répondre l'existence de cet insecte. Le mot expiation ne se fit pas attendre, ce qui, pour le commun des martyrs, est tout simplement synonyme de damnation anticipée.

Moi, je crois au contraire que la cause et la fin dans ce cas et dans d'autres sont œuvres très humaines.

L'été, si vous êtes curieux de voir ce monde infime, allez dans une cour où, par le fait d'une incurie commune, quelque eau stagne en un vase, irisant sa surface aux ardeurs du soleil, et regardez. Quelque chose remue au fond du putrilage; une petite coque émerge, hésite une minute, puis elle part et monte comme un ballon dans l'air, jusqu'à ce qu'elle atteigne aux limites de l'eau. Regardez toujours, c'est là qu'est l'intérêt: la coque se fend, éclate et du petit esquif, résultat de l'éclat, s'étire une bestiole qui flaire l'air, s'étonne, se secoue, s'enhardit et, prenant son essor, vole à sa destinée, utile et non nuisible, puisqu'elle nous rappelle la bourbe et le marais, et les eaux croupissantes, et ces baquets impurs que l'on trouve partout au-dessous des gargouilles, que jamais on ne vide et dont le fond pullule de larves minuscules.

III

C'est le moustique et, à cette occasion, permettez-moi de vous présenter une des plus charmantes créatures qui soient sous le ciel. J'ai nommé et qualifié mon *moineau* qui, là-bas où il est né, me rendit souvent l'inappréciable service de gober lestement le moustique passant à sa portée, tandis que je travaillais et qu'il tournait autour de ma plume. Quand, tout à fait par hasard, un de ces insectes se faufilait dans la moustiquaire, c'était encore lui qui se chargeait de sa conduite, et c'était bientôt fait.

Avec les mouches et les araignées, il était également sans pitié et, du plus loin qu'on l'appelât pour remplir cet office, il fallait le voir accourir, le sauvage! Sa noire prunelle, si vive et si jolie quand il frétille, avait dans ces moments de singuliers éclairs.

Et d'aucuns osent prétendre que le moineau exerce de grands ravages par sa voracité, parce qu'il becquette quelques grains et endommage quelques fruits. Et ils ont calculé que deux fois rien du tout qui suffit à l'un d'eux multiplié par tous, cela fait quelque chose qui ressemble aux ravages susdits, en retranchant, bien entendu, la petite bête dont il est très friand et qu'il préfère à tout: témoin la rapacité avec laquelle il se précipite sur celles que j'ai citées et sur les larves, chenilles, hannetons, sauterelles.

Tenez, à Bône, sur la place de la Mosquée ornée de beaux platanes qui servaient de gîte aux moineaux, il y en avait quatre à cinq mille qui s'y faisaient remarquer le soir et le matin par un pépiement réellement étourdissant. C'était, lorsqu'on y prenait garde, à en avoir la tête rompue. Eh bien! comptez tout ce que ces petits gésiers, pour fabriquer du sang à 42 degrés, devaient, répandus dans la plaine, absorber de bestioles. C'est à ce point inimaginable que, si nous perdions le moineau, il faudrait le retrouver: car il est à la terre ce que l'hirondelle est à l'air. N'est-ce pas? Mon tout petit, dont la maligne gentillesse fait nos délices depuis bientôt huit ans.

IV

Voici maintenant d'autres insectes qui, pour n'être pas aussi terribles et inévitables que le moustique, ne constituent pas moins la cause inépuisable d'une série et parfois d'un ensemble de révoltantes incommodités.

La fétide *blatte*, dont les fentes des murs favorisent la multiplication, s'insinue la nuit pour les fourrager dans toutes les provisions. Il faut une vigilance active et très soutenue pour n'en être pas gêné.

Ceux qui ont habité Lyon savent combien elle y abonde. Du moins j'y en constatai beaucoup dans le séjour que j'y fis en 1871, et je me rappelle que, dans une chambre de la caserne de la Reine où je couchai pendant la commune, les angles en étaient tellement garnis qu'à marcher les uns sur les autres ces insectes produisaient une espèce de craquement qui, joint à une répugnance instinctive, empêchait le sommeil.

Une nuit, en Algérie, j'assistais un voisin qui, relativement riche, occupait dans sa propre maison un appartement somptueux et appartenait à cette catégorie de colons dont le bonheur consiste à courtiser la fée verte: cela soit dit sans offenser sa mémoire. Ce culte n'est-il pas commun aux pays chauds où, par un outrageant oubli des règles élémentaires de la physiologie, l'active décarburation par la voie hépatique est trop souvent surexcitée par l'abus de l'absinthe?

Hors de là le malheureux ne croyait à rien, pas même au sulfate de quinine. Lorsque j'allais un peu loin dans mes remontrances médicales que justifiaient amplement un embarras gastrique permanent et une charnure farcie de pigment tellurique, il en prenait un paquet, le mettait dans sa poche et l'y oubliait.

Et il mourait dans un accès de fièvre comateuse qu'il me fut impossible d'enrayer. Cela dura des heures pendant lesquelles je gagnai une soif d'enfer; c'était le 24 août, le thermomètre marquait 33 degrés à minuit et, comme d'habitude, rien ne bougeait dans l'air plein d'une transparente humidité.

Dans un répit momentané de convulsions dernières, j'allai à la cuisine chercher quelque boisson. A cette heure où la petite bête se livre à ses ébats, cette pièce était envahie par des centaines de blattes de toutes dimensions. Il y en avait de petites comme une lentille, il y en avait des grosses comme le pouce avec tous les intermédiaires. C'était allongé, aplati; c'était mollasse et cela grouillait, courait; il y en avait partout. Il fallut se battre avec cette engeance pour fouiller dans les placards; le tiroir de la table en avait à revendre. Et c'était incroyable.

La blatte évidemment a la bouche très fine et l'humeur très paisible. Elle affectionne les endroits calmes et bien garnis, comme les cuisines des grandes maisons où rien ne manque. Le fait est qu'aux gîtes misérables qui sont trop encombrés je n'en trouvais jamais.

Et je bus du bordeaux qui, pour n'être pas frais, n'en était pas moins bon.

V

Le *mille-pieds*, qui aime aussi les murailles chauffées et par conséquent fendues, vous mord inattentif de ses crochets aigus et c'est cuisant, sinon dangereux.

Ayant horreur de la vermine, je la pourchassais avec acharnement. Voilà pourquoi je la connais si bien et pourquoi, malgré sa rareté, j'ai pu étudier le myriapode, genre scolopendre, qui, surpris, évolue et file en courbes gracieuses et dont, pour le saisir, il m'est arrivé d'essuyer la morsure.

A l'hôpital j'en pris un, genre iule, qui avait quatorze centi-

mètres de long, et dont je fis cadeau à un confrère amateur. Il était réellement beau, vu de près, avec sa cuirasse brune et miroitante, avec ses courtes antennes et ses nombreux articles aux doubles paires de pattes.

Les *mouches* pullulent. Les plus petites sont naturellement les plus nombreuses et les plus malignes. Elles tourbillonnent et assomment. Lorsqu'elles m'embêtaient, je songeais sans comparaison au verruqueux magister des *Nouvelles Génevoises* et, si je maugréais, ce n'était pas sans rire.

Les fruits ou aliments que ne protègent pas des portes soigneusement fermées, en sont immédiatement couverts. C'est la plaie du grand jour et vous devinez que, pour ce motif et pour d'autres, il y a lieu de faire les ténèbres.

La maison arabe n'a pas d'ouverture extérieure, si ce n'est celle d'entrée, ordinairement étroite et tortueuse; en dedans, sur la cour, il y en a le moins possible et des voiles épais en protègent l'abord. La tente des nomades est de couleur très sombre et, quand elle est baissée, il y fait presque noir. Croyez-vous que la mouche ne soit pas pour un brin dans ces dispositions?

Au temps des *fourmis*, qui est long dans ces contrées, surtout sur le rivage, on est assailli par des légions d'une espèce toute petite et rouge dont les files serrées viennent on ne sait d'où, trottinent, s'entrecroisent, disparaissent, reparaissent, zigzaguant en traits noirs sur les blanches cloisons, et finalement s'abattent sur les mets sucrés ou les biscuits que ce monde minuscule adore et déniche où qu'on les place.

Une barrière d'eau sérieusement entretenue peut seule en garantir.

VI

Je ne vous parlerai pas de la *mite*, qui oblige à une surveillance constante, un mois de quiétude lui suffisant pour détruire les laines les mieux cachées, les mieux camphrées ou poivrées; ni de la répugnante *punaise*, dont la propreté la plus grande ne préserve pas toujours. Ces petites bêtes, ainsi que beaucoup d'autres, n'ont été sans nul doute inventées que pour nous forcer la main dans le sens hygiénique.

Mais il serait inexcusable de passer sous silence le parasite irritant qui s'invite partout, envers et contre tout et malgré tous les soins, qui semble rechercher les tables les mieux mises et qu'il n'est pas toujours facile d'éconduire.

Ah! c'est un fameux régal, une peau satinée. La *puce*, pour la nommer, en sait mieux que quiconque aborder les contours. Et quelle fille d'Eve oserait sur ce point m'accuser d'imposture?

Enfin, dussiez-vous en frémir! je vous signalerai dans cet ordre de faits une misère qui est particulièrement inhérente à l'existence professionnelle et dont l'entourage ne peut éviter l'éclaboussure. Lorsque j'entrais en possession d'individus de ce type, ce qui n'était pas rare, je les portais consciencieusement à la maison où la meilleure part m'échappait incontinent, malgré tous mes scrupules. Et, je vous le dis en vérité, c'était le sujet d'observations aussi justes que pittoresques.

Quelquefois, j'en étais gratifié à domicile par les quémandeurs de soins qui, partis, nous laissaient celui d'un époussetage immédiat; et, comme les carreaux étaient bien joints et qu'ils étaient luisants, rien n'était plus facile que d'y balayer *corpora delicti*.

La population indigène, les Arabes surtout, paraissent insensibles aux attaques réitérées de la petite bête, qui vit dans ce milieu parfaitement à l'aise. Que si quelque importunité attire momentanément l'attention sur le remuant animalcule, il en résulte simplement qu'il est délicatement pris entre le pouce et l'index et qu'il est non moins délicatement déposé sur le sol.

Et c'est ainsi que le *pou*, le pou sordide, se récolte en haut comme en bas et que, si l'on n'est pas prévenu, on est plus sûrement pincé sous les lambris dorés qu'aux masures ou chenils où la précaution est instinctive. Est-ce assez ragoûtant?

FORMULES

Solution antiseptique.

Nous avons publié, dans notre avant-dernier numéro, page 446, une formule de *solution antiseptique*, empruntée à la *Semaine médicale*. Cette solution est, par erreur, indiquée par ce journal comme devant être *étendue de dix à vingt fois son volume d'eau.*

Nous prions nos lecteurs de rectifier cette formule, et de ne l'employer qu'étendue de *cent* à *deux cents* fois son volume d'eau.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 23 avril 1888, les officiers du corps de santé militaire, dont les noms suivent, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir :

MM. les médecins principaux de première classe : Molinier, pour l'emploi de médecin chef de l'hôpital du camp de Châlons; Moussu, pour l'emploi de médecin chef de la place et de l'hôpital de Nice; Massoutié, pour l'emploi de médecin chef de l'hôpital de Toulouse; Lévy, pour l'emploi de médecin chef de l'hôpital de Belfort.

MM. les médecins principaux de deuxième classe : Challan, pour l'hôpital d'Amélie-les-Bains; Manoha, pour l'emploi de médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Tours.

MM. les médecins-majors de première classe : Combier, pour le 20e d'artillerie; Bonnardot, pour le 10e d'infanterie; Sorel, pour l'hôpital de Marseille; Huchart, pour le 12e d'artillerie; Laurent, pour le 22e d'artillerie; Demmler, pour l'hôpital Saint-Martin, à Paris, Colin, pour le 33e d'infanterie; Moty, pour l'hôpital du Gros-Caillou; Rigal, pour le 16e d'artillerie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe : Cadot, pour le 96e d'infanterie; Billot, pour la place d'Alger; Monart, pour l'École polytechnique; Bréau, pour le 11e bataillon de chasseurs à pied; Pozzo di Borgo, pour l'hôpital de Marseille (pénitencier de l'île Sainte-Marguerite); Thouvenin, pour le 23e bataillon de chasseurs à pied; Ferrié, pour le 17e dragons; Vuillemin, pour le 146e d'infanterie; Sudour pour le 15e d'infanterie; Lebesgue, pour le 47e d'infanterie (pour ordre); Lambert, pour le 21e bataillon de chasseurs à pied; Gaillard, pour le 30e bataillon de chasseurs à pied; Couderc, pour le 15e escadron du train des équipages militaires; Mons, pour le 14e d'infanterie; Bouvier, pour le 12e dragons; Morand, pour le 148e d'infanterie; Vack, pour le 7e d'infanterie; Collignon, maintenu au 25e d'infanterie; Audiguier, pour le 10e cuirassiers; Redon, pour le 2e spahis; Lemoine, pour le 1er tirailleurs algériens.

MM. les médecins aides-majors de première classe : Duvau, pour la légion de la garde républicaine; Goumy, pour le 102e d'infanterie; Martin (V.-A.) et Lécuyer, pour les hôpitaux de la division d'Alger; Guérin, pour l'École de Saint-Hippolyte-du-Fort; Krantz, pour le 78e d'infanterie; Treillet, pour le 5e dragons; Martin (P.-F.), pour le 1er chasseurs d'Afrique; Humbert, pour l'École de Rambouillet.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe : Adriet, pour le 19e dragons; Sebillon, pour le 10e cuirassiers; Aubin, pour le 123e d'infanterie.

M. le pharmacien-major de première classe Roman, pour la direction du service de santé du 13e corps d'armée.

M. le pharmacien aide-major de première classe Riser, pour l'hôpital de Versailles.

— Un Congrès médical aura lieu à Barcelone, du 9 au 15 septembre prochain.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Bourgade de la Dardye (de Clermont-Ferrand).

— M. le docteur Budin, professeur agrégé, fera la leçon d'introduction aux manœuvres obstétricales, le lundi 30 avril 1888, à une heure et demie, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine. Il fera ensuite, tous les mercredis à une heure et demie, à partir du mercredi 2 mai, une série de démonstrations.

Les manœuvres obstétricales commenceront le jeudi 3 mai et se continueront les jours suivants à la même heure (une heure et demie). Les élèves, divisés en séries et dirigés par des moniteurs d'obstétrique, répèteront les manœuvres dans le pavillon VI.

Pour être admis à prendre part aux dites manœuvres, les élèves devront se faire inscrire au bureau du chef du matériel de l'École pratique d'anatomie, tous les jours, de midi à quatre heures; le registre restera ouvert jusqu'au lundi 31 avril.

— M. le professeur Gaston Bonnier fera sa première excursion botanique, dimanche prochain, 29 avril 1888, à l'Étang-la-Ville et Marly-le-Roi. Le rendez-vous est à la gare Saint-Lazare, à onze heures du matin. Les élèves qui désirent suivre cette excursion, sont priés de se faire inscrire au laboratoire de botanique de la Faculté des sciences, de deux heures à quatre heures (Sorbonne, escalier E, 2e étage). On sera de retour à Paris à 6 h. 20 min.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

55

ANALYSE D'AVRIL DU

LAIT PUR ET NON ÉCRÉMÉ

DE LA FERME D'ARCY-EN-BRIE (Seine-et-Marne), arrivant tous les jours en vases en CRISTAL de un et de deux litres bouchés, et plombés à la ferme d'Arcy même.

L'analyse de ce lait, pour le mois d'avril, a été faite par M. JOULIE, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois :

Densité à 15°		1032.00
	gr.	
Beurre par litre	50.700	
Albumine	5.200	
Caséine	26.900	
Sucre de lait	57.900	
Sels	7.300	
Total des matières fixes	148.000	148.000
Eau		884.000

L'analyse des sels a donné par titre de lait :

	gr.
Acide phosphorique	2.404
Acide sulfurique	0.129
Chaux	1.772
Magnésie	0.202
Potasse	1.842
Soude	0.631
Acide carbonique, chlore, fer, etc.	0.320
Total	7.300

PRIX :

Dans les dépôts	65 c. le litre.
—	40 c. le 1/2 litre.
Rendu à domicile	70 c. le litre.
—	45 c. le 1/2 litre.

Adresser les demandes à M. L. NICOLAS, propriétaire-agriculteur, 22, r. de Paradis, Paris.

Envoi gratis, sur demande, du prospectus explicatif. — *Deux livraisons par jour, une le matin et une le soir.*

70

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

Sᵗ dép. dét. à Paris, Phᶜᵉ LEBEAULT, 53, Réaumur.

ENTREPOT GÉNÉRAL : **5, rue Bourg-L'Abbé, Paris.**

91

L'EAU DE LÉCHELLE

HÉMOSTATIQUE.

Combat efficacement les *hémorrhagies utérines* et intestinales, l'hémoptysie, l'atonie des organes, les affections des muqueuses. *Leucorrhée*, diarrhée, catarrhe, etc.

Dépôt général : 378, rue Saint-Honoré, Paris.

15

EAU ANTI-HÉMORRHAGIQUE

de **TISSERANT.**

Employée à l'Hôtel-Dieu de Paris, avec un succès constant, contre les *hémorrhagies (hémoptysies, métrorrhagies, ménorrhagies, etc.)*, les *flux muqueux*, tels que *leucorrhées, diarrhées simples* ou *dysentériques*, les *catarrhes*, les *affections eczémateuses* et *prurigineuses*, etc.

Phᶜᵉ SAVOYE, boulev. Poissonnière, 4, Paris.

10

SIROP-ZED (A BASE DE CODÉINE PURE, DE TOLU ET D'EAU DE LAURIER-CERISE)

Aux propriétés somnolentes de la codéine s'ajoutent utilement celles si sédatives de l'eau de *laurier-cerise*, agissant là comme l'émulsion d'amandes des loochs; enfin l'action du tolu sur les sécrétions bronchiques, complètent l'ensemble d'un médicament certain.

Le sirop pectoral du docteur Zed est un calmant précieux contre les *accès spasmodiques de toux convulsive, coqueluche, toux des phthisiques, affections des bronches, insomnies*, etc.

Dr Zed

Paris, 22 et 19, rue Drouot.

31

ÉLIXIR GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUE

(Amers et ferments digestifs.)

Dyspepsie, anorexie, vomissements de la grossesse, anémie, troubles digestifs de l'enfance, etc.

Paris, GREZ, Phⁱᵉⁿ laur. des hôp., 34, r. La Bruyère.

73

COCAÏNE MIDY CHLOROBORATÉE

Pastilles dosées à 0,002ᵐ de chlorh. de cocaïne constituant un véritable **Gargarisme sec.** Affections de la gorge, bouche, langue.

3 fr. le flacon, 113, faubourg Saint-Honoré.

53

SAINT-RAPHAEL, VIN TANNIQUE

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire

DOSE : Un petit verre après les principaux repas.

DÉPOT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

43

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires**, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

15

PEPSINE BOUDAULT

Seule admise dans les hôpitaux de Paris.

Médailles aux Expositions internationales de 1867, 1868, 1872, 1873 et Philadelphie, 1876, première médaille pour *excellence* et *supériorité*.

Dyspepsies, gastrites et gastralgies et autres troubles de la digestion.

Sous forme de :

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 30 grammes. — Dose de 0g,50 à 1 gramme à chaque repas.

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 10 prises de 1 gramme.

Elixir et **Vin de Pepsine Boudault**. — Dose : une cuillerée à bouche.

Pastilles, Dragées, Pilules de Pepsine Boudault. — Dose de 3 à 4.

Exiger le cachet Boudault.

Pharmacie COLLAS, 8, rue Dauphine, Paris.

70

GRANULES FERRO-SULFUREUX

J. THOMAS

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées;* produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant*, sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique.

Paris, pharmacie J. THOMAS, 48, avenue d'Italie.

34

BAINS D'EAUX-MÈRES

de Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées).

Eaux-mères chlorurées sodiques bromo-iodurées et sels concentrés d'eaux-mères pour bains chez soi.

Un litre pour un bain. Flacon : 1 fr. 50.

Rachitisme, lymphatisme, scrofules, nécroses.

Paris, Pharmacie centrale et principales phⁱᵉˢ.

52

SANTAL CITRIN DE CAVAILLÈS

Capsules à 40 centigr. d'essence pure

Ces capsules, journellement prescrites par les célébrités médicales, ne contiennent que de l'essence de Santal pure rectifiée. Elles remplacent avec avantage le copahu et le poivre cubèbe. —

Phᶜᵉ **Rogé-Cavaillès**, 9, r. du 4 Septembre, Paris.

91

NAPHTOL-BAILLARD

Produit fabriqué spécialement en vue de l'antisepsie interne et garanti d'une pureté absolue.

Dragées, à 0,20 c. 10 par jour, pour l'antisepsie complète du tube intestinal et des voies urinaires : Fièvre typhoïde, phthisie, dyspepsie, gastralgie, gravelle, cystite, etc. — **Eau.** Liqueur aromatique titrée à 0,40 c. par cuillerée à bouche. Une cuillerée par litre d'eau pour pansements antiseptiques, pour injections aux accouchées, pertes blanches, prurit, blennorrhagie… — **Pommade** à 10 0/0 : Ulcères gangréneux, psoriasis, eczéma sec, dartres du cuir chevelu.

PARIS. — *Baillard, 112, Cherche-Midi.* — *Marchand, 13, Grenier Sᵗ-Lazare.* — **Détail** : *Phᶜᵉ Desvignes, 42, fg Sᵗ-Denis, et dᵗ toutes les bonnes phⁱᵉˢ.*

47

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

10

QUINA-BONBON DIASTASÉ

Chaque bonbon contient sucre et cacao, quinquina jaune et diastase — dans les proportions d'un petit verre de vin de quinquina. Vivement recommandé dans la thérapeutique infantile.

Prix de la boîte : *2 fr. 25.*

DÉTAIL : M. Solirène, phⁱᵉⁿ, 17, r. Soufflot, Paris

VENTE EN GROS : M. Yves Marchier, pharmacien à Privas (Ardèche).

77

PAPIER RIGOLLOT

Nous engageons vivement MM. les Médecins à n'admettre comme véritable PAPIER RIGOLLOT que les feuilles portant en travers la signature ci-contre, en rouge.

P. Rigollot

43

Approuvé par l'Académie de médecine de Paris.

PARAGUAY-ROUX

SPÉCIFIQUE CONTRE LES

MAUX DE DENTS

GROS : G. ROUX et Cⁱᵉ, 27, rue de la Cerisaie, Paris.

DÉPOT : Pharmacie ROUX, 141, rue Montmartre.

14

CAPSULES ET SIROP DE HOUDÉ

AU SULFATE DE SPARTÉINE

L'expérimentation physiologique et l'observation clinique s'accordent pour démontrer que le sulfate de **Spartéine** exerce une action prédominante et élective sur le fonctionnement du cœur, en augmentant l'énergie, la durée et la persistance des contractions et en régularisant le rythme cardiaque troublé.

Les **CAPSULES** et le **SIROP de HOUDÉ** au **Sulfate de Spartéine** sont donc tout indiqués, chaque fois que le myocarde a fléchi, lorsque le pouls est irrégulier, intermittent, arythmique, dans les *attaques d'asystolie*, dans *l'asthénie cardiaque*, la *dyspnée du cœur* et la *péricardite*.

Dose quotidienne, de 10 à 15 centigrammes.

Dépôt : A. HOUDÉ, Paris, r. fg Sᵗ-Denis, 42, et phⁱᵉˢ.

91

BOLDO-VERNE.

Dans les congestions et les troubles fonctionnels du foie, les *cachexies* d'origine paludéenne et consécutives au long séjour dans les pays chauds, *la dyspepsie atonique, les fièvres intermittentes*, on prescrit dans les hôpitaux à Paris et à Vichy le **BOLDO-VERNE** à la dose de 50 à 100 gᵗᵗᵉˢ par jour ou 4 cuillerées à café d'**Elixir** de **Boldo-Verne.**

VERNE, Grenoble, et phⁱᵉˢ, France et étranger.

N° 51. — MARDI 1er MAI 1888. 61e ANNÉE. MARDI 1er MAI 1888. — N° 51.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs, pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — Inauguration de la Faculté de médecine de Bordeaux. — Chronique et nouvelles scientifiques. — Bulletin bibliographique.

Paris, le 30 avril 1888.

INAUGURATION DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

I

L'inauguration de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux a eu lieu avant-hier, samedi, en présence de M. le Président de la République. La *Gazette des hôpitaux* était représentée, à cette cérémonie, par notre éminent confrère M. le docteur Berchon, ancien directeur du service sanitaire de la Gironde. Grâce à lui, et grâce aux très bienveillantes mesures prises par M. le doyen Pitres, nous pouvons reproduire, avec la plus grande exactitude, non seulement cette cérémonie, qui laissera un grand souvenir dans la région, mais encore l'histoire des diverses transformations de l'enseignement médical à Bordeaux.

Les doyens des Facultés de médecine et un grand nombre de professeurs et de médecins avaient été conviés à l'inauguration. Parmi les délégués de Paris, on remarquait : MM. les professeurs Gavarret, Trélat, Cornil, Lannelongue, Proust; et M. Liard, directeur de l'enseignement supérieur. Ce dernier avait d'autant plus de droits d'être à l'honneur de la fête qu'il a contribué, pour une très large part, à la création de la Faculté de Bordeaux, pendant qu'il exerçait, dans cette ville, les fonctions d'adjoint au maire, pour l'instruction publique et les beaux-arts.

La matinée a été consacrée à la visite des hôpitaux. M. Carnot s'est d'abord rendu à l'hôpital Saint-André, où il a été reçu par M. le docteur Levieux, administrateur général de l'hospice, entouré de tout son personnel; après avoir parcouru la salle Desfourniels, on fait cercle, et le Président de la République attache à la boutonnière de M. le docteur Levieux la croix d'officier de la Légion d'honneur, en lui disant : « C'est sur le champ de bataille qu'on décore les courageux et les braves. »

Aux Enfants-Assistés, M. Carnot, après avoir visité ce splendide hospice, prend congé de la supérieure, en lui disant : « Madame, vous portez un costume que j'aime à voir dans les hôpitaux, et pour lequel je professe une vive sympathie. » La *Gazette* et son bien ancien collaborateur, M. Armand Després, ont trop souvent combattu la laïcisation des asiles de souffrance, pour ne pas être heureux de voir leurs convictions adoptées, avec tant de précision, par le chef de l'État.

Cette tournée des hôpitaux se termine par une visite à l'hospice général Pellegrin.

L'inauguration de la Faculté ne doit avoir lieu qu'à quatre heures et demie; laissons donc le Président de la République se rendre au « Nouveau Quai »; et pendant que la foule court à la revue et au parc bordelais, jetons un coup d'œil sur l'enseignement médical à Bordeaux.

L'occasion est propice pour bien l'apprécier, car M. Péry, le bibliothécaire de la Faculté, vient d'en écrire l'histoire dans un volume enrichi de planches et de notes fort savantes.

II

Les conditions dans lesquelles se faisaient à Bordeaux l'enseignement et l'exercice de la médecine sont absolument inconnues pour les quatorze premiers siècles de notre ère, et les documents les plus anciens que renferment les archives ne remontent qu'au commencement du quinzième siècle. Ces documents se rapportent aux examens à subir pour obtenir l'autorisation d'exercer dans la ville de Bordeaux. On trouve, en effet, dans le premier volume de la Jurade que, le 14 juin 1415, Jacmes Ram, maître ès arts et licencié en médecine de la Faculté de Montpellier, vint, selon la coutume, soutenir à la maison commune, en la présence du maire et des jurats et de tous les savants de la ville, une série de propositions. A la suite de cette soutenance, Ram fut autorisé à exercer la médecine et nommé médecin ordinaire de la ville. D'après le texte du récit, Ram s'était soumis à l'usage observé à Bordeaux, mais on ne saurait préciser à quelle époque remontait cette coutume. On voit bien, par là, comment on était autorisé à exercer la médecine à Bordeaux, mais on ne sait rien de l'enseignement de la médecine à cette époque.

La création par le pape Eugène IV, le 7 juin 1441, de l'Université de Bordeaux qui comprenait une Faculté de médecine, vint modifier la situation et, dès ce moment, il y eut à Bordeaux un enseignement officiel de la médecine. La Faculté ne se composa, il est vrai, que d'un professeur depuis sa création jusqu'en 1624, et de deux seulement jusqu'à sa suppression en 1792, mais il n'en est pas moins vrai qu'il y eut dès lors à Bordeaux un centre important d'études médicales. Les premiers professeurs Delf, Tarrégua, Granollas, Lopès étaient d'origine portugaise et juive et avaient probablement emprunté aux Arabes de la Péninsule les connaissances médicales qu'ils importèrent dans leur patrie d'adoption. Parmi les professeurs bordelais, Tarrégua et Pichot ont laissé des ouvrages qui ne sont pas sans valeur; d'autres, comme F. Lopès et Maurès, étaient célèbres par leur savoir parmi leurs contemporains, et eurent l'honneur d'être appelés auprès

du cardinal de Richelieu, malade à Bordeaux, en 1632; d'autres enfin, comme Grégoire et Séris, Caze et Betbeder, partageaient avec leurs prédécesseurs la réputation de botanistes distingués et attiraient de nombreux élèves à leurs leçons.

A côté de l'enseignement officiel de la Faculté en existait un autre, celui du Collège des médecins agrégés, qui depuis un temps fort reculé jouissait du droit de faire des cours aux chirurgiens et aux apothicaires. Ce collège était composé de tous les médecins exerçant à Bordeaux après avoir subi devant leurs collègues, en présence du maire et des jurats, de nombreux examens.

Les chirurgiens et les apothicaires, obligés de suivre les leçons du Collège des médecins, étaient, en outre, soumis à un enseignement pratique auprès des maîtres de leur profession et devaient subir devant les bayles de la corporation des examens pour être admis à la maîtrise.

Les chirurgiens, en lutte perpétuelle avec les médecins, qui s'efforçaient de les maintenir dans un rang subalterne, obtinrent à la fin du XVIII[e] siècle, en 1753, de faire créer un Collège de chirurgie, dit de Saint-Côme, dont le solide enseignement forma une série de chirurgiens habiles qui brillèrent à Bordeaux depuis cette époque jusqu'au commencement du dix-neuvième siècle.

III

Pendant la période révolutionnaire, les études médicales furent presque partout abandonnées, et Bordeaux vit pâlir et presque s'éteindre le foyer d'enseignement qui venait de jeter un vif éclat. Un homme heureusement se rencontra qui sut tout braver pour ranimer l'étude de la médecine à Bordeaux et oser enseigner au milieu des orages de l'époque; cet homme auquel on n'a pas assez rendu hommage, c'était Moulinié. Son exemple eut bientôt quelques imitateurs et, un petit noyau de professeurs zélés se joignant à lui, il arriva à constituer une école élémentaire de santé qui, par des transformations successives, devint École royale de médecine en 1814 et subsista jusqu'en 1829.

Pendant ce temps, la Commission administrative des hospices tenta à l'hôpital Saint-André la création de cours pratiques d'instruction auxquels le décret impérial du 6 juin 1807 donna une existence légale. Mais en fait les professeurs ne furent nommés officiellement qu'en 1813, et cette École ne fonctionna régulièrement que de 1822 à 1829.

Il y avait donc alors à Bordeaux deux écoles rivales : l'une n'ayant que des cours théoriques, dirigée par Moulinié; l'autre, des cours pratiques, dépendant de l'hôpital Saint-André. L'ordonnance du 24 mars 1829 fit heureusement cesser cette fâcheuse situation et fusionna les deux Écoles.

La nouvelle École créée prit le titre d'École royale de médecine et compta six chaires : elle dura jusqu'en 1837.

A cette époque, l'École de médecine fut réorganisée sous le nom d'École secondaire de médecine et de pharmacie. Elle avait onze chaires et quinze professeurs, dont quatre adjoints.

Cette nouvelle transformation n'eut qu'une durée éphémère, et l'ordonnance du 6 mars 1842 créa à Bordeaux une École préparatoire de médecine et de pharmacie. Elle eut douze chaires, dont deux confiées à des professeurs adjoints.

Cette organisation fut encore modifiée par décret du 10 octobre 1854, et l'École eut alors huit chaires occupées par des professeurs titulaires : trois par des professeurs adjoints et, en outre, quatre professeurs suppléants.

Le grand bénéfice de ce nouvel ordre de choses fut le dédoublement des chaires de clinique et de celles d'anatomie et de physiologie. Malheureusement les chaires d'histoire naturelle et de chimie étaient supprimées. Il est vrai que les étudiants étaient astreints à suivre ces cours à la Faculté des sciences. La chaire d'histoire naturelle fut d'ailleurs rétablie en 1865.

L'École subit encore un nouveau changement par le décret du 18 septembre 1873 et eut treize chaires.

Cette situation ne devait pas durer longtemps; la prospérité de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie rendait inévitable le rétablissement à bref délai d'une Faculté à Bordeaux.

IV

La Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux a été créée par la loi du 8 décembre 1874, en même temps que celle de Lyon.

La période des négociations et de l'étude des projets d'installation dura près de quatre années, et la Faculté fut définitivement instituée le 16 juin 1878.

Les cours furent ouverts dans les locaux de l'ancienne École le 1[er] novembre 1878, et la plupart des services furent installés dès l'année suivante dans les bâtiments de la caserne Saint-Raphaël affectés au nouvel établissement universitaire.

V

L'enseignement de la Faculté est ainsi distribué :

1° Vingt-trois chaires magistrales : Une chaire d'anatomie; — d'anatomie générale et histologie; — de physiologie; — de médecine expérimentale; — de chimie; — de physique; — d'histoire naturelle; — de pathologie et thérapeutique générales; — de pathologie externe; — de pathologie interne; — de médecine opératoire; — d'anatomie pathologique; — de thérapeutique; — d'hygiène; — de médecine légale.

Deux chaires de clinique externe; — de clinique interne.

Une chaire de clinique obstétricale; — de clinique ophthalmologique; — de pharmacie; — de matière médicale.

Ces deux dernières chaires sont plus particulièrement destinées aux étudiants en pharmacie qui suivent, avec les étudiants en médecine, l'enseignement donné par les professeurs de physique, de chimie et d'histoire naturelle, et par les agrégés chargés de cours ou de conférences s'appliquant aux deux ordres d'études.

2° Quatre cours cliniques annexes : Clinique médicale des enfants; — chirurgicale des enfants; — des maladies vénériennes; — des maladies mentales.

3° Deux cours complémentaires : Chimie minérale; Accouchements.

4° Onze conférences faites par les agrégés et ainsi réparties pour la présente année scolaire : Physique médicale, chimie biologique, histoire naturelle, physiologie, maladies des organes génito-urinaires, médecine opératoire, microbiologie, dermatologie, séméiologie médicale, pathologie chirurgicale générale, gynécologie.

Les principaux laboratoires de recherches et de travaux pratiques qui fonctionnent à la Faculté, sont : Le laboratoire d'anatomie; — d'histologie; — de physiologie; — de médecine expérimentale; — d'anatomie pathologique; — de médecine opératoire; — d'hygiène; — de médecine légale; — de chimie; — de physique; — de pharmacie; — d'histoire naturelle; — de clinique médicale; — de clinique chirurgicale; — de clinique obstétricale; — de clinique ophthalmologique.

VI

Le nombre des inscriptions délivrées par la Faculté pendant le cours de sa première année d'existence (1878-1879) s'est élevé à 1316; mais ce chiffre a été rapidement dépassé et il a atteint dans la dernière année scolaire 2095 inscriptions, savoir : 1479 inscriptions de médecine et 616 inscriptions de pharmacie.

Le nombre des étudiants qui ont accompli au moins un acte de scolarité pendant l'année 1886-1887 s'est élevé à 796, déduction faite des élèves des Écoles préparatoires qui sont venus subir des épreuves probatoires à la Faculté.

Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit :

Étudiants en doctorat	505
— en officiat	38
— en pharmacie 1[re] classe	87
— en pharmacie 2[e] classe	131
Sages-femmes	33
Herboristes	2
TOTAL	796

La Faculté a délivré, depuis sa fondation jusqu'à la fin de la dernière année scolaire, 1053 diplômes et brevets :

ANNÉES.	DOCTEURS en médecine.	OFFICIERS de santé.	PHARMACIE diplôme supérieur.	PHARMACIE de 1re classe.	PHARMACIE de 2e classe.	SAGES-FEMMES.	HERBORISTES	TOTAL.
1878-1879.	1	3	»	4	10	24	1	43
1879-1880.	7	4	»	13	24	24	2	74
1880-1881.	21	2	2	14	18	24	2	83
1881-1882.	29	3	»	19	21	33	2	107
1882-1883.	44	9	»	23	18	20	2	116
1883-1884.	47	11	1	19	24	32	4	138
1884-1885.	35	11	1	15	13	20	1	96
1885-1886.	77	4	»	38	29	30	3	181
1886-1887.	114[1]	6	»	32	28	33	2	215
				TOTAL. . . . . . . , ...				1 053

1. Le nombre des docteurs reçus pendant l'année scolaire 1886-1887, par les Facultés françaises, est ainsi réparti :

Paris. 358
Bordeaux 114
Montpellier 64
Lyon 48
Nancy 26
Lille 14

VII

Les nouveaux bâtiments de la Faculté occupent un trapèze à peu près régulier dont les côtés parallèles, séparés par une vaste cour, sont situés : le plus petit, à l'ouest, en façade sur la place d'Aquitaine ; le plus grand, à l'est, formant l'Institut anatomique, et contigu à un vaste terrain planté d'arbres affecté à la Faculté, mais dont la destination définitive n'est pas encore fixée.

A l'entrée de la Faculté, sur la façade de la place d'Aquitaine, et au *rez-de-chaussée*, se trouvent la salle des pas-perdus, puis l'atrium donnant accès dans deux grands amphithéâtres auxquels sont annexés des laboratoires pour la préparation des cours ; à gauche du vestibule sont situés le grand escalier conduisant au premier étage, puis, en retour sur la rue Paul-Broca, la salle des actes, le cabinet et le vestiaire des professeurs avec entresol ; à droite se trouvent un escalier conduisant au premier et au deuxième étage et aux combles, le logement du concierge, le cabinet du doyen, le secrétariat et les archives (rez-de-chaussée et entresol).

Le *premier étage* de la façade est réservé, à l'exception d'une pièce destinée au musée d'anatomie pathologique et située à gauche du grand escalier, aux services de la bibliothèque qui comprennent : la grande salle de lecture placée au-dessus de la salle des pas-perdus, un cabinet pour le bibliothécaire, et une salle pour les professeurs.

Dans l'aile des bâtiments située au nord sont installés :

Au rez-de-chaussée. — Un petit laboratoire de thérapeutique avec entresol ;

Deux salles d'examens ou de conférences, séparées par un cabinet ;

Le laboratoire de médecine expérimentale.

Le laboratoire de médecine expérimentale est installé comme laboratoire de recherches et comme laboratoire d'enseignement. Autant que cela a été possible, on y a développé le côté purement scientifique par des installations variées et par un appareil instrumental approprié aux recherches particulières sur les sujets actuels du ressort de la médecine expérimentale. Ce laboratoire possède les ressources matérielles nécessaires pour permettre aux étudiants qui le désirent de se livrer à des travaux originaux, et au professeur de répéter, en les exécutant devant les élèves, les grandes expériences de physiologie et de pathologie expérimentales.

Comme laboratoire de recherches, le laboratoire de médecine expérimentale comprend plusieurs pièces à attributions spéciales, pour la physique et la chimie biologique, pour les vivisections et la bactériologie.

Le laboratoire de physique biologique, formé par la pièce extérieure du rez-de-chaussée, renferme tous les instruments précieux et délicats concernant l'électro-physiologie, les appareils de mesure, enregistreurs, régulateurs, etc. Des consoles fixées aux murs par des dispositions particulières supportent ces appareils et les mettent à l'abri des trépidations extérieures. Cette même pièce contient également la bibliothèque du laboratoire et sert de cabinet de travail.

Le laboratoire de chimie biologique est situé dans le sous-sol extrême, au-dessous du laboratoire précédent. Cette position le met à l'abri des variations de température, point important pour les analyses. Il renferme : 1° une grande paillasse recouverte de carreaux de porcelaine et munie d'un système de carneaux d'aspiration pour évaporation sur bain de sable et d'une cage vitrée à cheminée d'aspiration directe ; 2° une grande table pour analyses chimiques, avec cuve à eau d'un côté et lavabo de l'autre ; 3° une grande glacière ; 4° les divers instruments pour extraction et analyses des gaz du sang, de l'eau, etc., à savoir : pompes pneumatiques à mercure, cuve à mercure, etc. Des étagères et rayonnages adossés aux murs reçoivent la verrerie et les produits chimiques.

La chambre de bactériologie comprend tout ce qui concerne l'étude et la culture des organismes inférieurs, ferments et microbes, c'est-à-dire de nombreuses étuves avec régulateurs adossées aux murs, une glacière, tubes et flacons à culture, etc. Cette pièce, cimentée, peut être lavée à grande eau et désinfectée au besoin.

La salle des démonstrations expérimentales devant les élèves est formée par la grande pièce du rez-de-chaussée. Elle contient un petit amphithéâtre au-devant duquel est la table à expériences. Des arbres de couche apportent dans cette pièce le mouvement d'un moteur à gaz placé dans le sous-sol correspondant. On actionne ainsi un grand appareil de démonstration et de recherches pour la respiration de l'homme, et une machine Gramme qui entretient un régulateur pour les projections. Un système de stores opaques permet de faire l'obscurité nécessaire aux projections. Un polygraphe spécial à projections donne la faculté de projeter les mouvements, mouvements de la respiration, du cœur, la secousse du muscle et de mesurer la vitesse de l'agent nerveux.

Le sous-sol correspondant à la salle des démonstrations, et qui contient le moteur à gaz, renferme également les établis, le tour et la forge pour la fabrication des instruments et appareils pour les recherches et les démonstrations, des aquariums d'eau douce et d'eau de mer.

Un chenil placé dans le sous-sol renferme les animaux en expériences ou inoculés du virus rabique ou charbonneux, et qu'il serait imprudent de placer dans le chenil général.

Au premier étage. — Le premier étage est affecté à une section du musée et aux laboratoires d'anatomie pathologique et d'histologie.

Le laboratoire d'anatomie pathologique comprend une salle de démonstrations pratiques dans laquelle trente élèves environ pourront étudier les préparations, et une salle de travaux pratiques offrant un espace suffisant pour recevoir au moins le même nombre d'étudiants. — Une salle spéciale, pourvue de l'outillage nécessaire, est destinée aux recherches de chimie pathologique et de microbiologie. — Les autres pièces du laboratoire sont consacrées aux travaux personnels du professeur et du préparateur.

Le laboratoire d'histologie se compose d'un cabinet destiné aux travaux propres du professeur, d'une grande salle des travaux pratiques et de deux salles plus petites destinées à des recherches spéciales soit du professeur, soit du préparateur. Ce laboratoire communique avec la salle de démonstrations pratiques de l'anatomie pathologique, commune aux deux services.

Les services qui sont installés dans l'aile des bâtiments située au sud sont :

Au rez-de-chaussée. — Un petit laboratoire de pathologie générale avec entresol;

Deux salles d'examens ou de conférences séparées par un cabinet de réflexion;

Le laboratoire de physiologie.

Le laboratoire de physiologie, comme celui de la médecine expérimentale, exige des moyens de travail très variés et les dispositions les plus spéciales. On a cherché à réaliser ces conditions dans les nouveaux locaux, qui comprennent :

Au rez-de-chaussée, une pièce destinée aux recherches bactériologiques, renfermant tout ce qui a trait à l'étude des micro-organismes, étuves, glacières, etc.; un cabinet de travail pour le préparateur; une grande salle, pour les travaux de recherches et les expérimentations physiologiques, garnie de tables, vitrines pour instruments, cuves et appareils divers; le cabinet du professeur renfermant les instruments précieux, la bibliothèque et les collections du laboratoire.

Dans le sous-sol, une grande salle destinée aux travaux pratiques et aux démonstrations devant les élèves contenant une paillasse, une cage vitrée avec cheminée d'aspiration, des étagères et vitrines pour verrerie et produits chimiques, instruments de vivisection, etc.; une pièce avec aquarium et glacière; une salle contenant une cuve, des piles, etc.

En outre, un chenil placé dans le jardin, à l'extrémité est, renfermera les animaux servant aux expériences de physiologie et de médecine expérimentale.

Au premier étage se trouvent une section du musée, les laboratoires d'hygiène et de médecine légale.

Le laboratoire de médecine légale comprend :

Un laboratoire des élèves avec installation pour les recherches histologiques spéciales et pour les expertises de chimie toxicologiques;

Un laboratoire spécial pour le professeur;

Un cabinet pour le chef des travaux;

Une salle destinée à servir ultérieurement de musée médico-légal;

Un sous-sol avec une salle spéciale d'autopsie pourvue d'eau et de gaz.

Quoique les travaux pratiques de médecine légale ne soient pas encore obligatoires, les élèves sont exercés aux recherches spéciales qu'exige la pratique des expertises médico-légales.

Il est à regretter que l'organisation des autopsies médico-légales ne soit pas encore assurée; mais la responsabilité n'en incombe pas à la Faculté qui, à différentes époques, a cherché et cherche encore à réaliser ce *desideratum*.

L'institut d'hygiène comprend :

Un cabinet de travail pour le professeur;

Un laboratoire d'expertises sanitaires destiné aux recherches expérimentales et aux analyses chimiques;

Un laboratoire de bactérioscopie pour les analyses biologiques et pathogéniques de l'air, du sol et des eaux souillés par les divers agents infectieux;

Un musée d'hygiène appliquée, avec modèles et collections d'appareils et systèmes d'assainissement, etc.

A l'institut d'hygiène est annexé, sous la direction du professeur d'hygiène, un musée de géographie médicale et de pathologie exotique, faisant partie toutefois des musées généraux.

Laboratoires d'anatomie et de médecine opératoire. — Au fond de la cour d'honneur, faisant face aux larges baies de l'atrium, se trouve une grande galerie transversale qui longe l'*Institut anatomique.* Sous cette galerie s'ouvrent cinq grandes portes à doubles battants qui conduisent aux trois pavillons d'anatomie A, B, C, et aux laboratoires particuliers du chef des travaux et du prosecteur.

Chaque pavillon est précédé d'un grand et large vestiaire où les élèves trouvent des cases fermées et cadenassées pour y déposer leurs livres, instruments, etc., des porte-manteaux nickelés, des lavabos à grandes cuvettes avec serviettes et essuie-mains. — Une grande cloison vitrée sépare les vestiaires des salles de dissection proprement dites, très grandes, très spacieuses, très éclairées par leurs deux faces; ces salles sont chauffées et ventilées par des calorifères qui, sans autre moyen, suffisent pour renouveler l'air plusieurs fois durant les séances de dissection.

Des systèmes spéciaux permettent, en outre, d'ouvrir simultanément toutes les impostes pratiquées dans le haut des fenêtres, et de renouveler les couches d'air chaud accumulées vers les plafonds.

Les tables de dissection, faites toutes d'un seul bloc d'ardoise, sont au nombre de seize par pavillon et peuvent être portées à dix-huit. Le sol, bétonné, est imperméable. Les murs, recouverts d'une série de couches de peinture à l'huile, permettent le lavage par des lances d'arrosage vissées sur les prises d'eau. L'écoulement en cas de nettoyage a été ménagé par les plans inclinés du bétonnage, qui les amènent directement à des canaux d'égout munis d'appareils siphoïdes.

Des tableaux d'ardoise, encastrés dans les murs, permettent de dessiner aux craies de couleur toutes les figures et tous les schémas dont les élèves peuvent avoir besoin. Au fond et adossée à la cloison de séparation, entre le vestiaire et la salle de dissection, sera établie une estrade de deux marches avec grand tableau en ardoise, pour permettre aux aides d'anatomie de faire une démonstration préliminaire aux exercices pratiques.

Des becs de gaz avec réflecteurs mobiles dans tous les sens, projettent une lumière intense sur les tables d'étude; aussi les élèves sont-ils admis à travailler, s'ils le désirent, jusqu'à neuf heures du soir.

Au-dessous de chaque pavillon de dissection se trouve un rez-de-chaussée; les salles à conservation des sujets sont ménagées au-dessous du pavillon A et dans les arrière-plans des pavillons B et C. Tous ces réduits sont munis de grands massifs de béton, disposés pour recevoir chacun deux ou trois cadavres.

Des rainures d'écoulement y sont ménagées et calculées de manière à amener tous les liquides vers un point extérieur où ils se rendent dans de grands godets métalliques qui les reçoivent; ces godets ont toutes leurs surfaces angulaires arrondies, de telle sorte qu'aucun résidu ne peut s'y accumuler. Au-dessus de chaque bloc de béton s'ajuste une planchette, surélevée de $2^{m},50$ à 3 mètres, sur laquelle se trouvent les barillets contenant les liquides conservateurs à injecter par la carotide dès que les sujets sont arrivés au dépôt. L'injection se fait automatiquement par le simple poids du liquide. Ce procédé permet de conserver les cadavres pendant des semaines et des mois, sans odeur et sans altération, alors même que les viscères restent dans les cavités splanchniques. Et cette conservation se maintient malgré la température, malgré l'état électrique de l'atmosphère; le sujet se momifie, mais ne se putréfie pas.

Les accidents dus aux piqûres anatomiques ont totalement disparu dans les laboratoires.

Des moisissures se développent à la surface des parties mises à nu, ce sont des *penicillium* analogues à ceux que l'on rencontre sur la surface de toutes les conserves par les substances sucrées; il suffit d'y passer un peu d'alcool pour faire disparaître ces moisissures.

Les sujets peuvent être montés des salles de conservation jusque dans le pavillon de dissection au moyen des monte-charges.

Une autre portion du rez-de-chaussée est destinée au montage des pièces, des squelettes, etc., et aux injections vasculaires; là encore se trouve un monte-charge pour amener les sujets dans les pavillons.

On y trouve encore un appareil à congélation, destiné surtout aux études des rapports, études si importantes pour le médecin et le chirurgien. On pourra ainsi facilement congeler des troncs tout entiers. Une fois amenés à la dureté du marbre, une scie à ruban actionnée par le moteur Otto du laboratoire de médecine expérimentale permettra de les débiter en tranches d'un demi-centimètre d'épaisseur, qui seront conservées au musée par des procédés spéciaux.

On fera établir, en outre, des fourneaux munis de hottes qui permettront de faire toutes les recherches chimiques que les études anatomiques actuelles sont en droit de réclamer.

Par des appareils distillatoires on pourra plus tard rectifier dans les laboratoires tous les alcools dénaturés ou salis, ce qui constituera une grande économie pour la Faculté.

Entre l'aile latérale située au nord et le pavillon A, se trouve le laboratoire particulier du professeur d'anatomie, qui communique avec celui du professeur de médecine expérimentale.

Du côté opposé se trouve le laboratoire particulier du professeur de médecine opératoire. Il renferme les instruments servant aux travaux pratiques des étudiants. Des appareils divers, des collections de dessins, des moules de difformités variées, etc., sont également placés, soit dans cette pièce, soit dans la chambre des bandages, située au-dessous du cabinet du professeur.

Les laboratoires d'anatomie et de médecine expérimentale sont munis d'appareils permettant de faire les recherches les plus délicates d'embryologie et d'anatomie topographique (couveuses artificielles, caisses à congélation des cadavres, appareils à photographie microscopique, etc., etc.).

Ici se termine l'énumération des services placés dans le nouveau bâtiment de la Faculté de médecine. Les laboratoires de clinique restent installés dans les hôpitaux. Les services de la Pharmacie et des sciences dites *accessoires* conservent les locaux et les distributions provisoires qui leur ont été affectés dans l'ancienne caserne de Saint-Raphaël. Il est désirable que ce provisoire ne dure plus longtemps. L'État et la ville de Bordeaux, qui ont doté les services de médecine proprement dite d'un monument vaste et bien approprié aux besoins de la science moderne, ne voudront pas laisser plus longtemps les services si importants de la Pharmacie et des sciences dites *accessoires* (physique, chimie, histoire naturelle) dans des locaux étroits, insuffisamment aménagés, privés d'air et de lumière, où les élèves, entassés les uns sur les autres, ont beaucoup de peine à exécuter les travaux pratiques que nécessitent leurs études.

En attendant que des déterminations nouvelles aient été prises pour la construction et l'organisation de nouveaux locaux destinés à ces enseignements, le laboratoire d'histoire naturelle va obtenir l'annexe importante qui lui avait fait défaut jusqu'à présent, c'est-à-dire un jardin affecté à la botanique médicale. Ce jardin, dont les travaux d'installation sont déjà commencés, occupera un *terrain de vingt-quatre mille quatre cents mètres superficiels* situé à Talence, près Bordeaux, et acheté par la Faculté sur le legs de 100 000 francs de M. Camille Godard. Il sera pourvu de serres, grainerie, orangerie, laboratoire et autres bâtiments dont la construction va être poussée très activement.

VIII

Mais voici l'heure de l'inauguration. Nous pénétrons dans la grande cour de la Faculté ; un immense velum la met à l'abri du soleil. Elle est remplie à profusion de fleurs et de trophées aux armes de la ville. Le chef de l'État, accompagné des ministres de la marine, de l'instruction publique et des travaux publics, etc., est reçu dans le vestibule par M. Ouvré, recteur, entouré des professeurs de la Faculté, ayant à leur tête M. Pitres, doyen.

Le Président prend place au centre de la tribune officielle et M. Daney, maire de la ville, prononce le discours suivant :

Monsieur le Président de la République,

L'inauguration de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie est le dernier acte qui constate l'entier accomplissement des obligations contractées par la ville de Bordeaux à l'égard de l'enseignement secondaire.

C'est l'achèvement et le couronnement de cette partie de notre tâche municipale, et si le succès a répondu aux efforts de ceux qui l'ont entreprise et menée à bonne fin, nous ne saurions ambitionner pour eux de plus haute récompense que l'honneur que nous fait le chef de l'État en venant au milieu de cette assemblée, entouré de ses ministres et des illustrations de la science, pour juger l'œuvre d'une des grandes cités de la République.

Cette œuvre, aujourd'hui considérable par ses résultats, est née, il y aura bientôt dix-huit ans, au sein du Conseil municipal, de ce sentiment patriotique qui nous commandait de contribuer par tous les moyens possibles au relèvement de notre pays.

Elle est née de cette nécessité, imposée aux sociétés démocratiques qui veulent vivre, non seulement de répandre partout et de développer l'instruction à tous les degrés, mais aussi d'en élever le niveau, afin de faire surgir du service de la nation, une élite d'hommes et de citoyens capables de la diriger et de la préserver des écueils redoutables du despotisme et de l'anarchie.

Commencée au lendemain de nos désastres, continuée avec le même esprit de suite et la même persévérance par toutes les municipalités qui, depuis 1870, se sont succédé à l'Hôtel de Ville, cette œuvre de l'éducation nationale a progressivement grandi, sous l'impulsion du patriotisme et des sentiments généreux qui l'avaient inspirée.

En quelques années, la ville de Bordeaux a triplé le nombre de ses écoles primaires et maternelles. Elle a construit un magnifique lycée de garçons, créé un lycée de filles et mis à la disposition de l'enseignement supérieur tous les organes qui constituent une Université complète et assurent, dans les proportions les plus larges, le haut enseignement des sciences, des lettres, du droit et de la médecine.

En accomplissant cette dernière partie de sa tâche, la plus délicate et aussi la plus difficile, la municipalité n'a pas considéré seulement les avantages du présent et de l'avenir. Elle avait à cœur de rendre à la vie notre vieille Université bordelaise fondée en 1441 et dont les collèges des Lois et de la Médecine, jadis florissants, avaient momentanément disparu, en 1793, après trois siècles et demi d'existence.

Le concours et les sympathies que les maires et les jurats de l'ancien régime avaient donnés à la science, dans un temps où la science était peu honorée, imposaient aux hommes nouveaux le devoir de restaurer une institution du passé, qui n'avait pas été sans éclat. Ils l'ont compris et se sont mis à l'œuvre.

Leurs premiers efforts se sont portés vers la création d'une Faculté de droit, et ce que la Monarchie ou l'Empire n'avaient pu ou voulu accorder aux sollicitations réitérées de nos prédécesseurs, ils l'ont obtenu, en quelques mois, du gouvernement de la République.

Créée en décembre 1870, notre Faculté de droit a été définitivement installée, en 1873, dans les vastes bâtiments que nous avons construits pour elle, et, depuis sa création, elle tient un des premiers rangs parmi les Facultés de province.

Depuis 1838, nos Facultés des sciences et des lettres végétaient, oubliées dans des locaux sans air et sans lumière. Le palais que nous avons bâti pour elles a été inauguré, il y a deux ans, par le ministre de l'instruction publique, et l'on s'accorde à reconnaître qu'il est vraiment digne de la destination qu'il a reçue.

Il ne restait plus qu'à obtenir la transformation en Faculté de notre École préparatoire de médecine et de pharmacie, qui, par sa vitalité toujours croissante depuis le commencement de ce siècle, par le mérite de ses maîtres et des nombreux élèves qu'elle avait formés, par l'appui constant de la Ville, était devenue un centre important d'études appelé à de plus hautes destinées.

Mais les succès et la prospérité de l'École étaient depuis longtemps des titres aussi insuffisants que les vieux parchemins dont s'étaient glorifiés nos pères, et les vœux du Conseil municipal demandant la création d'une Faculté de médecine, devaient n'être pas mieux accueillis en 1864 et 1866 que ceux qui les avaient précédés vingt ans auparavant.

Les démarches faites en 1872 par la municipalité eurent un meilleur sort. Chaleureusement appuyées par le Conseil académique, le Conseil général et les députés de la Gironde, secondées par un remarquable rapport de M. Paul Bert à l'Assemblée natio-

nale, elles aboutirent enfin à la loi du 8 décembre 1874, qui porte création d'une Faculté mixte de médecine et de pharmacie à Bordeaux. Quatorze ans nous séparent de cette date heureuse pour les annales de l'Université bordelaise, et si l'on recherche la cause des retards qui ont empêché, jusqu'à présent, la Faculté de médecine et de pharmacie d'entrer en possession de son installation définitive, on la trouvera, peut-être, dans les obstacles de toute sorte qui, le plus souvent, entravent la solution des affaires administratives.

Et qui d'ailleurs songerait à s'en plaindre? Après la période des hésitations et des tâtonnements, il a fallu engager des négociations avec l'État, lutter contre les rivalités de clocher, faire un emprunt, acquérir des terrains, dresser des plans et profiter de l'expérience acquise pour que les bâtiments à édifier fussent en mesure de répondre aux exigences du présent et aux extensions de l'avenir.

A la suite d'un brillant concours, la construction de la Faculté nouvelle a été confiée à M. Pascal. Ai-je besoin de dire avec quel soin jaloux l'éminent architecte de la Bibliothèque nationale a étudié les moindres détails de ce chef-d'œuvre grandiose, et prodigué partout les ressources de l'art afin de donner une satisfaction complète aux besoins de la science, sans perdre, un instant, de vue l'harmonie et la pureté des lignes architecturales qui en feront une des créations les plus remarquables et les plus originales de notre époque?

Pendant que nous étions aux prises avec des difficultés de tout genre et que nous cherchions, sans nous décourager, à la résoudre, la Faculté nouvelle, à peine installée dans les locaux provisoires que nous lui avions préparés tant à Saint-Raphaël qu'à Saint-Côme, ouvrait solennellement ses portes, en 1878, et, dépassant bientôt les espérances des plus optimistes, ne tardait pas à prendre la première place parmi les Facultés de province.

La prospérité rapide de ce foyer scientifique si favorable aux études sérieuses, les ressources de notre grand port maritime, nos relations constantes avec les colonies et l'étranger ne pouvaient manquer d'attirer l'attention du gouvernement. Ce sont ces avantages réunis qui l'ont déterminé à décider l'établissement, à Bordeaux, d'une École militaire du service de santé, création décidée en principe, par un décret du 1er octobre 1883.

Notre ambition, Monsieur le Président, eût été de vous montrer aujourd'hui cette école fonctionnant à côté de notre Faculté dans des conditions égales de réussite et de succès.

Mais des considérations auxquelles les intérêts de l'enseignement sont étrangers ont, jusqu'à présent, empêché cette création, malgré les sacrifices importants que nous nous étions imposés pour remplir nos engagements vis-à-vis de l'État, et nos droits acquis ont été remis en question par un projet de loi qui vient d'être soumis aux Chambres. Nous espérons fermement que, lorsque le Parlement se sera prononcé, le gouvernement voudra bien examiner de nouveau les motifs d'intérêt public qui ont, une première fois, dicté son choix, et nous rendre la justice que nous attendons de son impartiale équité. (*Vifs applaudissements.*)

Voilà, Monsieur le Président, ce qu'a fait la ville de Bordeaux pour le développement de l'instruction à tous les degrés.

Pour réaliser jusqu'au bout le programme qu'elle s'était donné la mission de remplir, elle n'a rien épargné. Si elle a réussi, elle le doit surtout aux concours précieux qu'elle a rencontrés.

La création de la Faculté de médecine a donné lieu à des négociations particulièrement difficiles. Pour vaincre les difficultés et les obstacles, il a fallu la ténacité des chefs de notre académie, MM. Zévort et Ouvré. Pour triompher des erreurs et des préjugés et mener à bonne fin nos négociations avec l'État, il a fallu la souplesse et l'habileté de notre ancien collègue, M. Liard. Pour donner un vigoureux essor à la Faculté, il a fallu la passion ardente de son premier doyen, le docteur Gintrac, et la collaboration active de ses successeurs, MM. Denucé et Pitres.

Citer ces noms est un devoir de reconnaissance auquel la ville de Bordeaux ne saurait manquer.

Quant à nous, ouvriers de la première heure, qui avons planté les premiers jalons et posé les bases de l'édifice que la ville de Bordeaux a voulu élever à la science et à la patrie, nous considérons comme l'honneur suprême de notre tâche laborieuse de voir le chef de l'État présider à l'achèvement de notre œuvre et d'inscrire sur le marbre qui rappellera cette date mémorable le nom du premier citoyen du pays qui, pour nous, est le symbole des vertus civiques et d'un patriotisme affirmé par trois générations d'éminents serviteurs de la France et de la République. (*Applaudissements très prolongés.*)

MM. Ouvré et Lockroy prennent tour à tour la parole.

IX

Cette partie des fêtes a été particulièrement réussie. L'ampleur de l'atrium et des cours de la Faculté prêtait à la solennité de la réception. Les honneurs en étaient faits avec une grande courtoisie. Les étudiants avaient une attitude absolument adéquate au ton général de la cérémonie et nous avons rarement assisté à un spectacle mieux compris et mieux adapté au caractère spécial d'une inauguration scientifique.

Il reste, sans aucun doute, beaucoup à faire encore pour que le local de la nouvelle Faculté soit prêt à recevoir les professeurs et les élèves. Mais les grands travaux sont presque terminés et l'impression d'une première visite nous donne l'assurance que l'édifice et ses dépendances seront dignes de la fière devise inscrite dans la mosaïque de l'atrium: *Pro scientiâ, Urbe et Patriâ.*

Il y aurait bien quelques critiques à faire à l'édifice, considéré comme monument, mais nous nous bornerons à signaler : 1° l'absence, dans les bustes de la façade, — Lavoisier, de Jussieu, Dupuytren, Laënnec et Bichat, — de toute notabilité médicale girondine, ancienne ou moderne, quand les Moulinié, Magendie, Gintrac, parmi les derniers, avaient leur place désignée; 2° l'affreux buste de la République, destiné à décorer, dit-on, la salle du conseil de la Faculté et qui serait certainement dangereux dans une salle d'obstétrique.

Mais l'unanimité des suffrages accueillait le choix des récompenses accordées par M. le Président de la République, sur les propositions du ministre de l'instruction publique. Et on nous permettra bien à ce sujet une remarque. La profession médicale, peu favorisée trop souvent sous ce rapport, a été tout particulièrement placée au premier rang pendant les fêtes de Bordeaux.

Le premier jour, est décoré M. le docteur Plumeau, comme adjoint au maire, pour une direction aussi longue qu'éclairée des services sanitaires et hygiéniques de la ville.

Le second jour, c'est M. le docteur Levieux qui reçoit, par la rosette d'officier de la Légion d'honneur, la récompense d'une longue série d'années entièrement consacrées à l'étude de toutes les questions médicales du pays et dont l'intervention sage, pratique et incessante, se retrouve dans toutes les améliorations hospitalières de l'assistance publique bordelaise.

A la séance d'inauguration de la Faculté, c'est la décoration du sympathique doyen, le professeur Pitres; celle du professeur des sciences Millardet, qui, docteur en médecine, a, par ses travaux, contribué à la préservation et à la restauration des vignobles girondins.

Les palmes d'officier de l'Instruction publique sont accordées à MM. les professeurs Jolyet et Vergely; les palmes académiques, à M. Carles, agrégé, et à M. Édouard Bonie, dont le splendide musée particulier est par lui généreusement destiné à la ville de Bordeaux.

M. Lockroy faisait ressortir, avec toute justice, la nécessité de l'initiative ou du concours individuel, pour la dotation des centres scientifiques de France. Cette initiative a toujours été active à Bordeaux. Au dernier siècle, J.-J. Bel léguait son hôtel, ses collections et ses livres à l'Académie des sciences, belles-lettres et arts de Bordeaux, fondée en 1712, et qui a compté Montesquieu parmi ses premiers présidents.

De notre temps, Fieffé de Lièvreville a laissé des legs, qui ont permis la construction de l'École de droit et de l'École professionnelle; et si les médecins Campagne et Cardoze ont autrefois fait un généreux don de leurs richesses en manuscrits, herbiers et collections d'histoire naturelle, il ne faut pas oublier, parmi nos contemporains, le descendant des Cardoze, le négociant Camille Godard, qui, s'inspirant de l'exemple de son excellent frère, le docteur Ernest, a légué toute sa fortune à Bordeaux. La nouvelle Faculté lui devra son jardin botanique avec toutes ses dépendances.

En résumé, fête très complète, bien organisée, et récompenses acclamées et justement méritées par des médecins, à des titres très divers, alors qu'il était presque convenu dans un passé fort rapproché, de ne vouloir leur reconnaître qu'un mérite purement professionnel. C'est réellement un progrès à suivre partout.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le jury définitif du concours pour la nomination à trois places de médecin du Bureau central se compose de MM. Chauffard, Fernet, Hanot, Guibout, Joffroy, Gingeot et Léon Labbé.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité clinique des maladies mentales, par le docteur SCHULE, médecin de l'asile d'Illenau, etc. 3e édition, traduite par les docteurs J. DAGONET et DUHAMEL, revue et augmentée par l'auteur, avec une préface de M. le docteur DAGONET, médecin de l'asile Sainte-Anne, etc. Premier fascicule, 1 vol. in-8°. — Prix : 4 francs. — Le second et dernier fascicule paraîtra fin juin. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Guide Rosenwald, annuaire de statistique médicale et pharmaceutique (2e année). 1 vol. in-12. — Prix : 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Les grandes fièvres à travers les découvertes, par le docteur Henri VERNEUIL. 1 broch. in-8° de 110 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Auguste Voisin est allé étudier le système de l'emprisonnement cellulaire en Belgique. Son travail a surtout pour but de détruire les préventions si généralement répandues encore contre le système cellulaire qui, bien appliqué, aurait en France les plus heureux résultats et préviendrait bien des rechutes dans le mal, bien des récidives, en ramenant au bien, avec le temps, nombre d'individus qui, rendus à la liberté, forment les cadres de l'armée du crime, grâce au système de promiscuité si usité encore dans nos prisons.

Sur l'initiative de M. Bourgoin, la pharmacopée française va pouvoir s'exonérer du lourd tribut qu'elle payait depuis quelques années à l'Allemagne pour le produit connu sous le nom d'*antipyrine*, nom auquel il s'agit de substituer celui beaucoup plus vrai scientifiquement parlant, d'*analgésine*, ainsi que la *Gazette des hôpitaux* l'a maintes fois réclamé.

Le diabète sucré n'est point partout et toujours une maladie identique à elle-même, et c'est à distinguer les différentes formes ou types sous lesquels il se présente, que M. Lancereaux s'est surtout appliqué dans la savante monographie qu'il a lue.

Enfin, M. G. Sée, poursuivant ses recherches sur les maladies de l'estomac, soit seul, soit avec le concours d'un de nos collaborateurs, M. Mathieu, et de M. R. Durand-Fardel, étudie, dans un nouveau travail, deux états morbides qu'il est nécessaire de bien distinguer l'un de l'autre, l'hyperchlorhydrie du suc gastrique et l'atonie de l'estomac, tant la thérapeutique propre à chacun d'eux doit également différer.

Enfin, l'Académie a fait aujourd'hui un excellent choix, en élisant, comme membre titulaire, M. A. d'Arsonval, bien connu par ses travaux de physique médicale.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. PÉAN.

Du morcellement appliqué à l'ablation des tumeurs (1).
(Leçons recueillies par M. LAPERVENCHE, interne des hôpitaux.)

III

Chez l'homme, les téguments qui entourent l'orifice de l'urèthre sont loin d'être à l'abri de semblables productions. Plusieurs fois vous nous avez vu enlever le prépuce affecté de dégénérescence épithéliale. Vous savez que plusieurs chirurgiens éminents ont imaginé des instruments pour faire la circoncision avec régularité (2).

Nos pinces ne sont pas spécialement destinées à cet usage; elles servent surtout quand il s'agit d'enlever un néoplasme au *prépuce*, au *scrotum*, comme aux autres régions.

Voici comment nous avons procédé, il y a quelques jours, chez le malade que vous voyez et qui portait un vaste épithélioma étendu à la fois au prépuce, au fourreau de la verge et au scrotum (fig. 5). Il s'agissait d'enlever toute la tumeur et de conserver les testicules et les cordons. Tout d'abord nous fîmes l'hémostasie préven-



FIG. 5. — Épithélioma du scrotum. Ablation par morcellement après pincement préventif des parties molles de la périphérie.

(1) Suite. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 442.
(2) Ricord, Cusco, Panas, A. Fournier.

tive avec des pinces circulairement appliquées sur le pourtour, ce qui fut facile grâce à la mollesse des tissus; puis nous enlevâmes par morcellement et par dissection à l'aide du bistouri et des pinces toutes les parties suspectes. Nous fermâmes ensuite la plaie au moyen d'un nombre suffisant de points de suture au crin de Florence.

Vous avez vu, chez ce malade, l'avantage que nous avons retiré du morcellement; grâce à lui, nous avons eu l'avantage de reconnaître tout de suite les limites exactes du tissu morbide, de sorte qu'au lieu de procéder à une énucléation qui, sans le pincement préventif, aurait été longue et difficile, en raison des nombreux vaisseaux afférents et efférents, nous avons pu enlever sans difficulté tous les tissus malades.

Au *scrotum* encore, vous nous avez vu souvent entreprendre la cure radicale du varicocèle. Vous connaissez notre procédé. Tout d'abord nous mettons à nu les veines variqueuses du cordon, en incisant les téguments qui les recouvrent à deux ou trois hauteurs différentes; puis nous pinçons en chaque point les vaisseaux en ménageant le canal déférent. Les pinces sont retirées après quarante-huit heures. Les veines se sphacèlent et la plaie se réunit à la surface sans suppurer.

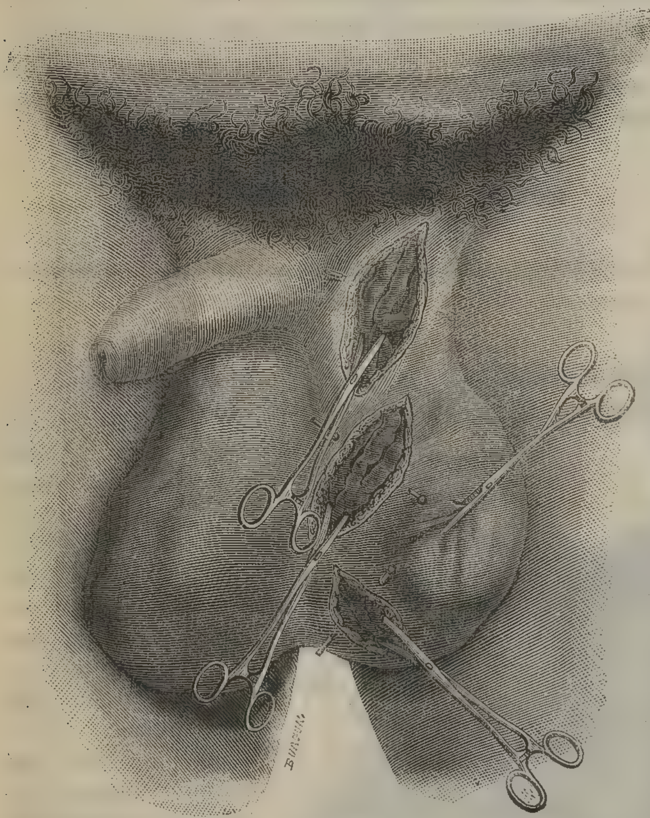


Fig. 6. — Cure radicale du varicocèle. Pinces appliquées à demeure à trois hauteurs différentes pour obtenir l'oblitération des veines.

Vous voyez, sur la figure ci-dessus (fig. 6), comment les veines ont été mises à découvert et pincées sur trois points différents. Les épingles qui sont représentées nous ont servi à isoler le canal déférent pour qu'il échappe au pincement. Jamais nous n'avons observé de complications à la suite de ces sortes d'opérations, comme nous l'avons vu autrefois lorsqu'on laissait autour de ces vaisseaux variqueux des ligatures qui exigeaient un travail de résorption ou d'élimination.

Nous ne pouvons quitter ce qui a trait au scrotum sans parler de l'ablation des tumeurs du *testicule*. Pour faire la castration, je commence par mettre le néoplasme à nu en incisant les téguments qui le recouvrent; puis, après l'avoir détaché par dissection, je place deux ou trois pinces à mors petits et droits sur le cordon, au-dessous de lui, je le coupe en une ou plusieurs portions et je laisse à demeure les pinces du cordon. Je ferme ensuite la plaie par des sutures.

Grâce à cette méthode, qui nous a donné des succès nombreux et constants, l'hémostasie définitive est obtenue sans crainte de voir le cordon se rétracter dans le canal inguinal, retenu qu'il est par les pinces qui sont laissées en place de trente-six à quarante-huit heures. Avec les pansements antiseptiques la guérison est prompte.

L'*orifice anal* est aussi le siège de tumeurs variées, végétations, condylomes, hémorrhoïdes, cancer, dont l'ablation est indispensable. Ici, comme à la vulve, l'opération est singulièrement facilitée par le pincement préventif des vaisseaux.

Pour enlever les tumeurs végétantes multiples, nous appliquons au-dessous d'elles, sur le pourtour de l'anus, des pinces disposées de façon à empêcher le sang de pénétrer dans leur intérieur, puis nous les enlevons par râclage, avec une rugine de préférence, ou bien par l'incision avec le bistouri et les ciseaux.

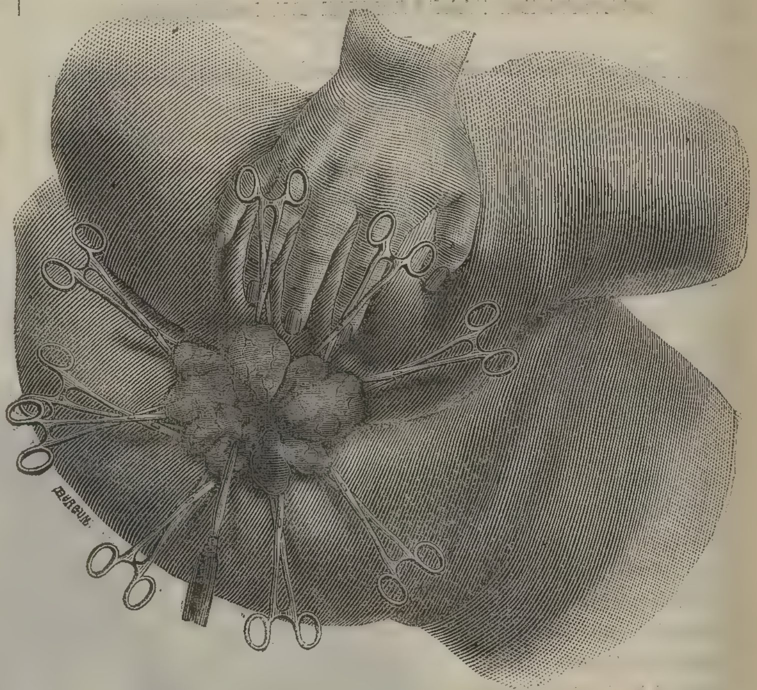


Fig. 7. — Ablation de bourrelets hémorrhoïdaux. Procédé de morcellement à l'aide du thermocautère et des pinces, ou avec les pinces-cautère de M. Richet.

Quand il s'agit d'hémorrhoïdes procidentes, nous saisissons chacune d'elles à la base du bourrelet avec des pinces à mors droits ou courbes, puis nous la cautérisons fortement avec le thermocautère sans la réséquer complètement afin de ne pas amener un rétrécissement cicatriciel. Il en résulte que le tissu variqueux de chaque tumeur hémorrhoïdale est détruit séparément et sans hémorrhagie (fig. 7).

HOPITAL TROUSSEAU. — M. d'Heilly.

Tubage du larynx dans le croup (1).

Le tubage du larynx a été proposé par Bouchut, en 1858, dans une communication à l'Académie de médecine. Ce travail provoqua une discussion passionnée et l'Académie, par la voix de son rapporteur, Trousseau, refusa son approbation à l'opération.

Vers 1880, O'Dyerr (de New-York) reprit l'idée de Bouchut, mais avec des instruments nouveaux, qu'il perfectionna successivement, et, depuis 1885, le tubage se pratique couramment, en Amérique surtout, mais aussi en Allemagne, en Russie, en Belgique. Au Congrès de Washington trois statistiques américaines, représentant 2519 cas, ont donné comme moyenne de succès un chiffre égal et même un peu supérieur à celui de la trachéotomie.

C'est avec l'appareil instrumental de O'Dyerr, que j'ai pratiqué le tubage dans treize cas de croup à l'hôpital Trousseau.

Il se compose essentiellement d'une série de cinq tubes en métal doré, de longueur variable, suivant les âges, de calibre extérieur également variable, mais de calibre intérieur uniforme, à section elliptique allongée d'avant en arrière. Ils présentent extérieurement, à la partie moyenne, un renflement fusiforme qui ne franchit la glotte qu'avec un léger effort de l'opérateur. Ce renflement est destiné à maintenir en place le tube, à l'extrémité supérieure duquel est fixé un fil de soie solide destiné à ramener, au besoin, le tube au dehors.

Dans mes treize cas, je me suis placé autant que possible dans des conditions identiques à celles où l'on fait la trachéotomie : dyspnée continue, tirage sous et sus-sternal, asphyxie commençante. J'ai pris de préférence des enfants au-dessous de trois ans. Les statistiques américaines établissent, en effet, qu'au-dessous de deux ans, le tubage a cinq fois plus de succès que la trachéotomie, qu'il en a seulement deux fois plus de deux ans à deux ans et demi, et moitié plus de deux ans et demi à quatre ans. A partir de quatre ans et demi l'avantage est à la trachéotomie.

Mon plus jeune opéré avait dix-neuf mois, le plus âgé quatre ans; sur les treize enfants deux étaient dans des conditions telles de misère physiologique et de délabrement qu'il me semble permis de ne pas mettre leur mort au passif du tubage. Sur les onze restants, j'ai eu deux guérisons (enfants de deux ans et deux ans et demi). Le tube a été gardé entre six et sept jours.

Si mes observations sont en trop petit nombre pour permettre d'établir une moyenne de guérisons, elles m'ont suffi du moins pour reconnaître les avantages et les inconvénients de la méthode.

Le tubage a lieu sans effusion de sang, sans plaie. Il est facile à faire et ne se complique pas d'accidents sérieux et imprévus. Ce sont là des avantages sur la trachéotomie, que les plus habiles abordent toujours avec une certaine appréhension et ne sont jamais sûrs de terminer à leur honneur. Un tubage manqué ne fait pas sensation; on peut le réitérer et, en cas d'échecs successifs, recourir finalement à la trachéotomie.

(1) Voyez *Gazette des hôpitaux*, années 1858, pp. 436, 442, 515, 517, 520, 528, 539, 550, 552, 563, 576, 577; — 1880, pp. 1122, 1146; — 1881, p. 213; — 1886, p. 1121; — 1887, p. 668.

La canule est bien supportée. C'est un fait des plus nets et que l'on ne pouvait guère soupçonner *a priori*, étant donné l'intolérance bien connue du vestibule laryngien. Quant aux lésions graves du larynx, qu'on a voulu mettre au passif de la méthode, il faut, pour les produire, joindre à une singulière brutalité une maladresse absolue.

Aussitôt le tube en place, il se produit un changement à vue : le tirage cesse, la respiration devient calme, l'enfant s'apaise et s'endort. Il n'y a ni schock traumatique, ni ascension de la température; l'air ne pénètre plus froid dans les voies aériennes, ce qui est une condition précieuse pour les jeunes enfants.

Mais il y a des ombres à ce tableau. Le tube se bouche assez souvent par le fait des fausses membranes. Il faut alors, et sans tarder, l'ôter et le replacer. Cela peut être fait à temps à l'hôpital, où on a toujours un interne sous la main; mais en ville, c'est une tout autre question. Les Américains disent, il est vrai, que lorsque le tube est bouché, la toux l'expulse, et, avec lui, des fausses membranes, ce qui serait un avantage; mais je n'ai jamais constaté ce fait.

Un autre inconvénient, de beaucoup le plus grave, du tubage, c'est la gêne de la déglutition, et, par suite, la difficulté de l'alimentation. Cette dysphagie étant plus prononcée pour les liquides, on a conseillé de s'en tenir aux aliments solides; mais souvent l'inappétence est absolue, la soif vive, et l'enfant n'accepte que des boissons. En outre, cette dysphagie expose à la pénétration de parcelles alimentaires dans les voies aériennes et à une bronchopneumonie consécutive, dite de déglutition, que les Américains ont peut-être tort de nier et que d'autres ont peut-être tort d'exagérer. Je l'ai trouvée souvent à l'autopsie, mais il est à noter qu'on l'observe également après la trachéotomie où la déglutition n'est pas en cause. Aussi paraît-elle devoir être expliquée plutôt, dans les deux cas, par une condition qui leur est commune, la diphthérie, qui peut frapper le poumon comme elle frappe le rein, le système nerveux, etc.

Il y a un moyen sûr d'éviter la dysphagie et ses suites. Il consiste à alimenter systématiquement et, dès le début, tous les tubes par la sonde en caoutchouc introduite par la voie nasale.

On a dit encore que le tube pouvait passer dans l'œsophage; mais, outre que dans cette hypothèse il s'élimine, sans accidents sérieux, par les garde-robes, on peut empêcher absolument cet accroc au moyen du fil extérieur dont j'ai parlé.

En résumé, le tubage me paraît indiqué dans les circonstances suivantes :

1° Chez les tout jeunes enfants, auxquels la trachéotomie offre si peu de chances et qui résistent si mal aux pertes de sang;

2° Dans les croups légers, *paraissant* devoir rester tels, et pour lesquels la trachéotomie est une opération proportionnellement bien grave;

3° Inversement, dans les cas de diphthéries toxiques où le malade est dépourvu de toute résistance et incapable de supporter la trachéotomie;

4° Dans les croups secondaires à la rougeole et qui ne donnent jamais de succès par la trachéotomie; le tubage, dans ces cas, offre peut-être une chance;

5° Enfin, d'une manière générale, dans tous les cas où la trachéotomie est impossible ou dangereuse.

Depuis que Bretonneau et Trousseau ont rendu l'immense

service de vulgariser la trachéotomie, il semble que l'opération ait donné d'emblée tout ce qu'elle peut donner. Le tubage, au contraire, bien que datant de trente ans, en est encore à ses débuts. Il est donc perfectible et il y a lieu de l'étudier et de l'expérimenter pour en développer toutes les ressources.

TRAITEMENT DES RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTHRE PAR L'ÉLECTROLYSE.

Par M. le docteur J.-A. Fort, ancien interne des hôpitaux de Paris.

M. le professeur Richet, m'ayant autorisé à appliquer, dans son service de l'Hôtel-Dieu, la méthode de l'électrolyse à laquelle j'ai eu recours déjà un grand nombre de fois au Brésil, depuis deux ans, j'ai pratiqué, hier mardi, cette opération sur deux de ses malades. Mais, avant de donner leur observation, voici comment je procède.

Le malade étant couché, je me place à sa gauche et fais pénétrer d'abord l'extrémité filiforme de mon uréthro-électrolyseur dans le canal de l'urèthre, puis j'introduis doucement le reste de l'instrument jusqu'à ce que je sente que la lame de platine est arrêtée par le rétrécissement.

A ce moment, je mets l'urèthro-électrolyseur en communication avec le pôle négatif d'une pile à courant continu. Aussitôt après je place, à la partie supérieure de la cuisse du malade, une plaque de zinc recouverte de peau de chamois mouillée et en communication avec le pôle positif. Tout étant ainsi préparé, j'établis le courant, et tenant de la main gauche le pénis du malade, je maintiens, par une légère pression de la pulpe du doigt, l'électrolyseur contre le point rétréci.

On aperçoit de petites bulles de gaz qui éclatent au méat urinaire, et une ou deux gouttes de liquide trouble, ce qui indique la bonne marche de l'opération.

Au bout de trois minutes, en général, l'obstacle est franchi et la lame de platine pénètre dans la vessie; je la retire aussitôt et j'introduis une bougie n° 20.

Voici maintenant l'observation de ces deux malades :

I. Le nommé D... (Jean-Baptiste), mécanicien, âgé de soixante-trois ans, est entré le 23 janvier dernier, à l'Hôtel-Dieu, dans un service de médecine, pour une affection médicale, puis le 26 avril il est passé dans le service de M. le professeur Richet, salle Saint-Jean, n° 4.

Il est atteint de rétrécissement de l'urèthre. Il y a neuf ans environ qu'il a commencé à uriner avec difficulté. Les progrès du mal ont été lents, mais continus. Aujourd'hui, le malade urine pour ainsi dire goutte à goutte, rarement à petit jet.

La sonde à boule exploratrice de 1 millim. 1/2 permet de constater la présence de deux obstacles, l'un à 12 centimètres du méat, l'autre à 13 environ.

Il existe un troisième point rétréci, un peu moins étroit que les deux précédents.

Il s'agit donc d'un rétrécissement multiple.

Les envies d'uriner sont fréquentes; le malade a uriné dix fois depuis hier soir cinq heures, jusqu'à ce matin huit heures. L'urine est ammoniacale et trouble, ce qui dénote l'altération de la muqueuse en arrière du point rétréci, urèthre et vessie.

Le 26 avril au soir, on a passé une sonde filiforme et une petite bougie exploratrice à boule, une seule fois, il n'y a pas eu une goutte de sang. Le malade a eu la fièvre pendant toute la nuit et, le lendemain matin à huit heures, il avait 120 pulsations et 39 degrés de température.

Ce malade n'a subi aucun traitement antérieur.

Il a été opéré par moi, hier matin, avec mon uréthro-électrolyseur; la douleur, au point où le pôle positif est placé sur la cuisse, a été fort minime, l'opération a duré deux minutes et demie; immédiatement après j'ai pu passer, sans difficulté, une bougie en gomme élastique n° 18.

II. M... (Jean), cordonnier, âgé de soixante-six ans. Sa mère est morte à soixante-quinze ans, son père à quatre-vingt-huit ans et demi, de vieillesse, un de ses frères a succombé à une affection de poitrine à vingt-huit ans; enfin, il a une sœur âgée de soixante-dix ans qui vit encore.

Renseignements peu précis sur la cause de la maladie actuelle, mais il est probable qu'il s'agit d'un rétrécissement de nature blennorrhagique.

Il y a cinq ans, le malade a eu des difficultés d'uriner, le jet était fin et l'urine sortait souvent goutte à goutte. Il urinait de quart d'heure en quart d'heure. L'urine était trouble et ammoniacale et elle déposait.

Deux mois après, des accès de fièvre intermittente vinrent compliquer cet état. Les accès étaient nocturnes et ils se manifestèrent pendant trois ou quatre semaines.

Premier traitement. — Le malade alla à l'hôpital Tenon où il fut traité par M. le docteur Delens. Il y resta six semaines. Il fut traité, dit-il, par des sondes et, selon les renseignements peu précis que donne le malade, il paraîtrait qu'on lui a pratiqué l'opération de l'uréthrotomie.

Le malade sortit de l'hôpital et ne se sonda pas. Il se maintint dans un état satisfaisant pendant deux ans et demi. Au bout de ce temps, les symptômes du rétrécissement se manifestèrent de nouveau de la même manière que la première fois, des accès de fièvre intermittente survinrent également. Il se présenta au même hôpital, où il fut traité par M. Gillette.

Deuxième traitement. — M. Gillette le dilata avec des bougies en gutta-percha et, en trois semaines, il parvint à introduire le n° 16 ou 17, au dire du malade. On introduisait une bougie tous les matins et on la retirait aussitôt. On lava aussi la vessie et le malade sortit, après trois semaines de séjour à l'hôpital, le 8 avril 1886.

Il s'est bien porté jusqu'au milieu de mars 1888. Il y a eu alors une deuxième récidive. La difficulté d'uriner est survenue d'abord, il y avait quelques indices de fièvre le soir, vers onze heures, mais, depuis huit jours, il y a de vrais accès fébriles tous les soirs entre dix et onze heures.

Le 26 avril, à quatre heures du soir, j'examine le canal. La bougie à boule la plus fine permet de constater la présence de trois points fortement étroits à onze ou douze centimètres du canal, mais un quatrième rétrécissement ne peut être franchi. J'ai essayé à plusieurs reprises et pendant une heure. La bougie filiforme la plus fine n'a pu pénétrer dans la vessie. Il n'y a pas eu une goutte de sang.

A la fin de ces cathétérismes répétés, le malade a été pris de frisson, je l'ai fait coucher.

27 avril. Le frisson a été suivi de chaleur et de sueur; il a cessé vers onze heures. Puis, le malade a dormi plus ou moins bien. Ce matin, on constate que son urine est fortement ammoniacale.

Après quelques tentatives, je finis par faire pénétrer une bougie capillaire extrêmement fine que j'ai laissée à demeure.

Ce malade a été opéré hier, de la même façon que celui qui fait le sujet de l'observation I; l'opération a duré six minutes et demie. Le malade s'est plaint à plusieurs reprises de ressentir d'assez vives douleurs, non seulement dans la cuisse droite au niveau du pôle positif, mais encore dans le canal de l'urèthre. Le rétrécissement a été détruit et l'instrument a pu pénétrer dans la vessie comme chez le précédent malade. Par contre, l'introduction d'une bougie en gutta-percha un peu volumineuse n'a pas été possible.

Si j'ajoute ces deux nouvelles observations à celles que j'ai déjà publiées, je crois pouvoir émettre les conclusions suivantes:

Dans le traitement chirurgical des rétrécissements de l'urèthre, l'électrolyse doit être préférée à l'uréthrotomie et à la dilatation qu'elle rend inutile.

Pratiquée même avec l'uréthrotome de Maisonneuve, le plus usité aujourd'hui, l'uréthrotomie est une opération dangereuse pouvant donner lieu à des accidents mortels.

L'électrolyse doit remplacer l'uréthrotomie.

Si elle n'a pas reçu l'accueil qu'elle méritait dans le traitement des rétrécissements, c'est que les premiers chirurgiens qui s'en sont occupés se sont servis d'instruments défectueux.

Les électrolyseurs linéaires, construits sur le modèle de l'uréthrotome de Maisonneuve, sont les instruments qu'on doit préférer, parce qu'il est admis en principe qu'il suffit d'ouvrir les rétrécissements sur un point de leur circonférence.

Un électrolyseur, formé de trois pièces comme l'uréthrotome de Maisonneuve, paraissait devoir donner les plus beaux succès; mais il résulte de nombreuses observations que cet instrument n'était pas irréprochable, puisqu'il ne pouvait agir qu'après une dilatation préalable du canal.

Notre uréthro-électrolyseur, fait d'une seule pièce, n'a jamais donné lieu à aucun accident.

Il opère sans dilatation préalable, ni autre traitement, sans douleur, et dans un laps de temps qui dépasse rarement cinq minutes.

C'est une longue bougie de 2 millimètres d'épaisseur terminée par une extrémité filiforme. Dans sa première moitié, elle est parcourue, au centre, par un mince fil métallique, qui conduit le courant jusqu'à une lame de platine triangulaire non tranchante qui émerge de l'instrument.

L'ensemble de l'instrument représente une cravache en miniature portant une lame métallique vers le milieu. On peut s'en rendre compte en examinant le dessin ci-joint.

Avec l'uréthro-électrolyseur, on peut opérer séance tenante les rétrécissements les plus étroits. Il n'y a jamais d'hémorrhagie, et jamais d'accidents consécutifs.

L'opération des rétrécissements par l'uréthro-électrolyseur ne nécessite aucun traitement immédiat et le malade peut vaquer à ses occupations.

L'avenir se prononcera sur la question de récidive, rare après l'électrolyse, presque fatale après l'uréthrotomie et la dilatation.

L'électrolyseur ne produit ni une cautérisation véritable, ni une absorption, ni une section, il décompose chimiquement les tissus en leurs éléments primitifs, et les détruit, comme on peut s'en assurer *de visu* et *de auditu*, expérimentalement.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er mai 1888. — Présidence de M. Hérard.

CORRESPONDANCE

La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre du ministre de l'instruction publique demandant à l'Académie, au sujet de la réglementation du service pharmaceutique à domicile, comment doivent être interprétés les termes : *Remèdes magistraux* et *Remèdes officinaux*;

2° Une lettre du ministre des affaires étrangères, accompagnant l'envoi du tableau graphique des maladies et de la mortalité dans les établissements de l'Ephorie, en Roumanie, pour l'année 1886.

La correspondance manuscrite renferme :

1° Un rapport sur les vaccinations faites dans le IVe arrondissement de Paris, pendant l'année 1887, par M. le docteur Commenge;

2° Une étude sur la statistique médicale du 9e corps d'armée, pendant les années 1884-85-86, par M. le docteur Delamarre, médecin-major de deuxième classe.

LECTURES

Étude sur l'état physique, intellectuel et moral des détenus ayant subi l'emprisonnement cellulaire dans les établissements pénitentiaires de Belgique, pendant plus de dix années. — M. Auguste Voisin lit sur ce sujet un long mémoire qui peut se résumer ainsi.

Les préventions contre le régime de l'emprisonnement cellulaire cesseront du jour où l'on appliquera en France le régime belge, hollandais et suisse, c'est-à-dire dans des conditions telles qu'il n'inflige pas aux détenus l'isolement absolu et leur étroite claustration entre les quatre murs de leur cellule; ce régime, en effet, empêche d'une façon radicale toute promiscuité et toute communication entre les co-détenus.

Il résulte des observations que l'auteur a recueillies dans les prisons cellulaires de Belgique que ce régime réduit la mortalité au minimum et qu'il ne provoque pas davantage l'aliénation mentale et les idées de suicide qu'un autre mode d'emprisonnement.

La morbidité elle-même, notée pendant les périodes décennales de 1861 à 1870 et de 1871 à 1880, n'a été que de 1,41 p. 100 dans les maisons cellulaires, tandis qu'elle a monté à 3,35 p. 100 dans les prisons communes.

La France qui, la première, avait connu et appliqué le système de l'emprisonnement individuel, s'en est tenue malheureusement à des essais incomplets. Des prisons cellulaires ont été construites, il est vrai, mais la méthode n'y a pas été appliquée dans toute sa rigueur, et Mazas lui-même, qui fut tout d'abord un modèle, est un lieu de promiscuité incessante entre les détenus.

M. Voisin fait remarquer, en terminant, que l'intérêt des détenus est de demeurer en cellule pour obtenir une diminution de leur peine, car la loi belge a établi une réduction pour cette catégorie de détenus subissant leur temps en cellule.

Diméthyloxyquinizine, analgésine. — M. Bourgoin fait connaître la décision qui vient d'être prise par l'administration de l'Assistance publique et qui se rapporte à une question posée incidemment par M. Robin.

L'administration a pour principe de fabriquer ses médicaments ou de les mettre en adjudication. Elle n'a pu le faire jusqu'ici pour la diméthyloxyquinizine, l'antipyrine des Allemands, ce médicament ayant été l'objet d'un monopole injustifiable.

Soucieuse de sauvegarder ses intérêts et pour éviter toute contestation, l'administration de l'Assistance publique a décidé, sur la proposition de M. Bourgoin, que ce médicament serait maintenant délivré dans les hôpitaux de Paris sous le nom d'*analgésine*. La chose en vaut la peine, car pendant le premier trimestre de 1888 la dépense a été, dans les hôpitaux, de 116 kilog., soit une dépense d'une soixantaine de mille francs, en admettant que le débit reste le même pendant les trois derniers trimestres de cette année.

Mais même à un point de vue plus scientifique, on a prétendu, à l'origine, que la diméthyloxyquinizine était un succédané du sulfate de quinine; cette prétention n'a pas été justifiée par les faits, et la meilleure preuve en est dans la dépense en sulfate de quinine dans les hôpitaux qui est exactement la même aujourd'hui qu'autrefois. La dénomination d'*antipyrine* ne convient donc pas à la diméthyloxyquinizine. Au contraire, on s'accorde généralement pour considérer ce médicament comme efficace contre la *douleur*. S'il en est ainsi, le nom d'*analgésine* lui convient parfaitement.

Il est à désirer que cette nouvelle dénomination soit admise sans contestation par le corps médical. Les Français pourront alors fabriquer de l'analgésine et l'administration de l'Assistance publique pourra la mettre en adjudication comme elle le fait pour les autres produits chimiques et pharmaceutiques. De plus, lorsqu'un produit est spécialisé ou monopolisé, on est obligé de l'accepter les yeux fermés, tout examen étant impossible ou illusoire; or, il arrive que l'on a parfois entre les mains de l'antipyrine jaunissant promptement à l'air et répandant l'odeur désagréable de la benzine.

ÉLECTION

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de physique et chimie médicales.

Le nombre des votants étant 72, majorité 37 ;

M. A. d'Arsonval obtient. . . . . . 51 voix (élu).
M. Quinquaud . . . . 16 —
M. Riban . . . . 3 —
M. Hardy. . . . . 1 —

Il y a un bulletin blanc.

PRÉSENTATION

M. RICHET présente un travail de M. le docteur J.-A. Fort sur le traitement des rétrécissements de l'urèthre par l'électrolyse. (Voir plus haut, page 480.)

COMMUNICATIONS

Du diabète sucré avec altération du pancréas. — M. LANCEREAUX lit un mémoire dont voici les conclusions :

Le diabète sucré, tel qu'il est compris aujourd'hui, n'est pas une maladie univoque ; cette dénomination sert à désigner des formes morbides diverses.

Parmi ces formes, il en est une qui, par son début brusque, ses manifestations symptomatiques accentuées, son évolution rapide et, avant tout, par la maigreur qu'elle détermine et la lésion pancréatique qui l'accompagne, constitue un type nettement défini, c'est le type que nous désignons sous le nom de *diabète maigre* ou *diabète pancréatique*, et qui se trouve particulièrement visé dans ce travail.

A côté de ce type, il en est un autre, non moins distinct, beaucoup plus commun que le précédent, celui-ci essentiellement héréditaire, qui se manifeste tout d'abord par un embonpoint persistant et n'est généralement pas accompagné de lésions pancréatiques. Ses symptômes sont beaucoup moins accusés que ceux du diabète maigre, sa marche est lente, sa durée indéterminée ; c'est un syndrome s'ajoutant à d'autres états pathologiques, et, la plupart du temps, à des manifestations articulaires chroniques. Nous l'appelons *diabète gras* ou *diabète constitutionnel*.

Un troisième type se montre parfois à la suite d'un ébranlement du système nerveux, d'un traumatisme ou d'une vive commotion cérébrale ; il est purement accidentel et se distingue par des symptômes relativement légers, par une évolution et une durée très variables ; puis, par une certaine tendance à la guérison. Ce *diabète traumatique* ou *nerveux* est la forme la moins grave de celles que nous avons signalées ici, sans avoir la prétention de les indiquer toutes.

Hyperchlorhydrie et atonie de l'estomac. — M. GERMAIN SÉE fait une communication sur ce sujet. (Sera publiée.)

COMITÉ SECRET

M. LABOULBÈNE donne lecture de son rapport sur les titres des candidats à une place de correspondant national dans la première division. Ces candidats sont classés dans l'ordre suivant :

En première ligne, M. Mordret (du Mans) ; en deuxième ligne, M. Morache (de Bordeaux) ; en troisième ligne, *ex æquo*, et par ordre alphabétique, MM. Chédevergne (de Poitiers), Paul Fabre (de Commentry), Niepce (d'Allevard) et Pierret (de Lyon).

L'élection aura lieu dans la prochaine séance.

La séance est levée à cinq heures un quart.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 avril 1888. — Présidence de M. SIREDEY.

COMMUNICATIONS

Hémiathéthose sans paralysie, ni anesthésie, ni atrophie. — M. RENAULT communique l'observation d'une jeune fille de seize ans, sans antécédents de famille particuliers, si ce n'est que deux de ses frères sont morts en bas âge de méningite. A quatre ans, elle a été atteinte de fièvre typhoïde. Au quinzième jour de cette maladie, sans attaque convulsive préalable, elle a été atteinte d'hémiplégie gauche. Cette hémiplégie disparut après trois semaines, mais apparurent alors du même côté les mouvements bizarres qui existent aujourd'hui. Voici ce que l'on constate actuellement chez cette malade : Rien d'anomal à la face. La main gauche est agitée de mouvements variés qui s'exécutent avec lenteur. Ces mouvements débutent par la flexion forcée de l'indicateur gauche, suivie de celle des autres doigts. Puis la main s'étend ou se fléchit sous l'avant-bras par un mouvement de détente brusque. Habituellement aussi, il y a flexion de l'avant-bras sur le bras. Tous ces mouvements sont accompagnés d'un certain degré de contracture. La main est souvent violacée, plus froide que celle du côté opposé. Les diverses espèces de sensibilité sont intactes. L'atrophie est presque nulle et ne saurait être appréciée à simple vue. Au pied, les mouvements spasmodiques sont moins étendus qu'à la main. Ce qui frappe surtout, c'est l'extension forcée du gros orteil, en même temps que les autres orteils s'infléchissent sur la face plantaire et que le pied est légèrement en varus. Il n'y a aucun trouble de la sensibilité ; les réflexes rotuliens sont conservés. Il n'y a pas trace d'atrophie. Le pied gauche est plus froid que le droit. La marche est facile. L'état général est excellent ; il n'y a pas le moindre signe d'hystérie.

Ce fait, ajoute M. Renault, rentre dans la classe des hémiplégies spasmodiques infantiles récemment décrites par M. Marie. Cette jeune fille a sans doute été atteinte, dans le cours de sa fièvre typhoïde, d'une encéphalite partielle, point de départ de ses troubles. Il s'agit donc là d'une athétose vraie et non pas de simples mouvements athétosiques. Quant à la localisation de la lésion, en raison de l'absence de l'anesthésie, il est probable qu'elle se trouve au niveau du noyau intra-ventriculaire du corps strié.

Abcès tuberculeux. — M. BUCQUOY présente un malade qui a déjà été présenté par M. Barié, et qui était atteint de nombreux abcès ayant été reconnus d'origine tuberculeuse. Ce malade, qui présentait en outre des lésions pulmonaires de même nature, avait été traité par des injections sous-cutanées de vaseline iodoformée et des injections d'éther iodoformé dans les abcès. L'état restant stationnaire, M. Bucquoy continua à traiter les abcès par les injections d'éther iodoformé et remplaça les injections sous-cutanées de vaseline iodoformée par l'huile de foie de morue à l'intérieur. Depuis, les abcès sont entrés en voie de résorption, l'état général s'est considérablement amélioré, l'embonpoint et l'appétit sont revenus et les signes locaux sont très notablement modifiés.

Anévrysme de l'artère crurale ; méthode de Baccelli. — M. BUCQUOY communique l'observation et présente les pièces anatomiques provenant d'une femme de trente-trois ans, qui était atteinte d'un anévrysme de l'artère crurale. Elle venait d'accoucher de son quatrième enfant, l'accouchement avait été normal. Cinq semaines après, la marche était devenue impossible et elle souffrait horriblement de toute la jambe droite. Au niveau du pli de l'aine on constatait une tumeur pulsatile du volume d'une pomme d'api. Cette tumeur présentait tous les caractères d'un anévrysme. Les douleurs étaient extrêmement vives dans tout le membre inférieur. L'examen du cœur révélait un rétrécissement et une insuffisance aortiques. Cette malade fut montrée à M. Tillaux qui ne fut pas d'avis d'intervenir chirurgicalement. M. Bucquoy eut recours à l'électropuncture. Les séances d'électropuncture furent chaque fois mal supportées. Il fallut y renoncer. Il eut recours alors à la méthode de Moore qui consiste à introduire un corps étranger dans la tumeur, deux tentatives furent faites inutilement. Il remplaça alors le procédé de Moore par celui de Baccelli consistant à introduire un ressort de montre. Les résultats ont paru favorables ; les douleurs et les battements diminuèrent. Une seconde application ne put réussir. Un jour, elle fut

prise d'hémiplégie droite et d'aphasie. Après avoir été mieux pendant quelque temps, elle recommença à se cachectiser. Elle fut prise d'une attaque d'éclampsie à la suite de laquelle elle succomba.

A l'autopsie, on trouva le cœur hypertrophié; l'orifice aortique présentait une altération profonde des valvules sigmoïdes qui étaient le siège de nombreuses végétations variqueuses. L'aorte était ténue, mince. La tumeur anévrysmale avait le volume d'un gros œuf de pigeon. Une extrémité du ressort dépassait les parois. Ce ressort s'était rompu spontanément dans la poche anévrysmale; dans l'intérieur de cette poche, il y avait peu de caillots. On trouva des infarctus dans le cerveau, les reins, le foie.

Tubage du larynx dans le croup. — M. D'HEILLY fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, page 479.)

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 25 avril 1888, est nommé chevalier de la légion d'honneur : M. Pitres, doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux.

— Par décret, en date du 29 avril 1888, a été promu dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Brossier, aide-médecin, docteur en médecine.

— Par décision ministérielle, en date du 30 avril 1888, M. Cardot, médecin aide-major de deuxième classe au 60e d'infanterie, a été désigné pour le 40e de même arme.

— Le sujet de la composition écrite donnée aux candidats du concours pour la nomination à trois places de médecin du Bureau central a été : « Étude anatomique, physiologique et séméiologique des tremblements. » Les deux autres questions restées dans l'urne étaient : 1° Des néphrites toxiques ; 2° Des dégénérescences amyloïdes.

— Les membres du jury définitif du concours pour la nomination à deux places de chirurgien du Bureau central, qui s'ouvre vendredi prochain à midi, sont MM. Benjamin Anger, Després, Lannelongue, Le Fort, Marc Sée, Trélat, chirurgiens; et M. Gouraud, médecin.

— M. le professeur Charles Rouget commencera son cours de physiologie générale, le jeudi 3 mai 1888, à quatre heures et demie, dans l'amphithéâtre d'anatomie comparée du Muséum, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 53. — SAMEDI 5 MAI 1888. 61e ANNÉE. SAMEDI 5 MAI 1888. — N° 53.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

De la fièvre traumatique.

Par M. le docteur F. VERCHÈRE, ancien chef de clinique chirurgicale.

SOMMAIRE

La fièvre qui survient après un traumatisme est-elle une fièvre traumatique? — Définitions des auteurs. — Division de l'ancienne fièvre traumatique en sous-divisions. — Des diverses fièvres qui peuvent se produire chez les blessés.
Fièvre traumatique. — Historique.
Description de la fièvre traumatique proprement dite. — Des circonstances où elle se produit. — Différences de la fièvre d'inoculation et de la fièvre traumatique proprement dite.
Quelle est la nature de la fièvre traumatique? — Deux théories : théorie physiologique et théorie septique. — Des différents poisons existant au niveau des traumas suivant l'époque où on les examine. — Chaque poison cause de la fièvre. — Quand le poison apparaît et qu'il est résorbé, il donne lieu au mouvement fébrile, d'où différentes époques d'apparition de la fièvre après le trauma.
De l'idéal en chirurgie.
Diagnostic de la fièvre traumatique avec la fièvre d'inoculation, la fièvre de la septicémie, de la pyohémie, les fièvres épitraumatiques dues à une complication locale, à une complication générale, à une maladie intercurrente.
Considérations thérapeutiques.

I

On a appelé fièvre traumatique, la fièvre qui survient après un traumatisme, et pendant longtemps cette chronologie a seule suffi pour désigner la fièvre dont nous allons nous occuper. Actuellement que les auteurs ont mieux étudié ses caractères, ses variétés, il n'est plus possible de confondre sous un même nom toute fièvre qui peut survenir après un traumatisme.

La fièvre traumatique, dont voici la définition d'après M. Lucas-Championnière, est un mouvement fébrile qui, à la suite d'un traumatisme, apparaît dans les trois ou quatre premiers jours et coïncide avec le début des phénomènes de réparation de la plaie. Suivant M. Terrier, elle constitue un accident presque fatal des plaies et nous verrons tout à l'heure pourquoi ces auteurs ne font pas rentrer l'élément septicité dans leur définition.

En somme, la caractéristique de la fièvre traumatique est son apparition au troisième ou au quatrième jour après l'accident ou l'intervention chirurgicale. Mais cette fièvre traumatique type peut ne pas toujours se présenter avec ce caractère spécial, et, dans certaines conditions, elle peut survenir dès le soir même de l'accident, dès le soir même de l'opération. C'est à cette variété de fièvre traumatique que M. le professeur Verneuil et ses élèves, MM. G. Maunoury et Jeannel, ont donné le nom de fièvre d'inoculation. Nous reviendrons sur les conditions dans lesquelles se montrent ces fièvres immédiates.

C'est donc en dehors de toute complication du côté de la plaie ou du côté de l'organisme, qu'apparaît cette fièvre traumatique simple ou d'inoculation, et nous la distinguons ainsi de tous les *accidents fébriles* qui peuvent se montrer au cours de la réparation d'une lésion traumatique. C'est actuellement tout ce que nous voulons faire ressortir, plus tard nous reviendrons sur cette distinction que nous appuierons sur des preuves tenant à la symptomatologie, à la pathogénie, à la nature même de la fièvre.

II

La fièvre traumatique a été entrevue par les anciens. Hippocrate, Celse pour l'antiquité, Guy de Chauliac (1360), Ambroise Paré, Paracelse, etc., la connaissaient et, comme disait l'un d'eux : « Le ciel la donne. » Ils considéraient qu'elle était nécessaire à la cicatrisation des plaies, et que le mouvement fébrile annonçait la modification de l'organisme *en travail* pour réparer ses lésions. J.-L. Petit et Heister partageaient encore en partie une telle opinion et la désignaient sous le nom de *fièvre vulnéraire*.

C'est en 1793 qu'Hévin, dans un mémoire fort bien fait, décrit la fièvre traumatique et la septicémie. Il parle de la *fièvre inflammatoire*, qu'il distingue de la fièvre par corps étrangers et de la fièvre par intoxication des blessés. Hunter, plus tard, l'appelle *fièvre sympathique*. Puis apparaît Bérard (1) qui la décrit magistralement sous le nom de *fièvre inflammatoire* que nous voyons conservé par Nélaton dans sa pathologie et par les auteurs du *Compendium de chirurgie*.

Ce n'est que de 1860, que date la nouvelle description de

(1) Bérard. *Dictionnaire* en 30 volumes.

la fièvre traumatique telle qu'on la connaît encore actuellement. Otto Weber et Billroth, s'appuyant sur les expériences de Gaspard et de Magendie, attribuèrent la fièvre traumatique à la résorption du pus et des substances déposées à la surface des plaies. C'est de cette époque que date la théorie septicémique. Nous devons cependant rappeler qu'en 1855, Gosselin avait déjà émis les premières hypothèses à cet égard, dans son mémoire sur les fractures en V.

En 1866, Maisonneuve faisait rentrer dans les effets de l'intoxication chirurgicale la fièvre traumatique, la septicémie, l'infection purulente, l'érysipèle et la phlébite. Cette date est importante et il est difficile de ne pas rendre hommage à Maisonneuve, auquel on a depuis emprunté, sans le citer autant qu'il serait juste de le faire.

Billroth, dans sa dernière édition, revient sur cette question et admet d'une façon exacte les idées de Maisonneuve. « En considérant les rapports intimes qui, d'après notre opinion, existent entre la fièvre traumatique, la septicémie et la pyohémie, nous ne croyons encore devoir faire qu'un seul chapitre de traitement commun à toutes ces variétés.

Dans ces cas... la fièvre pyohémique succède à la fièvre traumatique ou à la fièvre secondaire, et ces deux dernières sont considérées par certains auteurs comme les stades prodromiques de la pyohémie. Il est tout aussi difficile de déterminer le moment exact où le malade devient pyohémique, qu'il est malaisé d'indiquer la transition de la fièvre traumatique primitive à la septicémie. Il n'est guère possible de dénommer chacune des distinctions qu'on observe entre la septicémie, l'infection purulente, les processus métastatiques diffus, etc., etc. »

La théorie septicémique fut dès lors acceptée et Holmes la défend en 1869 en Angleterre. M. Verneuil, la même année, communique des expériences qui la confirment. Puis en 1871, apparaît la célèbre discussion à l'Académie de médecine, discussion à laquelle prirent part MM. Chauffard, J. Guérin, Alph. Guérin, Bouillaud, Bouley, Gosselin, Verneuil.

Mais de nouvelles divisions devaient bientôt surgir.

Tout en acceptant la théorie septicémique comme la plus probable et exacte dans le plus grand nombre des cas, quelques auteurs présentèrent des faits dans lesquels elle se trouvait en défaut. Il devenait dès lors nécessaire de distinguer diverses fièvres traumatiques d'après leur époque d'apparition, d'après le traumatisme qui les avait déterminées; différentes dénominations se firent jour et peu s'en fallut que la discussion ne surgît de nouveau.

La thèse de M. Lucas-Championnière en 1872, la thèse de M. Famechon en 1876 sur la fièvre traumatique après les fractures simples, puis celle de M. Maunoury en 1877, étudièrent ces différentes variétés.

Volkmann, en 1877, distingue la fièvre septique de la fièvre aseptique; enfin tous ces travaux sont résumés, analysés, dans les mémoires de M. Jeannel, de M. Chauvel, dans les travaux de M. Verneuil sur les fièvres épitraumatiques, dans le livre de pathologie générale de M. Terrier.

III

Au point de vue clinique, on peut diviser la fièvre traumatique en deux variétés : la fièvre traumatique proprement dite et la fièvre d'inoculation. Nous allons voir quelles sont leurs différences.

La fièvre traumatique proprement dite se montre, comme son nom l'indique, à la suite d'un traumatisme.

Le blessé ou l'opéré n'avait présenté aucun changement dans son état général immédiatement après son opération; mais le troisième jour, rarement le second, plus rarement encore le quatrième, il se plaint d'un léger malaise, un peu de courbature, de fatigue. Parfois il existe une céphalalgie pénible, un léger degré d'excitation; dans quelques cas rares un peu de délire. Très exceptionnellement un petit frisson. La peau est chaude, sèche, le malade a quelques horripilations, la langue est blanche. L'appétit disparaît; à l'inappétence se joint une constipation persistant depuis le moment de l'accident, phénomène qui avait entraîné Bégin, de l'École de Broussais, à donner à la fièvre traumatique le nom de gastro-entérite; les urines sont chargées, rares, oligurie des opérés (Nepveu). Enfin, le pouls est fréquent, plein; la respiration accélérée. Tous ces phénomènes sont plus ou moins marqués suivant les sujets, dans quelques cas paraissant sérieux, accentués, dans d'autres au contraire à peine sensibles. Dans ce dernier cas, le thermomètre seul indique la modification survenue dans l'état général. La température, qui le soir, le lendemain et le surlendemain de l'opération, était restée normale, oscillant entre 37 degrés et 37°5, monte subitement le troisième jour à 38 degrés, 38°5, quelquefois 39 degrés, puis oscille à cette hauteur de 38 à 39 degrés, de 37°5 à 38°5 pendant sept à huit jours. L'état général reste ainsi sans aggravation, mais aussi sans amélioration. Celle-ci ne survient que lorsque le thermomètre est descendu à la normale. C'est le septième et le huitième jours que le degré normal doit être atteint; sinon on devra craindre une complication. La température, restant élevée après huit jours, indique qu'on n'a plus affaire à la fièvre traumatique simple, mais qu'il faut redouter une transformation de l'état du patient, ou une complication plus grave.

La fièvre traumatique n'est pas grave par elle-même et nous avons vu les anciens la considérer comme une nécessité heureuse de la guérison. Ainsi que je l'ai dit, le thermomètre seul indique parfois sa présence.

Pour certains auteurs (Billroth, Wunderlich), l'intensité de la fièvre traumatique serait en rapport avec l'étendue du trauma; pour M. Lucas-Championnière la nature de la blessure jouerait un rôle plus important à cet égard, c'est ainsi qu'elle serait pour ainsi dire inévitable après les plaies par armes à feu. Nous verrons que cette manière de voir serait plus en rapport avec les théories actuelles.

Si la température ne dépasse pas 38 degrés, Volkmann considère la fièvre comme aseptique, et, pour cet auteur, si elle atteint 39 degrés, elle devient fièvre septique et se rapproche des accidents septicémiques proprement dits. Ces distinctions de nature, d'après le degré de l'état fébrile, semblent difficiles à admettre et paraissent bien théoriques.

Enfin l'état antérieur des blessés peut jouer un rôle sur l'évolution de la fièvre traumatique; c'est ainsi que chez les alcooliques elle pourra durer plus longtemps, s'accompagner de phénomènes plus sérieux, d'excitation, de délire, etc.

D'une façon générale la fièvre traumatique survient après tout traumatisme, que celui-ci soit un trauma opératoire, incision, extirpation de tumeur, etc., ou un trauma accidentel, plaies par instruments tranchants, plaies contuses, fracture ouverte, etc. Mais, et c'est sur ce point qu'a insisté M. Famechon dans sa thèse, elle peut se produire aussi après une lésion sans plaie des téguments. C'est ainsi qu'on

l'a vue se produire à la suite des fractures fermées simples ou dans les fractures en V de Gosselin. Ces derniers faits ont été souvent cités et ont été donnés comme des arguments contre la théorie septicémique. S'il y a foyer ouvert, si la plaie s'est réunie par première intention, on constate souvent un gonflement de ses bords, mais c'est surtout au début de l'établissement des phénomènes de réparation des plaies qui entrent en suppuration lors de l'exhalation séro-sanguinolente, que la fièvre traumatique apparaît. Il semblait difficile de concilier ces diverses conditions d'apparition, néanmoins nous verrons qu'il est possible de l'expliquer par une même théorie.

Il est une autre variété de fièvre traumatique que nous devons maintenant examiner, que nous avons déjà signalée et qu'il nous faut décrire. Elle a été bien étudiée par M. Maunoury, élève de M. Verneuil, sous le nom de fièvre d'inoculation, dont nous rapprochons une autre variété (qui n'en est pas une à proprement parler) qu'a décrite M. Jeannel sous le nom de fièvre cavitaire.

Ces deux fièvres sont caractérisées par les mêmes symptômes: la rapidité d'apparition par rapport au trauma, l'intensité moyenne analogue, la même durée de quelques jours sans grande réaction sur l'état général.

Au point de vue de leur influence sur l'organisme, elle est identique à celle que nous avons rencontrée dans l'étude de la fièvre traumatique proprement dite. Même élévation de température 38°5, 39 degrés, mêmes troubles gastriques, même état de malaise, mais une différence très marquée les distingue. Nous avons vu la fièvre traumatique n'apparaître que le troisième jour; dans la fièvre d'inoculation comme dans la fièvre cavitaire, la température monte brusquement le soir même de l'intervention, le soir même de l'accident. Puis le lendemain, le surlendemain, progressivement, la température retombe à la normale, et tout rentre dans l'ordre, à moins qu'il ne survienne une complication nouvelle.

Les conditions dans lesquelles apparaissent la fièvre d'inoculation et la fièvre cavitaire sont identiques au point de vue pathogénique. Au point même où se fait le trauma chirurgical ou accidentel, existe un élément septique, un poison quelconque, lequel se trouve placé soit sur une surface bourgeonnante (fistule), soit en contact avec une muqueuse (cavité buccale), surfaces non absorbantes, qui arrêtent le virus et font qu'il ne peut s'inoculer, ou pénétrer dans la circulation. Mais le chirurgien, par son intervention, détruit cette muqueuse, avec l'instrument tranchant ouvre les vaisseaux, met en contact avec ce liquide septique le tissu cellulaire : dès lors, va se faire une véritable inoculation. Le poison entre *immédiatement* dans le torrent circulatoire, de là *instantanément* une réaction se produit, et se traduit dès le soir même par l'élévation brusque de la température. La fièvre n'a pas attendu pour se montrer deux ou trois jours, le poison était préparé, son introduction a été immédiate, la réaction de l'organisme subite. Nous verrons comment on doit rapprocher cette fièvre de la fièvre traumatique proprement dite et qu'il n'y a entre elles qu'une différence chronologique.

IV

Nous allons arriver maintenant à la partie la plus controversée de notre sujet, celle qui pendant longtemps a divisé les chirurgiens, je veux parler de la nature de la fièvre traumatique.

Sans refaire tout l'historique auquel nous nous sommes déjà livré, il faut néanmoins voir par quelle suite d'interprétations ont passé les chirurgiens.

Nous ne parlerons que pour mémoire des opinions anciennes, alors que la doctrine humorale jouissait de la grande faveur, que Broussais faisait école et que Bégin en faisait une gastro-entérite.

Nous ne parlerons pas davantage de ce que les anciens, jusqu'en 1871, appelaient les fièvres inflammatoires. Cette opinion émise par MM. Fournier et Valdy dans le *Dictionnaire* en 60 volumes, puis admise par Bérard dans le *Compendium* et Bouillaud dans la discussion à l'Académie de médecine, était analogue à celle que défendait encore Chauffard en 1871, qui en faisait une réaction se produisant dans l'économie pour aboutir à la réparation. Il trouvait des rapports de date entre la fièvre traumatique et la guérison des plaies largement ouvertes, pour lui il y avait coïncidence entre l'état fébrile et l'apparition des bourgeons charnus et par suite le début de la cicatrisation.

Mais j'arrive aux théories modernes et, sans prendre fait et cause pour l'une ou l'autre, je me contenterai de les exposer complètement et, autant qu'il me sera possible, clairement.

Deux théories sont en présence, la théorie nerveuse et la théorie septicémique.

La première théorie ne regarde la fièvre traumatique que comme un *phénomène nerveux réactionnel*. C'est l'opinion soutenue par M. Lucas-Championnière et, sinon admise, tout au moins défendue par M. Terrier.

On peut faire rentrer dans cette théorie la fièvre aseptique de Volkmann, mais nous avons vu combien était incertaine, pour l'auteur lui-même, cette fièvre spéciale.

La deuxième théorie, celle qui semble réunir le plus de suffrages, est celle qui regarde *toute fièvre traumatique comme produite par l'introduction dans l'organisme d'un élément étranger, pyrogène.* Je m'expliquerai tout à l'heure sur ce terme vague.

La fièvre a été considérée par les médecins comme un phénomène de nature réflexe (Hoffmann, Stahl, Cullen), opinion adoptée par Lobstein, Claude Bernard et M. Lereboullet.

J. Hunter considère la fièvre comme un phénomène d'ordre sympathique et Lister admet encore qu'elle est due à une irritation des nerfs de la plaie par les produits septiques, opinion mixte.

C'est une expérience de Claude Bernard qui a servi de base à cette théorie. Il enfonce un clou dans le pied d'un cheval et la fièvre traumatique apparaît. Mais s'il coupe les nerfs qui se distribuent à la région avant de produire le traumatisme, il peut impunément blesser la région sans qu'il se produise de fièvre. Cette expérience fut répétée par nombre d'auteurs, mais tous n'obtinrent pas les mêmes résultats. Brever et Chroback, après avoir sectionné les nerfs et les artères du membre d'un chien, firent une plaie articulaire et virent se produire la fièvre traumatique comme si le membre était intact. A cette expérience on peut objecter (Terrier) que, malgré la section actérielle qui était destinée à couper jusqu'aux filets vaso-moteurs, des communications nerveuses avec les centres étaient encore restées intactes.

Claude Bernard, pour expliquer les résultats de son expérience, admit qu'il s'agissait d'un réflexe des nerfs sensibles vaso-moteurs et caloriques, ayant pour effet de supprimer l'action modératrice du grand sympathique.

Vulpian (leçons sur l'appareil vaso-moteur) alla plus loin et pensa que la lésion traumatique, réagissant sur les centres nerveux, ne produit pas seulement les troubles vaso-moteurs, mais détermine par leur intermédiaire des troubles trophiques.

A ces notions il faut ajouter celles des physiologistes qui ont voulu démontrer l'existence des centres générateurs de la chaleur.

En 1855, Schiff admet un centre vaso-moteur situé dans la moelle allongée, M. Brown-Séquard, il est vrai, en 1858, le nie ainsi que Vulpian.

Tcheschichin, en 1866, a supposé qu'il existait, dans l'axe cérébro-spinal, un centre générateur de la chaleur placé à la jonction du bulbe et de la protubérance.

Owsjannikow et, en 1873, Ditman crurent trouver des centres vaso-moteurs entre les tubercules quadrijumeaux, au niveau du bec de calamus ; mais ces centres furent aussi battus en brèche par Vulpian. Il est certain que, si l'existence de ces centres était démontrée, leur influence jouerait un grand rôle dans la production de la fièvre. En effet, il faut faire entrer en ligne de compte les faits que j'ai déjà signalés, où la fièvre traumatique apparaît sans qu'il y ait eu de foyer ouvert: les lésions sous-cutanées, telles que les fractures en V de Gosselin, les fractures simples suivies de fièvre traumatique étudiées par Famechon. Les faits où il a été impossible qu'il entrât un élément étranger septique comme les cautérisations de la peau et des muqueuses par le fer rouge, déterminent un foyer traumatique virtuel où tout est clos, vaisseaux sanguins ou lymphatiques. Enfin, dans le même ordre de plaies, on peut noter les cas de réunion par première intention parfaite, complète, et malgré cela l'apparition de la fièvre traumatique.

Ce sont ces cas qui ont amené MM. Lucas-Championnière et Terrier à ne voir autre chose dans la fièvre traumatique qu'un résultat de phénomènes essentiellement nerveux. La fièvre traumatique tiendrait à l'excitation des centres nerveux encore mal déterminés, soit dans un point localisé, soit, comme le veut Vulpian, dans des points échelonnés tout le long de la moelle.

On ne peut nier que les arguments, que nous avons présentés, d'après ces maîtres, n'aient une grande valeur en faveur de cette théorie : mais les partisans de la théorie septicémique ont cherché à répondre et ont été amenés ainsi à étendre pour ainsi dire le domaine des matières septiques.

La fièvre traumatique ne serait pas due, comme on l'a dit dès l'apparition de la théorie, à un élément étranger pénétrant dans l'organisme, un microbe; mais (d'une façon plus vague) *toujours et sans exception à un phénomène de résorption*, c'est-à-dire *à l'introduction d'un élément pyrogène*. Je vais m'expliquer.

Les Allemands revendiquent, et jusqu'à un certain point ils ont cherché à faire leur cette théorie, cette notion de la fièvre traumatique. Disons pourtant qu'en 1825, 1827 et dans deux ou trois autres articles publiés dans le *Journal de Magendie*, Gaspard, modeste praticien de Saint-Étienne, fit ses expériences, reprises et vérifiées depuis par Magendie, par lesquelles il démontra les phénomènes graves survenant à la suite de l'introduction dans l'organisme de produits en décomposition, septiques; n'oublions pas qu'Andral avait émis une idée analogue à propos de l'intoxication de l'économie par l'absorption des produits inflammatoires des tissus. Enfin ce n'est qu'en 1860 qu'Otto Weber et Billroth étudièrent les causes de septicémie due à la plaie, ou, pour mieux dire, au traumatisme lui-même.

Dans l'exposition de cette théorie difficile et discutée, je vais chercher à être clair. Prenant chacune des sous-divisions de la fièvre traumatique, je vais chercher à montrer comment on peut expliquer son apparition par une inoculation ou une absorption au niveau du traumatisme. C'est, en somme, l'opinion de Billroth, que je vais exposer en y ajoutant, dans certaines conditions, les opinions de MM. Verneuil, Maunoury et Jeannel.

Gaspard, Magendie, Otto Weber et Billroth constatent que toute introduction de liquide exsudé par une plaie, dans les veines ou dans le tissu cellulaire sous-cutané d'un animal, détermine de la fièvre, légère si la sécrétion primitive n'est pas décomposée, plus intense s'il y a décomposition putride.

Or, voyons notre premier cas : le malade a une plaie largement ouverte, traitée non antiseptiquement ou insuffisamment, puisque l'on ne peut que très imparfaitement maintenir une plaie, constamment ouverte, antiseptique.

L'exsudation primitive se fait, mais elle ne sera pas résorbée, elle va s'écouler, imbiber les pièces de pansement. Elle n'a pas de tendance à être résorbée, il n'y a ni compression, ni effraction. La température est restée normale. Mais au bout de deux ou trois jours, cette exsudation primitive se modifie, des produits de décomposition s'y ajoutent, on arrive au moment de la suppuration, à la fièvre de suppuration, comme disaient nos ancêtres. Dès lors les produits exsudés à la surface seront plus putrides, plus virulents, et la moindre absorption donnera lieu à l'élévation de température, à la fièvre traumatique du troisième jour.

Et je trouve un argument en faveur de cette opinion dans certains faits pendant lesquels ne s'est pas produite la fièvre traumatique. C'est que cette décomposition n'eut pas lieu, c'est qu'il n'y eut pas, à la surface de la plaie, production d'éléments pyrogènes, que la résorption qui se fit au niveau de la plaie n'était pas septique. C'est ce que nous voyons se passer dans le cas de plaies pansées avec le pansement antiseptique ouvert, qui permet un écoulement constant, facile, des liquides exsudés par les plaies, qui ne laisse à aucun moment stagner ces liquides, qui permet aux antiseptiques de pénétrer la plaie, et de laver complètement ses anfractuosités, enfin dans lequel aucune compression sur les liquides accumulés ne les aide à être absorbés.

Mais ici il nous faut ouvrir une parenthèse et nous demander quel est ce poison qui se produit dans les liquides exsudés de la plaie.

Nous savons que le résultat immédiat de toute blessure est l'écoulement d'un liquide sanguin et parenchymateux, de lymphe échappée des lymphatiques, peut-être du tissu cellulaire. Ce liquide est constitué par un sérum rougeâtre, qui doit être considéré comme un mélange de plasma sanguin transsudé et de liquide parenchymateux, où se trouvent des globules rouges et des globules blancs.

Cette exsudation se fait dans les cas où on obtient la réunion par première intention; si elle est trop abondante, elle l'entrave ; modérée, elle la laisse se produire; nous verrons dans un instant l'importance de ce fait.

Il est démontré que cette exsudation, que ce liquide résorbé est pyrogène; mais laquelle de ses parties possède cette action ? On a accusé la leucine, élément normal de la lymphe. Actuellement, l'opinion dominante attribue l'activité pyrogène de la sécrétion primitive, et par conséquent du

sang et de la lymphe extravasée, surtout à une matière trouvée par A. Schmidt, et qu'il a nommée le *fibrin ferment*, dont la propriété serait de faire coaguler le sang. Il ne se trouve pas en liberté dans le sang en circulation, mais il se forme dans le sang stagnant et extravasé. On le retrouve dans la thrombose et l'embolie. C'est à ce produit que la résorption de la sécrétion primitive non décomposée, non inflammatoire, quoique n'exerçant jamais un préjudice sérieux sur l'organisme, doit de produire une élévation thermique notable.

Mais ce produit, peu dangereux, va se modifier, s'il survient des phénomènes inflammatoires dans la plaie. Il s'y mêle des produits septiques non semblables au plasma. Si cette sécrétion est résorbée (et elle n'existe qu'au bout de quelques jours), si elle ne peut s'écouler au dehors, s'il survient des phénomènes de rétention, on verra survenir une élévation thermique qui sera d'autant plus considérable que la quantité de substance pyrogène sera plus grande.

Allons plus loin, admettons qu'il se produit du côté de la plaie des produits de putréfaction, sous l'influence d'une température favorable, d'une certaine humidité, et qu'il y ait contact avec l'air atmosphérique, qu'il s'y ajoute des micro-organismes spéciaux, et nous verrons alors cette fièvre traumatique bénigne, légère, devenir la septicémie ou l'infection purulente.

Mais n'oublions pas, et ici j'insiste pour mettre d'accord entre elles les différentes théories, que pour que la septicémie se produise avec tous ses caractères prévus, pour que l'infection purulente apparaisse avec tout son cortège symptomatique caractéristique, il faut l'appoint d'éléments nouveaux, nécessaires et suffisants, comme on dit en mathématiques.

Nous voilà en apparence loin de notre point de départ, mais cette digression était nécessaire, et si nous nous résumons nous allons pouvoir établir, d'après toutes les théories de Billroth, de Weber, de Bergmann, de Schmidt, etc., une sorte de schéma des divers poisons, admis comme causant la septicémie, mot pris dans son acception la plus étendue.

Dès les premières heures qui suivent une plaie, se fait l'écoulement de lymphe plastique des auteurs, la sécrétion primitive de Billroth, sécrétion normale, contenant le *fibrin ferment* de Schmidt, élément pyrogène dont la résorption donne une élévation de température légère. Que cette lymphe soit modifiée, décomposée, et on a une résorption légèrement septique. Enfin, qu'il s'y introduise des micro-organismes pour lesquels elle est un excellent milieu de culture, et apparaît la fièvre de suppuration, la fièvre septique, pouvant rester légère, mais aussi pouvant devenir peu à peu le poison violent qui cause la septicémie aiguë, l'infection purulente, etc.

Reprenons les diverses conditions dans lesquelles peut se présenter une blessure accidentelle ou chirurgicale.

Elles sont au nombre de trois.

On peut avoir affaire à une blessure ouverte ; à une blessure fermée (sous-cutanée ou aseptique, sous-phéniquée) ; enfin, à une blessure d'un foyer pathologique ou d'une cavité.

Or, nous avons vu que chaque fois qu'il se faisait une résorption au niveau de la plaie, apparaissait une élévation de température, s'accompagnant d'un état général plus ou moins fébrile, tous phénomènes constituant la fièvre traumatique. Nous avons noté les différentes époques d'apparition de cette fièvre traumatique. Les différents éléments d'absorption formés au niveau de la plaie vont nous rendre compte de ces différences.

Lorsque chez un individu sain la blessure est largement ouverte, l'exsudation plastique du premier et du second jour s'écoulant facilement, sans rétention, sans tendance à être résorbée, étant par elle-même peu virulente, ne donne lieu à aucun mouvement fébrile, ce n'est qu'au troisième ou au quatrième jour, alors que surviennent les produits de décomposition de cette lymphe plastique, que la tendance à la suppuration s'accentue, que l'on voit la résorption se faire et, par suite, la température s'élever. On a la fièvre traumatique vraie, durant tant que la surface de la plaie ne s'est pas recouverte d'une couche protectrice, tant que les bourgeons charnus ne sont pas venus opposer une barrière infranchissable à l'entrée du poison.

Et ce qui prouve bien la vérité de cette théorie, c'est que lorsque l'on vient à blesser un point de cette membrane granuleuse, c'est-à-dire à ouvrir un espace lymphatique, un vaisseau sanguin, *immédiatement*, et je souligne *immédiatement*, *l'inoculation* se fait ; dès le soir même se produit l'élévation de température. La plaie tout entière baigne dans le poison, dans un liquide septique, et les expériences de Billroth sont des plus concluantes à cet égard ; il injecta du pus phlegmoneux, de bonne nature, et il a pu produire ainsi expérimentalement une fièvre d'inoculation immédiate.

Il en résulte cette conséquence pratique, c'est que chaque fois que l'on blessera un foyer pathologique, c'est-à-dire que l'on détruira la surface bourgeonnante d'une plaie, qui par elle-même, par ses propres sécrétions, est virulente, on expose le malade à la fièvre traumatique immédiate, à ce que Maunoury a appelé et ce qu'ont admis MM. Verneuil, Billroth, Terrier, la fièvre d'inoculation.

Enfin, nous arrivons à examiner les cas les plus discutés et pour lesquels on a été amené à avoir recours à la théorie ancienne, je veux parler des blessures fermées. Les blessures fermées peuvent être fermées *naturellement* (contusions sous-cutanées, épanchements sanguins, fractures simples, etc.) ; ou *artificiellement* (recherche de la réunion par première intention avec méthode antiseptique, brûlures, cautérisations chimiques, eschares, etc.) Dans les deux cas les conditions sont les mêmes, je n'ai pas besoin d'insister.

Que se passe-t-il alors ? On a nié qu'il soit possible de trouver l'introduction de produits septiques, en particulier dans les plaies sous-cutanées. Dans le sens exact du mot, cela était vrai, mais nous ne devons pas oublier que les liquides normaux de l'organisme, mis dans des conditions particulières, peuvent donner naissance à un produit *pyrogène*. C'est le *fibrin ferment* de Schmidt. Or, dans toute blessure fermée, il se fait un épanchement de ce plasma sanguin, de cette lymphe plastique. Nous savons que les tissus ne restent pas indifférents vis-à-vis de ce liquide. Si cette sécrétion reste entre les lèvres de la plaie, ce qui est constant et forcé dans les plaies suturées, sans trouver d'issue au dehors, ou si la blessure n'a pas été compliquée d'une solution de continuité de la peau, il y aura nécessairement résorption par les vaisseaux sanguins ou lymphatiques.

Il peut arriver que cette exsudation soit assez abondante pour empêcher la réunion, et alors nous nous trouverons dans les mêmes conditions qu'une blessure ouverte, avec cet inconvénient en plus que le liquide va se trouver ren-

fermé, stagnant, comprimé par les lèvres de la plaie, retenu dans les parties profondes, d'où le danger plus grand de voir se transformer le liquide normal (pyrogène) en produit de décomposition (phlogogène), d'où les dangers inhérents à tout liquide retenu et enfin l'indication formelle de donner rapidement issue à ce liquide et à arrêter autant que possible la résorption.

V

L'idéal, et on l'obtient dans certains cas, c'est d'obtenir une *réunion par première intention réelle*, c'est-à-dire sans exsudation même du liquide. Les lèvres de la plaie qu'a faites le bistouri sont aussi exactement jointes que possible, et l'accolement immédiat est tel que l'exsudat n'a pas le temps de se faire.

Cet idéal, auquel on doit tendre, n'est pas constant, et il est encore fréquent de voir survenir la fièvre traumatique légère, bénigne, même après l'application la plus complète de la méthode antiseptique. C'est pour ces cas que Volkmann a créé le mot de « fièvre aseptique ». Dans les lésions sous-cutanées, n'est-il pas permis de croire qu'il en est de même ? Une contusion violente, une fracture se produit, entre les fragments, entre les tissus contus, déchirés, se fait un épanchement sanguin, un épanchement lymphatique, absolument analogue à celui que nous voyons se produire à la surface d'une plaie ouverte. « Or, toute résorption de liquide composé essentiellement de sang ou de lymphe extravasée fait naître la fièvre »; il n'y a donc rien d'étonnant que la résorption de cet épanchement, parfois considérable, donne lieu à une véritable fièvre traumatique, une fièvre traumatique aseptique, analogue à celle que l'on voit survenir dans les cas où l'antisepsie a été parfaite.

VI

Après avoir dit ce que l'on doit entendre par fièvre traumatique au point de vue de ses symptômes et de sa nature, il nous faut maintenant la distinguer des autres mouvements fébriles qui peuvent se produire chez un blessé; comment on peut la différencier de ce que M. Terrier a appelé, avec juste raison, les *fausses fièvres traumatiques*.

Nous devons retenir tout d'abord l'époque d'apparition de la fièvre traumatique; c'est immédiatement, le soir même du traumatisme, ou bien le deuxième ou le troisième jour après lui, que survient l'élévation de température. Aussi M. Maunoury l'a-t-il appelée avec juste raison, sans rien augurer de sa nature, « fièvre primitive des blessés ».

Lorsque l'élévation se fait brusque, soudaine, le premier soir, il n'y a qu'une complication qui puisse présenter la même allure rapide et due à une cause analogue, je ne dis pas *la même*, mais à une inoculation aussi. Nous avons dit que cette fièvre du premier soir n'apparaissait que quand on avait produit une inoculation directe au niveau même de la plaie, que l'on avait opéré dans un foyer pathologique, etc. Un autre poison peut aussi exister à ce niveau, et c'est M. Verneuil qui, dans une récente discussion à l'Académie de médecine, a cherché à mettre en relief cette possibilité d'une inoculation directe, immédiate. Je veux parler de l'inoculation de l'érysipèle que l'on a appelé, avec juste raison, l'érisypèle d'emblée. L'apparition de la rougeur, la marche de l'affection, le siège de l'intervention, qui prédispose plus ou moins à cette complication, permettront, avec la marche ultérieure de la complication, de reconnaître à quelle affection surajoutée on a affaire.

D'autres élévations de température peuvent survenir, et alors peuvent tenir soit à la blessure elle-même, soit à un état général plus ou moins grave du blessé.

Les complications au niveau de la blessure seront facilement reconnues, ce seront les lymphangites, les phlébites, les abcès, les rétentions de pus ou de liquide septique, les érysipèles; mais toutes ces complications ne se montrent que lorsque la fièvre traumatique a évolué. L'élévation de température dont on ne pourra trouver la cause au niveau de la blessure survenant presque toujours à une époque éloignée du trauma, n'aurait pas ce type caractéristique de la fièvre traumatique où l'élévation est progressive et se maintient moyenne, un jour ou deux, avant d'atteindre son *fastigium*. Ce sont presque toujours des élévations brusques, indiquant qu'une affection étrangère est venue en quelque sorte se greffer sur l'affection primitive. Ce ne sera plus une fièvre traumatique, mais elle rentrera dans la classe qu'a distinguée M. Verneuil sous le nom de classe des fièvres épitraumatiques. C'est dans cette classe encore que rentrent les affections intercurrentes, angines, pneumonies, herpès, rhumatisme aigu, goutte, fièvre intermittente, etc.

Enfin il faut tenir grand compte de la marche de la température dans la fièvre traumatique; celle-ci, rapidement ascendante dès le premier ou le deuxième jour qui suit le trauma, décroît au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures, dure parfois jusqu'au sixième ou septième jour, mais ne dépasse jamais le septième. Survient-il une nouvelle ascension, suivie d'une marche lente ou rapide s'accompagnant d'un état général plus ou moins grave; prend-elle une marche irrégulière avec grandes oscillations, il faut se défier, il faut craindre la septicémie, la pyohémie, le dernier terme, pour Billroth, de l'infection de l'organisme par les plaies.

VII

Les indications thérapeutiques données pour la fièvre traumatique sont nulles ou à peu près nulles; les symptômes qu'elle provoque, les phénomènes qu'elle détermine sont bénins, au point que certains auteurs l'ont même considérée comme une conséquence normale ou même salutaire de tout traumatisme.

Il suffira, dans la plupart des cas, de remédier à l'état gastrique par quelques laxatifs légers; puis, s'il survient de la céphalalgie, un peu de délire, on pourra administrer l'opium, le musc, l'alcool, à doses assez faibles. La soif sera calmée par de la glace, des boissons froides, etc.

Ce n'est pas, en effet, quand elle s'est produite qu'elle réclame l'attention du chirurgien. Pour être logique, si on admet la théorie septique de la fièvre traumatique, il faut, non pas la juguler quand elle existe, mais la prévenir.

Je n'irai pas jusqu'à dire qu'il faut éviter la réunion par première intention et se mettre dans les conditions d'une plaie ouverte, de façon à éviter l'élévation thermique du début, et aussi la minutie des précautions nécessaires, inéluctables, des lois de l'antisepsie. C'est s'exposer, si on n'a voulu prendre ces précautions, aux fièvres secondaires, retardées, aux fièvres de suppuration, inflammatoires, moins dangereuses que la fièvre traumatique du début, il est vrai, mais que l'on peut moins facilement éviter.

Le but de tout chirurgien doit être de se rapprocher de cet idéal duquel nous avons dit un mot. C'est dans l'antisepsie faite dans toute sa rigueur que l'on peut trouver le

salut. *La chirurgie sera antiseptique ou elle ne sera pas*, est un mot dont il faut se pénétrer et qu'il faut comprendre. Il n'y a pas de petites précautions, toutes ont leur valeur, et qnand le chirurgien voit le thermomètre monter dans l'aisselle de son malade, il doit en trouver la cause dans une faute qu'il aura commise de lèse-antisepsie. Il faut se le dire, se le répéter, s'en accuser; ne pas trouver cette faute et ne pas la prendre sur soi, c'est s'exposer à y retomber, c'est ne pas comprendre exactement ce que doit être la chirurgie moderne. Il est certain que je mets à part les faits de fièvre épitraumatique tenant à l'état général du sujet.

J'ajoute que, dans les cas où on devra opérer dans une cavité naturelle, dans un foyer pathologique, il faudra se mettre en garde contre toute inoculation directe, immédiate, et que le seul moyen, pour l'éviter, sera de faire une désinfection préalable, préopératoire, soignée, prolongée, du foyer opératoire. Grâce à ces précautions seules, on parviendra à éviter l'auto-inoculation immédiate. Soyons aseptiques, c'est plus sûr et moins difficile souvent que d'être antiseptiques.

HOPITAL SAINT-JOSEPH. — M. LE BEC.

Statistique pour l'année 1887.

Nous donnons, comme l'année dernière, la statistique de notre service. Bien que nous n'ayons encore que 26 lits, le service a été des plus actifs. Outre les petites opérations faites sur les malades qui ne restent pas à l'hôpital, nous avons traité 185 malades, qui se répartissent comme il suit :

Maladies du thorax et du sein.

1 anthrax du dos.
1 thoracoplastie. Fistule persistante, mort de cachexie après huit mois.
1 fracture de côtes.
1 mammite tuberculeuse double.
1 sarcome kystique du sein.
2 cancers du sein.
1 mammite kystique névralgique.
4 caries des côtes ou du sternum. Grattage.
1 plaie pénétrante par balle de révolver 7 millimètres.

Maladies du membre supérieur.

3 abcès froids des bras.
1 kyste séreux du doigt.
4 panaris.
2 fractures du radius.
1 plaie par écrasement de la main.
1 atrophie du deltoïde.
2 séquestres de l'humérus. Ablation.
2 résections orthopédiques du coude pour ankylose osseuse.
1 plaie du nerf médian. Suture.
1 kyste synovial du poignet. Ablation.

Maladies du membre inférieur.

4 abcès froids de la cuisse. Grattage.
1 abcès froid de la jambe. Grattage.
4 ongles incarnés.
1 pied-bot équin paralytique.
3 hydarthroses du genou.
2 déviations du gros orteil. Bourse séreuse enflammée. Exérèse du premier métatarsien.
1 ostéite du grand trochanter. Grattage.
1 hygroma pré-rotulien suppuré. Grattage.
1 phlegmon de la cuisse.
1 séquestre de toute la diaphyse du tibia.
3 ankyloses fibreuses du genou. Redressement.
1 gomme syphilitique de la cuisse.
7 ulcères de jambe.
1 abcès du pied. Gangrène par contusion.
2 arthrites du genou.
1 fracture de jambe.
1 kyste synovial du creux poplité. Compression.
1 myxome du creux poplité. Ablation.
1 kyste sébacé de la cuisse.
3 orteils en marteau. Résection cunéiforme.
1 arthrite sèche du genou.
1 gangrène diabétique du pied.
1 phlegmon de la cuisse.
1 amputation de cuisse. Ostéo-sarcome du fémur.
3 amputations de jambe.
1 ostéo-arthrite du pied.
1 ostéite tuberculeuse du premier métatarsien. Désarticulation.
1 séquestre du fémur.
1 ostéite du tibia.
1 périostite du fémur.
1 bubon suppuré.
2 résections de la hanche. 1 suivie de guérison. 1 mort d'épuisement.
1 arthrite du tarse.
1 plaie contuse du pied.

Maladies de la tête et du cou.

1 épithélioma de la face. Ablation.
2 ostéo-sarcomes du maxillaire supérieur. Ablation totale.
1 épulis ossifiant du maxillaire supérieur. Ablation.
4 plaies simples ou contuses de tête.
3 kystes dermoïdes du sourcil. 1 kyste huileux de la queue du sourcil.
2 abcès froids du cou. Curage.
1 kyste séreux du cou.
4 goîtres. Injection de teinture d'iode.
1 périostite du maxillaire.
7 loupes du crâne.
3 épithéliomas de la langue. Résection du maxillaire et du plancher de la bouche. 1 mort suite de trachéotomie préventive.
2 tumeurs adénoïdes du pharynx.
1 constriction des mâchoires.
1 lipome de l'épaule.
4 chalazions.
1 iritis.
4 rétrécissements des voies lacrymales.
1 sarcome du maxillaire inférieur.
1 sarcome du masséter.
1 épithélioma du nez.
1 lupus du nez.
3 kérato-conjonctivites.
1 hypertrophie du cartilage de la cloison du nez. Résection.

1 tumeur fibreuse de la joue.
1 staphylorrhaphie.

Maladies de l'abdomen et des organes génitaux.

5 rétrécissements de l'urèthre dilatés.
1 lumbago.
1 cancer du pylore. Gastrostomie, mort en quarante-huit heures d'épuisement.
2 colporrhaphies. Prolapsus de l'utérus.
3 fibromes de l'utérus. Ablation.
1 fibrome sous-péritonéal énorme.
1 ovarite.
1 phlegmon du ligament large.
3 hypertrophies du col de l'utérus. Ablation.
3 épithéliomas du col de l'utérus. Ablation.
1 hystérectomie vaginale. Mort par péritonite.
1 salpingite suppurée.
1 fistule uréthro-périnéale.
1 fistule recto-vaginale. Reste une fistulette filiforme.
1 testicule syphilitique.
1 testicule tuberculeux.
1 polype utérin muqueux.
1 phimosis.
1 corps étranger du vagin.
1 métrite.
1 calcul de l'urèthre.
3 cures radicales de hernie.
1 épithélioma du rectum. Ablation.
4 fistules anales.
1 fistule stercoro-purulente. Mort.
1 hématocèle suppurée. Drainage.
2 kystes hydatiques du foie : 1 laparotomie, mort ; 1 ponctionné.
1 sarcome de la paroi abdominale.
1 ostéo-sarcome du bassin.
1 hernie étranglée.
1 kyste de l'ovaire. Ovariotomie double.
1 kyste du ligament large. Guéri.
2 cancers colloïdes de l'ovaire. Ablation, 1 mort ; incision exploratrice, 1 guérison.
1 abcès tuberculeux de la fosse iliaque interne. Trépanation de l'os iliaque.
1 hémorrhoïde. Ablation.
2 épididymites blennorrhagiques.

Nous avons donc pratiqué environ 135 opérations, dont beaucoup de graves. Nous avons perdu les malades suivants :

1 épithélioma de la langue avec résection du maxillaire et trachéotomie, mort par accidents pulmonaires le neuvième jour ; 1 cas de gastrostomie pour cancer du pylore, épuisement, à l'autopsie pas de péritonite, l'estomac était bien fixé ; 1 hystérectomie vaginale, mort de péritonite causée par une salpingite suppurée méconnue ; 1 kyste hydatique du foie, péritonite ; 1 résection de la hanche pour coxalgie avec abcès du psoas et épuisement ; 1 immense abcès stercoro-purulent remplissant la fosse iliaque interne et remontant jusque devant le rein ; 1 amputé de jambe, guéri de l'opération, mort huit mois plus tard de méningite tuberculeuse ; 1 femme atteinte de cancer colloïde des ovaires avec masses gélatineuses vertes dans le péritoine.

HYPERCHLORHYDRIE ET ATONIE DE L'ESTOMAC

Par M. le professeur Germain Sée.

Dans un précédent travail, M. Germain Sée a démontré l'utilité de l'analyse chimique du suc gastrique pour le diagnostic des maladies de l'estomac. L'application de ce procédé, aidée d'ailleurs par des digestions artificielles, a donné des résultats remarquables. Les recherches qu'il a poursuivies dans ce sens (1), avec ses chefs de clinique, MM. A. Mathieu et R. Durand-Fardel, lui ont fait reconnaître qu'à côté de la dilatation stomacale qu'on croyait simple, il existe une atonie primitive associée à des troubles d'ordre chimique, consistant en une hyperchlorhydrie du suc gastrique.

Des observations minutieuses, dans lesquelles l'examen du suc gastrique a été fait à des périodes différentes de la digestion, montrent en effet que la plupart des dilatés ont un suc gastrique contenant une quantité d'acide chlorhydrique supérieure à la normale, ce sont des hyperchlorhydriques. Chez eux, la flatulence et la douleur se produisent surtout de trois à six heures après le repas et sont calmées par l'ingestion d'aliments. C'est surtout la nuit, entre minuit et deux heures, que ces phénomènes se produisent.

L'examen du suc gastrique, pratiqué à la fin de la digestion, montre que la proportion de l'acide chlorhydrique est alors de 2, 4 ou même 6 p. 1000, au lieu de 1,5 p. 1000 qui est la normale. Or, la présence de cet acide chlorhydrique en excès suffit pour expliquer tout l'appareil symptomatique observé : l'acide provoque le spasme du pylore, d'où rétention des aliments, dilatation consécutive et renvois acides. Pendant la nuit, la muqueuse gastrique est livrée sans défense à l'acide chlorhydrique qu'aucun aliment ne sature, qu'aucune boisson ne délaye. C'est dans ces conditions, chez ces malades, en vertu de ce pouvoir digestif excessif du suc gastrique, que se produit, sans doute, le plus souvent, l'ulcère rond dans lequel l'hyperchlorhydrie a été souvent relevée.

Cette affection que peut seul déceler l'examen chimique du suc gastrique, ne saurait être traitée de la même façon qu'une atonie pure et simple : la principale indication est de neutraliser cet acide chlorhydrique en excès, et cela au moment où il se forme le plus abondamment et où les malades commencent à souffrir. Ce but est atteint par l'alcalinothérapie, c'est-à-dire en faisant absorber au malade 6 à 10 grammes de bicarbonate de soude, cinq à six heures après le repas. Ce traitement néanmoins doit être surveillé avec soin, car son emploi immodéré peut arriver à supprimer la sécrétion normale du suc gastrique en altérant les glandes à pepsine.

Le lait lui-même, qui, donné à petites doses au moment des douleurs, peut rendre service, ne saurait être employé sous forme de régime exclusif sans de graves inconvénients.

Le régime, basé sur la digestion facile des albuminoïdes, devra reposer principalement sur la diète carnée, à l'exclusion des féculents et des légumes qui sont mal tolérés.

Les boissons chaudes théiques réveillent les contractions stomacales. Enfin les évacuants et le traitement général par l'hydrothérapie et le massage constituent des adjuvants nécessaires pour la curation de cette maladie singulière et si commune.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 mai 1888. — Présidence de M. Polaillon.

COMMUNICATIONS

Hernie du testicule. — M. **KIRMISSON** fait un rapport sur une communication de M. Auriol, relative à une hernie du testicule à travers une plaie du scrotum. M. Auriol, éprouvant quel-

(1) On trouvera les détails de la technique suivie dans les deux Revues générales de M. Albert Mathieu, *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 205 et 429.

ques difficultés à maintenir réduite cette hernie, fixa le testicule à l'aide d'une épingle rendue aussi aseptique que possible et ferma la plaie scrotale par une suture. Les suites de cette opération furent aussi satisfaisantes que possible.

Rupture traumatique de l'urèthre, taille hypogastrique, cathétérisme rétrograde. — M. KIRMISSON fait un second rapport sur un cas de rupture traumatique de l'urèthre, communiqué par M. Vigo (de Caen). Il s'agit d'un jeune homme de vingt-sept ans qui, ayant fait une chute de 3 mètres sur la hanche gauche, eut une rupture de l'urèthre. Il urina du sang et eut une ecchymose du scrotum. On mit une sonde à demeure, puis on passa successivement des bougies de plus en plus petites; il se produisit un rétrécissement extrême. L'accident avait eu lieu le 22 novembre 1884, et M. Vigo vit le blessé pour la première fois le 15 février suivant. Il n'urinait plus que par regorgement et le rétrécissement était devenu absolument infranchissable. Le 18 mars, il pratiqua, sans succès, une uréthrotomie externe. Il lui fut impossible de trouver le bout postérieur de l'urèthre. Une seconde tentative ne fut pas plus heureuse. Il se décida alors à pratiquer la taille hypogastrique. Il arriva facilement sur la vessie, la ponctionna et chercha le col sans pouvoir l'atteindre. Cela ne lui fut possible que quand il eut appliqué le ballon de Petersen. Il put alors placer, par la vessie, une sonde en caoutchouc rouge. Les suites de l'opération furent favorables. Dix-sept jours après, la sonde était enlevée et il n'y eut plus qu'à lutter contre le rétrécissement. On arriva assez rapidement à passer une sonde du n° 18. Un an après, le malade fut revu et il passait facilement une sonde du n° 20.

M. Kirmisson insiste sur les difficultés qu'éprouva M. Vigo à atteindre le col vésical après la taille hypogastrique. Il aurait pu s'éviter ces difficultés en plaçant d'abord le ballon de Petersen. Il ajoute que la conduite tenue par M. Vigo a été rationnelle, en ce sens qu'il n'a eu recours à la taille hypogastrique qu'après avoir essayé tous les autres moyens.

M. TILLAUX fait remarquer que c'est peut-être dangereux de se servir d'une sonde en caoutchouc rouge. Ce sont de mauvaises sondes à demeure qui peuvent se replier. Il faut bien se garder de laisser sortir cette sonde, c'est pourquoi il faut la fixer aux parois abdominales.

M. Tillaux ne s'explique pas la conduite de M. Auriol pour la hernie du testicule.

M. ANGER a vu récemment un malade qui avait une hernie des deux testicules avec perte de substance du scrotum. Il n'a pu réduire que le testicule gauche et a été obligé de faire la castration du testicule droit.

M. RECLUS a vu, à Bicêtre, un vieillard qui, dans une tentative de suicide, s'était ouvert le scrotum. Il lui a été extrêmement difficile de réduire le testicule. Par suite de la contraction du dartos, il se fait une congestion considérable de l'épididyme. C'est là la cause de l'obstacle à la réduction.

M. TERRIER ne saurait accepter la manière de voir de M. Anger et faire la castration d'un testicule dans les cas de hernie. On peut toujours disséquer et arriver à la réintégration du testicule en faisant une suture, si cela est nécessaire. Il ne faut pas craindre de faire de larges débridements si la plaie est insuffisante.

M. TILLAUX fait observer que les conditions dans lesquelles on intervient influent beaucoup sur la facilité à réduire. On sait que sous l'influence du froid, de l'émotion, le scrotum se rétracte. Il suffirait d'appliquer des compresses chaudes pour éviter cette rétraction.

M. ANGER répète qu'il lui a été impossible de réintégrer le testicule dans le scrotum. Dans ces conditions il n'y a pas autre chose à faire qu'à le sectionner.

M. RECLUS ne croit pas que l'explication donnée par M. Tillaux soit acceptable. Il croit bien plutôt qu'il s'agit de phénomènes inflammatoires du côté de l'épididyme.

M. TERRIER admet des influences multiples pour expliquer cette rétraction. Mais on peut attendre, si les débridements ne suffisent pas, en appliquant un pansement iodoformé sur le testicule hernié.

M. KIRMISSON fait observer que tous les chirurgiens sont d'accord pour admettre la difficulté de la réduction du testicule hernié. Aux causes déjà signalées, il faut en ajouter une autre, c'est le retournement comme un gant des enveloppes du testicule, qu'il faut repousser en réduisant. D'accord avec M. Terrier, M. Kirmisson n'admet pas qu'on soit obligé d'en venir à la castration.

Blessure grave de la paume de la main. — M. BOUSQUET communique l'observation d'un médecin-major qui se blessa la paume de la main en se servant d'une bouteille pour écraser de la gomme arabique. Ceci se passait à onze heures du soir, dans les plus mauvaises conditions d'outillage et d'éclairage. Le blessé avait perdu beaucoup de sang, la plaie était extrêmement profonde. L'hémostase était impossible. Il fallut faire la ligature de la radiale et de la cubitale. Restaient les tendons. M. Bousquet rechercha, en vain, le bout supérieur du tendon du fléchisseur du pouce. Il ne put davantage trouver le bout supérieur du tendon du fléchisseur de l'index.

Il pense qu'en pareil cas il faudrait ouvrir largement l'avant-bras, aller chercher le bout supérieur et l'attirer avec un fil jusqu'au bout inférieur. M. Bousquet sutura les bouts inférieurs dans la plaie. Les suites furent aussi bonnes que possible. Il n'y eut pas d'hémorrhagie secondaire, mais ce blessé restera estropié. Que peut-on faire plus tard?

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE croit qu'il est indispensable de rechercher ces tendons. Il regrette qu'on n'ait pas attendu au lendemain matin pour opérer. On aurait eu plus de chances de les retrouver en opérant au grand jour. Il est regrettable que M. Bousquet n'ait pas eu de bande d'Esmarck; celle-ci facilite singulièrement la recherche des tendons. En résumé, M. Lucas est d'avis qu'on doit opérer le plus tôt possible ce malade.

M. SCHWARTZ vit, trois semaines après l'accident, un blessé qui, dans une chute sur les mains, s'était manifestement déchiré les tendons des fléchisseurs profonds. Il y avait entre les deux bouts du tendon fléchisseur du pouce un écartement de 6 centimètres. Il fallut, pour réunir les tendons, mettre la main et le pouce dans la flexion forcée. Il s'était servi de la bande d'Esmarck. M. Schwartz a eu les plus grandes difficultés à trouver le bout supérieur. La réunion a parfaitement réussi.

M. BERGER dit qu'il y a grand avantage à faire cette réunion le plus tôt possible. Il cite un cas où il a eu un résultat défectueux parce qu'il s'était écoulé six mois entre l'accident et l'opération.

M. KIRMISSON dit que la bande d'Esmarck est très précieuse dans ces cas, non seulement parce qu'elle assure l'hémostase, mais aussi parce qu'elle exerce une sorte d'expression qui facilite la descente du bout supérieur.

PRÉSENTATION DE MALADES

Paralysie radiale par compression. — M. TERRILLON présente un malade qui, il y a deux mois, reçut une planche sur l'épaule. Il eut ensuite une douleur vive, puis constata un léger engourdissement dans les doigts. Cinq ou six semaines après l'accident, ce malade présentait tous les signes d'une paralysie radiale complète. M. Terrillon attribue cette paralysie à la compression du radial par la clavicule luxée.

M. DELENS a vu une paralysie semblable produite par un cal volumineux. Il a réséqué ce cal et la paralysie a complètement disparu.

M. TILLAUX, après avoir examiné le malade de M. Terrillon, pense qu'il s'agit d'une fracture, et que c'est le cal de cette fracture qui comprime le radial. Il est d'avis qu'il faut enlever ce cal.

M. MONOD partage cet avis et propose l'intervention.

Kyste congénital. — M. JALAGUIER communique une observation de kyste congénital de la région sous-maxillaire, chez un homme de soixante-douze ans. (Comm. : M. Nélaton.)

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Souvenirs d'Algérie (1879-1885) (1).

Par M. le docteur Badour, médecin principal.

LA PETITE BÊTE.

VII

Dans un tout autre genre avez-vous quelque goût pour le *ver rubané?* Je puis vous en offrir quelques échantillons.

En Algérie, nul intestin grêle n'est assuré contre ce parasite; c'est vous dire qu'il y est commun, quoiqu'on y use moins qu'ailleurs de l'espèce porcine, et même, en général, de toute viande crue, mais parce que toute graine s'y garde, étant donné le milieu sous ce rapport éminemment propice par la terre, par l'air, par l'incurie arabe. Tout reste sur le sol et tout y fructifie, dans ce pays où la vidange est nulle. Après l'homme, le chien sème partout le scolex tænigène, et les foies de lapin en sont souvent criblés. Dans ces conditions où ne risquez-vous pas d'en trouver et d'en prendre? En fait de vermine, c'est encore là une monnaie courante.

Une fois (comme dans les contes), une personne amie en expulsa sept mètres. Trois jours après, inquiétée par des borborygmes significatifs, auxquels, instruite, elle ne pouvait se méprendre, elle reprit remède, et presque aussitôt en rendit une longueur pareille. Il y en avait plein une large cuvette, à dégoûter des nouilles.

Une autre fois (la nature a de ces surprises!) quatre tænias que je vous garantis, ayant été témoin oculaire et manipulant, sortaient en un tube uniforme par où vous savez bien. Le patient avait de bonnes raisons de se défier de quelque hôte en question qui, certes, n'était pas étranger à son mal. Et il avait avalé de l'extrait de fougère.

O mirifique aventure! j'étais tranquille et ne songeais à rien, quand des pas haletants font irruption chez moi. « Venez vite, on se meurt. » J'accours, et qu'aperçois-je? Mon malade debout, agrippé à son lit, et sa femme accroupie, tenant un gros cordon qui déjà présentait plusieurs mètres de long. Immobile, apeurée, elle ne tirait plus, croyant à un détripaillement. On s'y serait trompé.

Les quatre têtes y étaient. Je les portai sur-le-champ à l'hôpital militaire, où je les montrai à tout le personnel.

VIII

Et ce n'est pas tout. Dans les agglomérations il y a les enfants, et les chats et les chiens : petit monde un peu plus gros que l'autre, aussi vif, plus bruyant et tout aussi gênant.

Les *enfants* sont innombrables. Les Français en ont beaucoup, les Maltais en ont énormément, et chez eux les familles ne sont pas rares où la mère continue à prêcher d'exemple vis-à-vis de ses filles. J'en sais une où la grand'mère, la fille et la petite-fille, semblaient s'être donné le mot pour accoucher ensemble. Quant aux polygames arabes, qui y regardent encore moins que les autres, ils en ont à foison.

Au moment des récréations, c'est par douzaines qu'on les compte à tous les coins de rue et sur les places publiques, jouant pêle-mêle, criant, vociférant. Naturellement, comme partout, c'est à la classe populaire, c'est-à-dire prolifique, qu'ils appartiennent surtout. Il en meurt tant d'ailleurs! Et tout ça grouille, nu-pieds, avec plus ou moins de mal dans les yeux et de poux dans la tête.

Et les *chats!* Ceux-ci sont à la nuit ce que ceux-là sont au jour, et le tapage des uns ne cesse que pour être remplacé par le tapage des autres. Le chat est maigre, long, efflanqué, généralement monté sur de très hautes pattes; il a le museau pointu, le poil court. Il y en a de toutes les nuances dans le genre fauve.

N'appartenant à personne, les chats s'installent partout où on les laisse faire; ils affectionnent, par conséquent, les intérieurs arabes. Les terrasses sont leur domaine habituel, quand ils ne courent pas la pretantaine. Dans ce cas, on en est tellement encombré qu'on ne voit que ça dehors, et qu'un soir j'en ai compté jusqu'à treize qui se chamaillaient devant la porte. Il faut les entendre alors pousser leurs vagissements insensés. Comme les trois quarts du temps on dort (?) les fenêtres ouvertes, jugez de l'agrément.

Autre misère! On ne peut faire un pas sans manquer de marcher sur les pattes d'un *chien*. Mais, de ce côté, ce n'est pas à l'Arabe qu'il faut en vouloir. L'Arabe de la ville n'en a pas, et il n'y en a à la campagne que pour la garde des gourbis et des troupeaux. C'est même un levrier gris-noir, très grand, dont l'abord n'est pas commode, ou encore une espèce tenant beaucoup du renard par l'aspect, et faisant un bruit du diable au clair de lune dans les douars.

Les chiens auxquels je fais allusion sont tout simplement nos chiens avec toutes leurs variétés, allant du petit épagneul et du roquet jusqu'au boule-dogue et au chien de chasse. Ce dernier est commun comme le pavé, parce qu'il est entendu que les Français sont tous chasseurs et que tous ont un chien ou des chiens.

J'en ai connu un qui en avait douze, et c'était le premier venu. Un autre, celui-là médecin militaire, avait refusé le poste de Bône, parce que, devenu chef réel, j'avais, entre autres mesures, désempesté les cours de l'hôpital de la race canine.

Quand ces animaux (*obscæni canes!*) prenaient leurs ébats par la ville, c'était à les tuer. Ils avaient des assemblées nocturnes qui, en de certains carrefours, faisaient un véritable enfer. Et les mesures les plus radicales arrivaient à peine à en restreindre le nombre. Tout se renouvelle si vite où rien n'arrête les ardeurs génésiques!

Pas n'est besoin d'ajouter que les chiens aident à la tuerie, vastement organisée, des belles créatures des champs : ce qui est autrement pitoyable.

IX

Et comme il vaut la peine de tout examiner dans ce pays dont l'air et le sol sont restés les mêmes au cours de l'histoire, malgré les vicissitudes les plus étranges; où rien ne change que par le fait de l'habitant industrieux ou apathique; et où, nous autres Français, hommes d'ordre, d'amour et de progrès, nous finirons par avoir une seconde France, je ne perdrai probablement pas mon temps à vous traduire, à propos de bêtes, la pensée d'un *roumi* qui, soyez-en certains, ne se paie pas de sentiments et, constatant un phénomène (pour mémoire, si vous voulez, et à titre de curiosité), vous dit :

Il n'y a pas que le *microbe* avec lequel il faille s'accommoder en Algérie, il y a aussi le *macrobe*. Et jamais terme fut-il mieux approprié qu'au sectateur de l'Islamisme, au fidèle croyant de la plus intolérante des religions, à l'être fanatique qui ne jure que par Mahomet, et que son fatalisme invétéré rend tellement indifférent à tout ce qui n'est pas les cinq prières ordonnées par le Coran qu'il faut le voir pour le croire?

Oui, l'Arabe est inaccessible aux idées modernes de science, de justice et de vérité. Aussi barbare, aussi réfractaire que jamais à la civilisation, il reste et restera toujours dans l'ornière, pour ne pas rompre avec la tradition.

Et les Arabophiles, qui ne connaissent l'Algérie que de nom, ou qui n'ont fait qu'y passer, en trouvant tout superbe, ou qui ne l'habitent qu'avec le ferme désir de ne pas y laisser leurs os, prétendent que rien n'est plus simple que de régler la question des rapports entre le colon et l'indigène, c'est-à-dire le Musulman! Il n'y a qu'à vivre côte à côte, à se faire des mamours réciproques et à laisser souffler le sirocco.

Viennent les jours d'épreuves et nous savons ce que nous réservent les nuages de poussière!

Eh bien! il est un fait certain, au point de vue historique, c'est qu'il y a des opinions qui ne périssent qu'avec les races qui les cultivent.

A une époque reculée et à travers des siècles d'occupation, alors

(1) Fin. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 464.

qu'Allah n'avait pas encore envoyé sur la terre le plus grand de ses prophètes, par conséquent dans des temps relativement plus faciles qu'à cette heure, les Romains avaient maté l'indigène, par la création de centres nombreux et populeux, ainsi que l'attestent mille ruines éparses. Leur expansion colossale dans cette contrée en avait fait le grenier de Rome, comme nous sommes en train d'en faire notre cave. Est-il nécessaire de rappeler que leurs dissensions et leur propre chute furent seules la cause de la destruction de cette œuvre immense et péniblement édifiée?

Venus sur leurs traces et mieux appris, nous ferons comme eux, nous édifierons et nous nous fixerons. Mais nous ferons plus qu'eux, en ce sens que, par une égale expansion, au lieu d'englober l'élément contraire, nous le refoulerons.

Et nous le refoulerons sans effort, ou plutôt il s'en ira tout seul, lentement et progressivement, se perdre dans les sables, uniquement par la force même des choses qui s'oppose absolument à la coexistence, sous le même ciel, de coutumes et de mœurs aussi dissemblables et aussi incompatibles que celles qui distinguent l'Européen et l'Arabe.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 2 mai 1888, a été promu dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Coppin, aide-médecin, docteur en médecine.

— Par arrêté ministériel, en date du 25 avril 1888, ont été nommés :

1° *Officiers de l'Instruction publique.* — MM. Jolyet et Vergely, professeurs à la Faculté mixte de médecine de Bordeaux ; Mandon, professeur d'hygiène et de thérapeutique à l'École de médecine de Limoges.

2° *Officiers d'Académie.* — M. Carles, agrégé, chargé d'un cours complémentaire de chimie à la Faculté mixte de médecine de Bordeaux.

— Par arrêté ministériel, en date du 3 mai 1888, la chaire de physiologie de la Faculté des sciences de Lyon est déclarée vacante.

— Un nouveau concours est ouvert entre les internes titulaires ou provisoires pour le prix biennal de 1000 francs, fondé par feu le docteur Civiale, à l'effet d'être décerné à l'élève qui aura présenté le travail jugé le meilleur sur les maladies des voies urinaires. Ce travail devra être déposé au secrétariat général de l'administration avant le 15 octobre 1888 au plus tard. Les élèves qui désireront concourir devront s'adresser, pour obtenir des renseignements, au secrétariat général.

— La Société de géographie de Paris a décerné aujourd'hui vendredi 4 mai 1888, dans sa séance générale annuelle, le prix Logerot (une médaille d'or), à M. le docteur René Verneau, préparateur au Muséum d'histoire naturelle, pour sa monographie sur les îles Canaries (1877-1887).

— Dimanche prochain, 6 mai 1888, M. Mulnier-Chalmas, sous-directeur du laboratoire de géologie de la Faculté des sciences de Paris, fera une excursion géologique à Meudon. Le rendez-vous est à 7 h. 45 min. du matin, à la gare Montparnasse.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de l'Ascension, le journal ne paraîtra pas jeudi.

HOPITAL NECKER. — M. Rendu.

Méningite gommeuse ou artérite cérébrale d'origine syphilitique.

Nous nous sommes arrêtés tout à l'heure, pendant la visite, assez longtemps auprès du malade couché dans le lit n° 5, de la salle Saint-Louis. Cet homme, comme je vous l'ai fait remarquer, est robuste, bien constitué; il est âgé de quarante ans, mais sa physionomie est à peu près immobile, son aspect est apathique, empreint d'une certaine tristesse, presque pleureur. De plus, il présente un certain degré d'aphasie, c'est-à-dire que tout en parlant un peu et se faisant assez bien comprendre, son débit est lent; il confond certains mots, il ne peut pas prononcer les consonnes explosives et articule mal certaines sifflantes. Enfin, il se fatigue très vite à parler et finit bientôt par ne plus pouvoir prononcer les mots. Bref, il s'agit d'une aphasie particulière, complexe, c'est-à-dire qui comporte à la fois un élément paralytique vrai de la langue et un élément matériel du côté du cerveau.

La paralysie de la langue nous est encore prouvée par la motilité embarrassée de cet organe, ainsi que par sa légère déviation à droite. Cependant cette glossoplégie incomplète est un élément secondaire dans son aphasie, car le malade, malgré la conservation à peu près entière de son intelligence, éprouve non seulement une véritable difficulté à trouver ses mots, mais encore il présente une lacune dans sa prononciation, c'est-à-dire que les mots qu'il prononce sont incomplets par absence de certaines syllabes.

D'où il suit que cet homme est aphasique et par son cerveau et par sa langue. Quant à son intelligence elle est à peu près normale, n'ayant subi qu'une légère diminution caractérisée par une sorte d'indifférence, d'apathie, pleurant volontiers, comme les individus atteints de ramollissement cérébral.

Mais si notre malade est un aphasique, il est de plus un paralytique, car lorsqu'on examine ses appareils moteurs on constate de la paralysie, au minimum, il est vrai, et caractérisée par une très légère parésie du facial inférieur, tandis que le facial supérieur est absolument indemne. En effet, la commissure labiale est un peu déviée et n'obéit pas aussi bien que celle du côté opposé aux mouvements volontaires, le malade ne peut pas siffler et la luette elle-même est aussi déviée à gauche. Par contre, les muscles qui sont dans la sphère du facial supérieur se contractent normalement, ce qui est un fait important à constater au point de vue du siège de la lésion dont nous nous occuperons tout à l'heure.

De plus, la paralysie est aussi caractérisée par une monoplégie du membre supérieur droit, monoplégie limitée à l'extrémité inférieure de ce membre et plus particulièrement au poignet et à la main, laissant entièrement libres, par conséquent, l'épaule, le bras et, en partie, l'avant-bras, dont les mouvements sont plutôt gênés que paralysés.

Tel est l'état actuel du malade, différent de ce qu'il était au début des accidents, en ce sens qu'à ce moment le membre inférieur droit était aussi en partie frappé d'une paralysie incomplète — le malade traînait la jambe — qui a disparu depuis lors, de même que l'aphasie et la monoplégie du membre supérieur ont diminué aussi depuis cette époque.

Mais à quelle lésion cérébrale devons-nous rattacher ces accidents? C'est ce que l'histoire de notre malade va nous apprendre. Cet homme était très bien portant, il y a cinq semaines, lorsqu'en rentrant le soir, comme d'habitude, de son travail, il fut pris brusquement d'un violent mal de tête auquel succéda une attaque apoplectiforme avec perte de connaissance. Quand on le releva il était hémiplégique du côté droit et aphasique, et l'on crut, à ce moment-là, ou à une apoplexie vulgaire, une hémorrhagie cérébrale, ou à une embolie cérébrale.

Chez lui, le début, l'ictus et l'évolution furent bien ceux de l'apoplexie, mais 99 fois sur 100, dans l'hémorrhagie cérébrale, il n'y a pas d'aphasie, à moins que la lésion ait frappé le corps strié ou une partie de l'insula, mais dans ce cas l'hémiplégie motrice est ordinairement considérable, ce qui n'a pas existé chez notre malade, et, de plus, l'intelligence est plus déprimée. Enfin, l'hémorrhagie cérébrale exige certaines prédispositions, telles que l'état athéromateux des artères, une lésion cardiaque, et surtout un état rénal, une néphrite interstitielle. Or, rien de tout cela ne se rencontre chez notre malade dont le cœur, les vaisseaux et les reins fonctionnent normalement.

S'agirait-il alors de quelque ramollissement cérébral par embolie et, vu l'aphasie et l'hémiplégie circonscrite, dans quelque branche de la sylvienne gauche? Mais il faudrait, pour cela, qu'il y eût chez notre malade quelque affection du cœur ou de l'aorte. Et nous n'en trouvons aucune trace. De plus, cet homme n'est pas un saturnin.

Mais si nous consultons ses antécédents nous apprenons qu'il a déjà eu, il y a deux ans, des accidents à peu près semblables à ceux dont il a été atteint au commencement du mois dernier, c'est-à-dire de troubles dans la circulation cérébrale, et que, depuis cette époque, tous les deux ou trois mois environ, il est pris subitement d'un mal de tête intense s'accompagnant de perte de connaissance durant de quelques minutes à une demi-heure.

Mais qu'est-ce donc que ces attaques avortées sans convulsions, qui sont comme la première étape de l'état actuel, si ce n'est des attaques apoplectiformes, congestives, comme on en observe dans certaines névroses (épilepsie, hystérie), de même que dans le cours de lésions cérébrales en foyer ou de néoplasies cérébrales. Serions-nous donc en présence de quelque épilepsie malgré l'absence de convulsions, en présence de cette forme d'épilepsie décrite par Trousseau et qui laisse à sa suite un certain degré de parésie? Je ne le crois pas, car dans ces cas-là on trouve toujours chez le malade un passé pathologique infantile (miction nocturne au lit, bizarreries de caractère, convulsions intenses à propos d'une dent, etc.), passé qui n'existe pas ici, pas plus que l'on ne trouve chez cet homme d'antécédents nerveux héréditaires.

Je repousse également l'hystérie dans laquelle prédominent généralement des troubles sensitifs, contrairement à ce qui se passe ici, où nous ne trouvons que des troubles moteurs.

Il nous reste donc deux hypothèses à examiner : 1° celle d'une congestion cérébrale, à répétition comme chez les alcooliques; et 2° celle d'une congestion cérébrale envisagée comme la première étape de la paralysie générale.

Chez les alcooliques, on observe souvent des poussées congestives du côté du cerveau, poussées passagères, jusqu'au jour où des accidents sérieux se déclarent; mais ces poussées succèdent généralement à quelque écart de régime, ou bien à des alternatives brusques de haute et de basse température.

Chez notre malade, rien de cela n'existe non plus, et c'est en rentrant de son travail que cet homme a été frappé chez lui. Enfin, il n'est pas un alcoolique.

Serions-nous donc alors en face d'une paralysie générale? La chose est plus plausible, quoique le diagnostic en soit plus difficile. Mais nous devrions trouver, antérieurement aux attaques congestives, une phase d'excitation cérébrale, ce qui n'existe pas davantage ici. J'ajoute, de plus, que les malades, atteints de paralysie générale au début, présentent des stigmates tels qu'un certain embarras de la parole, une lenteur spéciale, un bredouillement, de l'hésitation à parler, etc., tous phénomènes que nous ne rencontrons pas non plus ici. Enfin, au début aussi, on constate des pupilles inégalement dilatées, des rêvasseries, des incohérences d'idées, des alternatives de joie et de tristesse exagérées, un léger tremblement. Pour tous ces motifs, je suis donc obligé d'éliminer encore la paralysie générale. Du reste la durée des accidents dont le début remonte à deux ans, chez notre malade, devrait également, à elle seule, nous faire repousser ce diagnostic, car à pareille époque l'évolution du mal est déjà assez avancée, sauf quelques rares exceptions, pour que la mort survienne un an plus tard ou deux ans au plus.

Devrions-nous donc songer alors à quelque néoplasme, à quelque tumeur cérébrale? Pas davantage, car cet homme n'a jamais eu de vomissements, point d'accès épileptiformes, pas de convulsions partielles, antérieurement à sa paralysie et, de plus, les yeux sont parfaitement normaux.

Toutes ces hypothèses passées en revue et repoussées successivement, j'en arrive au diagnostic, par exclusion, de syphilis cérébrale. Dirigeant donc mon enquête de ce côté, j'ai appris que cet homme a eu, il y a vingt ans, un petit chancre induré pour lequel il a été soigné à l'hôpital du Midi, pendant un peu plus d'un mois. De cet accident, il n'a gardé aucune trace. Néanmoins, pour moi, il est véritablement l'origine des phénomènes cérébraux actuels. L'histoire de la syphilis ne peut que confirmer cette opinion; elle nous montre, en effet, que ce sont les syphilis anciennes les plus bénignes qui souvent deviennent l'origine, beaucoup plus tard, d'accidents cérébraux graves.

Mais si, en effet, il s'agit d'une lésion cérébrale syphilitique, quel est son siège, quelle est sa nature? De par l'aphasie et la parésie du facial inférieur, de par la paralysie circonscrite à l'extrémité inférieure du membre supérieur, il est certain qu'il s'agit d'une lésion corticale de la région motrice et, pour préciser davantage, du pied de la troisième circonvolution frontale gauche. Voilà pour le siège.

Quant à la nature? Il s'agit ou d'une gomme, ou bien d'une méningite gommeuse interstitielle, ou bien encore d'une artérite syphilitique cérébrale.

Une gomme est une lésion relativement rare, et, dans le cas particulier, elle me paraît peu probable, eu égard à la symptomatologie observée; c'est-à-dire la *non-continuité* des maux de tête, l'absence d'accidents d'épilepsie jacksonnienne, et le retour à la santé dans l'intervalle des crises auxquelles ce malade est sujet tous les deux ou trois mois.

La méningite gommeuse est la lésion la plus commune, d'après M. Lancereaux; elle intéresse à la fois la dure-mère, la pie-mère et l'arachnoïde, et la symptomatologie, à laquelle elle donne lieu, offre les plus grandes analogies avec celle de notre malade. Elle expliquerait assez bien l'état d'apathie, d'indifférence, de torpeur intellectuelles où cet homme se trouve. Cependant, je ne puis affirmer en toute certitude qu'il s'agit d'une méningite gommeuse.

Quant à l'artérite, elle est une affection très commune dans la syphilis, qu'elle frappe les petites ou les grandes artères cérébrales; elle donne lieu à des phénomènes localisés, comme ceux que nous observons ici. Il serait donc très possible, en définitive, que nous ayons affaire à quelque artérite ou péri-artérite siégeant dans une des branches de la sylvienne gauche, vu, je le répète, la localisation des accidents observés.

Bref, il ne m'est pas possible de trancher la question entre une méningite gommeuse et une artérite syphilitique.

Quoi qu'il en soit, le pronostic, quoique sérieux, est toutefois moins grave que s'il s'agissait d'une tumeur cérébrale. La syphilis peut donner lieu à des lésions irrémédiables mais non fatalement, et, en tous cas, si l'on ne peut guérir tous les malades atteints, nous pouvons cependant

espérer une amélioration sous l'influence du traitement spécifique.

Chez notre malade, nous avons prescrit 5 à 6 grammes d'iodure de potassium tous les jours, ainsi que, chaque jour également, des onctions mercurielles; enfin, un bain sulfureux tous les deux jours. Puis, afin de combattre l'intoxication mercurielle (salivation, chute des dents, etc.), nous lui ferons prendre un peu de chlorate de potasse.

Quant à l'électrisation, ce n'est que plus tard que nous y aurons recours, si la parésie persiste, afin d'éviter la dénutrition musculaire.

HOPITAL DU MIDI. — M. Charles Mauriac.

Syphilis tertiaire du poumon (1).

IV

Gomme. — Phénomènes plessimétriques et stéthoscopiques très circonscrits, démontrant d'une façon fort nette l'existence d'une caverne plus ou moins rapprochée de la paroi thoracique, et siégeant presque toujours, en avant ou en arrière, vers la région moyenne du poumon, surtout du poumon droit, ou dans les lobes inférieurs.

Ce ne sont pas seulement les signes physiques qui diffèrent dans les deux variétés de la syphilose pulmonaire. L'expectoration n'est pas la même. Ainsi, dans la sclérose, les crachats sont muqueux, muco-purulents ou purulents; mais on n'y découvre en général aucune particularité caractéristique. Il n'en est pas toujours ainsi lorsque la pneumosyphilose est constituée par des tumeurs ou des infiltrations gommeuses. On voit en effet quelquefois l'expectoration se modifier singulièrement à l'époque où la néoplasie se ramollit et est évacuée par les bronches. Les crachats deviennent tout à coup plus abondants, plus épais, plus chargés de matières organiques solides. Dans quelques cas ils contiennent des masses solides plus ou moins volumineuses qui ne ressemblent point à du mucus concrété, mais plutôt à des fragments du parenchyme pulmonaire détachés par le processus nécrobiotique. Cette idée que leur aspect suggère est confirmée par l'examen microscopique. On a trouvé que ces fragments, dont le volume atteint parfois celui d'un gros grain de raisin, étaient constitués par des fibres élastiques, par du tissu conjonctif de formation récente et par des alvéoles pulmonaires déformées et remplies de débris épithéliaux en dégénérescence granuleuse, etc. N'est-ce pas la preuve certaine qu'il existe une ulcération du poumon? Et quand on n'y découvre ni le bacille de la tuberculose, ni les cellules du cancer, à quelle affection autre que la syphilose gommeuse pourrait-on la rapporter ? En pareil cas, l'expectoration exhale souvent une mauvaise odeur qui va jusqu'à la fétidité gangreneuse. Le fait n'est pas commun, mais il importe de le noter, parce qu'il a été mentionné dans quelques observations. Il est même surprenant qu'il soit si rare, car un grand nombre des conditions qui le produisent se trouvent réunies : nécrobiose du parenchyme et contact de l'air avec les produits de la régression pulmonaire, stagnation des crachats dans les bronches dilatées ou dans les cavités gommeuses, etc.

Cette stagnation est bien réelle et elle se traduit quelquefois sous forme de *vomique*. Les mucosités purulentes, le pus, après s'être accumulés plus ou moins longtemps dans les cavités qui les sécrètent, sont évacués tout d'un coup, en masse, par des efforts d'expectoration. Il en résulte ordinairement un sentiment de bien-être et une diminution de la dyspnée. Ces crises se reproduisent à des intervalles plus ou moins considérables. Elles ont lieu aussi quand l'expectoration est principalement composée de fragments pulmonaires en nécrobiose.

État général. — Pour l'apprécier avec justesse, il faut tenir compte avant tout de la période des pneumosyphiloses et de leurs coïncidences spécifiques. S'ils s'étaient toujours placés à ce point de vue, les auteurs n'auraient pas émis sur ce sujet des opinions aussi divergentes. Quelques-uns tracent de la syphilose pulmonaire un tableau qui la rapproche tellement de la phthisie tuberculeuse vulgaire, qu'il est impossible de les distinguer l'une de l'autre par les traits généraux de leur physionomie. D'autres, et c'est le plus grand nombre, insistent au contraire sur l'intégrité presque absolue de la santé, alors même que les altérations pulmonaires sont très avancées. Bien qu'il y ait du vrai dans cette dernière manière de voir, elle est loin d'être justifiée par tous les faits, il s'en faut de beaucoup. Évidemment au début, les altérations restent latentes pendant une phase plus ou moins longue du processus, si elles sont bien limitées, de petit volume, et surtout si, n'irradiant autour d'elles ni hyperhémie, ni inflammation, ni hyperplasie diffuse, elles n'éveillent point la susceptibilité du tissu sain au milieu duquel elles se sont développées. Mais cet heureux *statu quo* ne peut pas durer indéfiniment. La tolérance des poumons a des limites, et l'équilibre précaire entre la santé et la maladie arrive tôt ou tard à être rompu au profit de cette dernière. L'événement se produit en général à l'époque où le ramollissement s'empare des gommes; et, lorsqu'il n'y a pas de gommes mais seulement de la sclérose, ce sont les fusées de pneumonie interstitielle, la multiplication des foyers de pneumonie catarrhale, l'extension du processus à la plèvre, les lésions des bronches, etc., qui produisent la cachexie. Il est incontestable, en effet, que la consomption peut procéder, à la longue, des seules lésions spécifiques du parenchyme pulmonaire. Par les symptômes généraux aussi bien que par les phénomènes locaux, les déterminations de la syphilis sur le poumon arrivent donc à produire un ensemble morbide qui mérite d'être nommé *phthisie syphilitique.*

Mais il est vrai de dire aussi que les pneumosyphiloses ne jouent pas toujours le rôle prépondérant dans la consomption progressive qui tôt ou tard les accompagne. D'autres facteurs interviennent dont l'action cachectisante est plus profonde que la leur. De ce nombre sont la syphilose du foie, celle des reins, et les dégénérescences amyloïdes qui pullulent alors un peu partout, les endartérites des gros vaisseaux, etc. Dans l'appréciation de l'état général, il faudra donc faire la part respective qui revient à la pneumopathie et aux déterminations de la syphilis sur d'autres viscères. Mais on se gardera bien de tomber dans l'exagération de ceux qui prétendent que la *phthisie syphilitique* n'existe pas au sens clinique du mot, et que la cachexie ultime, qu'on a ainsi qualifiée, procède beaucoup moins de la pneumosyphilose, fût-elle ulcéreuse, que des autres viscéropathies concomitantes.

---

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 444.

NOTES CHIRURGICALES

Des indications et contre-indications de l'intervention chirurgicale dans le cancer utérin. — La chirurgie du cancer est souvent bien désespérante; et il n'est pas de médecin qui, découragé, ne se soit retiré, trop vite désarmé, devant un cancer qu'il jugeait inopérable. Aussi, est-il utile que les indications thérapeutiques soient nettement posées, et qu'en présence de telle ou telle tumeur, le médecin sache ce qu'il peut, et même ce qu'il doit faire.

C'est pour ces différentes raisons que M. Verchère a entrepris, dans la *France médicale*, d'exposer l'état actuel de la question, au sujet du traitement du cancer utérin. Nous allons suivre cet auteur dans les points principaux de son travail.

Tout d'abord il faut distinguer deux cas : le cancer de l'utérus est opérable ou il ne l'est pas.

Si le cancer est opérable, c'est-à-dire s'il est possible, par une opération, d'extirper la totalité du mal, c'est que le cancer sera observé alors qu'il est à son début et encore limité.

Dans ce cas, que faire?

Le chirurgien a le choix entre deux procédés : l'amputation ou hystérectomie totale, l'hystérectomie partielle.

L'amputation totale est plus rationnelle, elle donne théoriquement plus de chances de succès définitif; mais elle est plus meurtrière (20 p. 100 de mortalité). M. Verchère la considère comme l'opération de choix.

L'amputation partielle du col est bien moins meurtrière et, jusqu'alors, paraît aussi efficace. Nous croyons qu'il est encore prématuré de rejeter cette intervention, plus simple et plus bénigne. La statistique des récidives, après l'amputation totale de l'utérus, n'est pas encore publiée dans son entier, mais, dans les 75 à 80 p. 100 qui survivent, combien y en a-t-il qui atteignent la deuxième ou troisième année? La question est encore de date trop récente pour être définitivement jugée. Aussi, contrairement à M. Verchère, dirons-nous :

Quand le néoplasme est très limité, et que l'amputation du col est possible par la méthode de M. Verneuil, ou par la méthode de Schrœder, elle doit être préférée à l'amputation totale.

On objectera, et l'on a déjà objecté, que dans le cancer de la mamelle l'opérateur était dans l'obligation d'extirper la totalité de la glande, et qu'il n'y avait pas de raison pour rejeter, dans le cancer utérin, la loi universellement adoptée pour le cancer du sein. Cette objection est sérieuse, mais insuffisante pour entraîner la conviction. Que fait-on pour un cancer de la lèvre? enlève-t-on *toute* la lèvre? Où s'arrêter, d'ailleurs, si l'on ne se limitait pas d'après la limite même du mal? Cependant, le cancer de la lèvre est un de ceux où l'œuvre chirurgicale est le plus souvent suivie de succès. Pourquoi alors ne pas imiter, à l'utérus, la conduite que l'on tient à la lèvre? Car la structure de la lèvre avec son enveloppe muqueuse et son contenu musculaire, est plus comparable à celle de l'utérus, que la structure de l'utérus n'est comparable à celle de la mamelle. C'est pour cette raison que, jusqu'à nouvel ordre, et tant que les statistiques n'auront pas prouvé l'efficacité réelle plus grande de l'hystérectomie totale, il est plus sage et plus prudent, dans les cas de cancer très limité, de s'en tenir à l'amputation du col. Ce n'est que lorsque la néoplasie aura envahi la région du corps tout en respectant les annexes, que l'hystérectomie totale deviendra la seule intervention possible et raisonnable.

Lorsque le cancer a envahi le vagin, les ligaments larges, les ganglions, lorsque, en un mot, le traitement curatif ne peut plus être employé, le chirurgien ne doit pas se considérer comme impuissant, il doit avoir recours au traitement palliatif, pour supprimer les douleurs, tarir la sécrétion fétide et arrêter les hémorrhagies.

Nous ne suivrons pas M. Verchère dans l'étude minutieuse qu'il nous fait de l'antisepsie vaginale qui doit précéder toute intervention sur l'utérus. Nos lecteurs ont trop en mémoire la Revue si claire et si pratique, que notre collègue M. Hallé a publiée récemment dans la *Gazette des hôpitaux* (1). Mais avec lui nous insisterons sur quelques points opératoires.

Le curage du cancer utérin constitue la meilleure des interventions palliatives.

La malade étant endormie, le vagin étant largement ouvert avec deux écarteurs plats, le col est saisi avec une pince à dents engrenées et abaissé le plus possible. Ce n'est souvent qu'après plusieurs tentatives que la pince, définitivement fixée sur un tissu résistant, pourra abaisser et surtout maintenir l'utérus. La curette est alors maniée, avec la hardiesse que peut seule conférer l'habitude, séparant les fongosités molles du cancer, du tissu sain, qui est ferme et dur. Ainsi se creuse une cavité, véritable coque qui n'a souvent pour limite que la séreuse épaisse de l'organe. Le râclage des culs-de-sac du vagin doit être beaucoup plus prudent, car il risquerait souvent d'ouvrir le rectum, ou la vessie, et d'ajouter une nouvelle infirmité au triste état de la patiente. Il faut se contenter d'enlever les portions exubérantes, opération qu'on peut renouveler plus tard sans inconvénient. L'hémorrhagie qui accompagne le râclage se trouvera rapidement arrêtée par des injections chaudes au sublimé; un tamponnement à l'ouate iodoformée terminera ce pansement.

Si les fongosités sont peu accentuées, et si les hémorrhagies sont seules à redouter, on pourra se borner à la dilatation (voir Revue de Hallé). Les douleurs qui accompagnent, à une certaine période, le cancer de l'utérus, peuvent tenir à de la rétention fécale, à l'envahissement de la vessie ou de l'uretère et à la néphrite consécutive. Il faudra, à ces douleurs de cause spéciale, un traitement particulier : l'évacuation régulière des selles, au besoin l'anus contre nature, les lavages de la vessie, etc.

Les douleurs, tenant au cancer lui-même, seront amendées par le cūrage antiseptique et les lavages. Si elles persistent, les anesthésiques locaux, les narcotiques, constitueront la seule et dernière ressource.

Hydro-hématocèle, par rupture des tuniques vaginale et fibreuse. — Dans un excellent article de la *Revue de chirurgie* (mars 1888), M. Nicaise rapporte tout au long un cas de rupture de la tunique vaginale à la suite d'un traumatisme. Ce cas, analogue à ceux de M. Reverdin, est semblable à celui de M. Augagneur, que nous avons analysé et étudié dans un des numéros précédents de la *Gazette des hôpitaux* (2). C'est le quatrième fait publié sur ce sujet, il est intéressant de le relater dans les points particuliers qu'il peut présenter.

Le malade avait eu du côté gauche une hydrocèle qui fut traitée pendant dix ans par la ponction simple, à laquelle on fut obligé de revenir douze fois; puis il subit une treizième ponction, suivie d'injection iodée, et l'hydrocèle guérit. Ce cas est bien fait pour démontrer l'inefficacité de la ponction simple, et l'efficacité de l'injection iodée.

A droite, existait une hydrocèle plus récente, car elle ne datait que de six mois, et par conséquent s'accompagnait de peu de lésions du côté de la vaginale, comme on en observe dans les vieilles hydrocèles. Le 16 mars 1886, le malade, en serrant les cuisses pour retenir un objet qu'il avait laissé échapper, se pince violemment le scrotum, qui se tuméfie et devient noir, ecchymotique. Il en était résulté une rupture de la vaginale distendue par l'hydrocèle.

M. Nicaise se demande quel est le siège exact de l'épanchement sanguin, qui s'est fait en dehors de la vaginale? Pour lui, l'épanchement n'est pas dans le tissu cellulaire du scrotum, mais bien entre la vaginale et la tunique fibreuse. Cette couche, très vasculaire, est résistante; elle est formée en partie d'un tissu celluleux feutré et résistant qu'une dissection habile pourrait artificiellement séparer en plusieurs feuillets. C'est cette couche qui s'est rupturée incomplètement, dans le cas opéré par M. Nicaise, et le

(1) Noël Hallé. Thérapeutique utérine antiseptique. Revue générale, *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 149.

(2) *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 217.

sang qui résultait de la rupture s'est épanché dans la vaginale en même temps qu'il a dissocié les couches feutrées de la tunique fibreuse.

La vaginale a été incisée, tous les caillots enlevés, aussi bien ceux qui étaient en dehors, que ceux qui étaient dans son intérieur. Les tissus infiltrés furent réséqués, la vaginale et la tunique fibreuse furent partiellement excisées et suturées en dix jours, le malade partit de l'hôpital complètement guéri.

Nous disions, dans notre précédent article, que M. Augagneur était le premier qui ait fait la résection de la vaginale rupturée dans un cas d'hydrocèle ; nous devons, en comparant les dates, rectifier et dire : M. Nicaise a pratiqué le premier la résection de la tunique vaginale rupturée, mais le premier cas publié appartient à M. Augagneur. A. Ricard.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Variations de la personnalité (1), par les docteurs H. Bourru et P. Burot, professeurs à l'École de médecine de Rochefort.

La personnalité, ce sentiment commun à tous les hommes, qu'a chacun en particulier d'être *soi*, c'est-à-dire une *personne*, un être individuel libre, indépendant, conscient et moralement responsable, en vertu de ce quelque chose de permanent et de toujours identique qui fait l'unité de sa vie intérieure, est susceptible, dans certaines circonstances pathologiques exceptionnelles, de subir des modifications et des altérations plus ou moins profondes. C'est surtout à l'hypnotisme que l'on doit les quelques études qu'on a pu faire des altérations et des troubles de la personnalité.

Partant de la définition qu'a donnée M. Ribot de la personnalité : un tout concret, formé de conditions organiques, affectives et intellectuelles, résultant de deux facteurs fondamentaux : la constitution du corps avec les tendances et les sentiments qui la traduisent et la mémoire, les auteurs de cette étude classent, d'après le même psychologue, ainsi qu'il suit, les différentes manières dont la personnalité peut être modifiée.

Tantôt ce sont deux personnalités qui se succèdent l'une à l'autre, tantôt c'est une personnalité nouvelle se substituant à la première, oubliée et tenue pour étrangère. D'autres fois, c'est un envahissement de la personnalité normale par des sensations insolites. Dans certains cas, il existe une véritable dissolution de la personnalité (chez les déments par exemple). Ces formes variables des troubles de la personnalité peuvent être réduits à quelques types fondamentaux.

Un premier type consiste dans une *aliénation* de la personnalité, l'ancienne étant devenue, pour la nouvelle, *aliena*, étrangère, en sorte que l'individu ignore sa première vie, ou, quand on la lui rappelle, la contemple objectivement, comme séparée de lui. L'état nouveau sert de base à une nouvelle vie psychique (nouvelle manière de sentir, de percevoir, de penser, nouvelle mémoire).

Un second type est réalisé par la *substitution* de la personnalité. C'est le cas assez vulgaire où l'individu croit simplement avoir changé de personnage. C'est surtout le cas des hypnotisés auxquels on a suggéré des illusions relatives à leur personne. Ces changements psychiques, qui consistent à faire croire à un hypnotisé qu'il est tel ou tel personnage, sont de l'ordre des hallucinations. Le changement ici est exclusivement psychique ; c'est plutôt un désordre local du cerveau qu'une transformation générale de l'organisme.

Le troisième type a pour caractère fondamental l'alternance ou l'enchevêtrement de deux ou plusieurs personnalités. C'est chez des sujets d'ordinaire hystériques, c'est-à-dire instables par excellence, qu'on observe, parmi des variations secondaires, deux ou plusieurs habitus distincts dans la vie psychique. Le changement s'exerce même sur le caractère, sur ce qu'il y a de plus intime dans la personnalité et qui exprime le plus profondément la constitution individuelle. La mémoire est aussi complètement modifiée. Tantôt ce sont deux personnalités qui se succèdent et s'ignorent réciproquement. Tantôt l'une embrasse toute la vie, l'autre n'étant que partielle, etc. C'est à ces cas que l'on a donné la dénomination de double conscience. Les auteurs, MM. Bourru et Burot, en raison de la multiplicité des états de conscience que l'on peut observer dans ces cas, les décrivent sous le terme intentionnellement plus vague de *variations* de la personnalité. C'est cet ordre de faits qu'ils se sont tout spécialement proposé d'étudier dans ce travail.

Pendant près d'une année, MM. Bourru et Burot ont observé un sujet probablement unique dans la science à ce point de vue. Il s'agissait d'un homme qu'on pouvait reporter à plusieurs époques différentes de son existence où il a présenté des phénomènes particuliers physiques et psychiques. Chaque modification apportée par des agents physiques à la distribution du mouvement et de la sensibilité entraînait un changement corrélatif de la mémoire, et inversement, lorsqu'on le ramenait par suggestion au souvenir d'une des époques de sa vie passée, il se réveillait, affecté de la paralysie particulière qui coïncidait avec ce moment de son existence. Il a été possible d'obtenir chez ce malade plusieurs états de personnalité bien distincts les uns des autres, et les états obtenus ont été confirmés après coup par des renseignements puisés à plusieurs sources.

Ces retours à des périodes antérieures de la vie ont été provoqués par l'emploi des moyens physiques de la catégorie des esthésiogènes ; par l'application d'aimants ou de métaux en différents points du corps, on faisait facilement succéder les unes aux autres les diverses personnalités qui avaient réellement existé et qui étaient jusque-là restées inconnues.

Cette observation si curieuse leur a donné l'idée de rechercher si d'autres malades ne présentaient point des phénomènes analogues, et ils ont en effet obtenu, par les mêmes moyens, la confirmation de ce qu'ils avaient pensé. Chez un certain nombre d'hypnotiques, ils ont pu, par la suggestion, faire revivre des souvenirs absolument éteints en les reportant à une époque quelconque de leur existence.

C'est à la description de ces faits et à leurs commentaires qu'est consacré cet ouvrage,

Le sujet qui fait l'objet de l'analyse historique la plus complète est un hystéro-épileptique nommé V... (Louis), soldat d'infanterie de marine, extrêmement remarquable par la complexité des états de personnalité qu'il a présentés. Sa vie a été en quelque sorte morcelée par des périodes de crises, dont chacune a amené des changements profonds dans l'intimité de son organisme. Ce qu'il y a de plus remarquable chez cet homme, c'est que, par un changement spontané ou provoqué, il a pu revenir, à plusieurs reprises, à une des époques antérieures de son existence et se retrouver exactement dans les mêmes conditions physiques et mentales qu'il présentait alors.

Un premier fait qui ressort de cette analyse est la complète indépendance des pages de cette vie hystérique ; chaque page correspondant à un état de conscience nouveau, mais privé de la mémoire qui lie ordinairement les états de conscience successifs, mais ayant sa mémoire propre, psychique et organique, qui commence avec la page et finit avec elle.

Le deuxième fait est la relation précise, constante et nécessaire qui lie étroitement les grandes fonctions du système nerveux de relation. Impossible de modifier la sensibilité sans entraîner la motricité, la conscience, dans une modification concordante. Impossible d'agir sur la fonction motrice sans agir dans le même sens sur la sensibilité et la conscience. Impossible enfin de transporter la conscience sans qu'elle soit suivie d'un déplacement parallèle de la sensibilité et de la motricité.

C'est de la sorte que par un quelconque des moyens indiqués, les expérimentateurs ont pu tourner à leur gré les pages du livre, et ce n'est pas un des faits les moins remarquables que d'avoir pu

---

(1) In-12. Prix : 3 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

changer de fond en comble l'état psychique de cet homme par des moyens purement physiques, un métal, un aimant.

Une série de faits analogues, mais moins complexes que celui dont nous ne venons de donner qu'une idée bien sommaire, suit la relation de ce premier fait et donne lieu, de la part des auteurs, à des considérations physiologiques et psychologiques du plus grand intérêt sur ce sujet. Ils terminent par le fait suivant qui semble montrer la possibilité, en procédant par voie de suggestion, de modifier ces états de variations alternantes de la personnalité.

Mme X..., depuis une quinzaine d'années, avait éprouvé de profonds bouleversements. Dans la lutte morale qu'elle avait dû subir, elle avait été brisée, et, à la suite de pénibles crises nerveuses, elle s'était trouvée déséquilibrée. Elle avait traversé des périodes de paralysie, de contracture et d'engourdissement cérébral avec de vives douleurs de tête. Il y a deux ans, à la suite d'une circonstance heureuse, elle récupéra toutes ses forces et retrouva son équilibre. Elle paraissait guérie, lorsqu'un accident vint remettre tout en question, et alors apparut de nouveau cet état cérébral singulier caractérisé par une torpeur indescriptible et une impressionnabilité excessive à tous les ébranlements sensoriels ou moraux.

Après maint essai thérapeutique infructueux, l'un des deux auteurs proposa d'essayer l'hypnotisme. Le résultat du premier sommeil fut merveilleux. Ce fut comme une résurrection; la malade n'était plus paralysée et sa tête redevint libre. Mais ce premier résultat n'ayant pas pu être entretenu par de nouvelles séances d'hypnotisme, l'engourdissement revint progressivement.

En présence de ce résultat précaire, on essaya, par voie de suggestion, de faire revenir cette femme à une époque antérieure de sa vie où elle avait été bien portante. Cette suggestion eut un bon résultat, et l'état de la malade s'est trouvé depuis notablement amélioré.

Quand des faits de cette nature sont avancés par des hommes d'une science éprouvée et dont la bonne foi ne peut être suspectée, sachant d'ailleurs combien il est difficile d'établir, en fait de pathologie nerveuse, la limite qui sépare le possible de l'impossible, serait-on fondé à leur opposer, sans examen, les fins de non-recevoir d'un scepticisme absolu? Non, sans doute. Mais au moins avons-nous le droit et le devoir de réclamer un sérieux contrôle.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1887-1888.

181. M. Winocouroff. Cure radicale des hernies et hydrocèles congénitales. — 182. M. Jacques. Intubation du larynx dans le croup. — 183. M. Bizardel. De la quinine comme prophylactique du paludisme. — 184. M. Imbert. Étude sur un cas anomal de dilatation de l'estomac. — 185. M. Le Meignen. Étude sur les formes cliniques de la paralysie saturnine généralisée. — 186. M. Augier. Contribution à l'étude du diverticule de Mœckel. — 187. M. Dupain. Études cliniques sur le délire religieux. Essai de séméiologie. — 188. M. Royetski. Du traitement du catarrhe cervical rebelle et de l'opération de Chister. Excision de la muqueuse. — 189. M. Hervé. Sur la circonvolution de Broca. — 190. M. Imassi. Moyens d'exploration des organes génitaux de la femme. — 191. M. Bourgeois. Contribution à l'étude de la fièvre ourlienne. — 192. M. Grosset. Des ophthalmies post-morbilleuses. — 193. M. Heryng. Contribution à l'étude du phlegmon nécrotique du larynx et de ses rapports avec l'angine érysipélateuse. — 194. M. Besson. Déviations de la taille d'origine réflexe. — 195. M. Berlez. De l'ulcère simple de l'œsophage. — 196. M. de Senneville. De l'eczéma séborrhoïque. — 197. M. Loisnel. Étude sur le fibrome de la paroi abdominale antérieure. — 198. M. Iman. Sur un cas d'asystolie aiguë par dilatation cardiaque.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 2 mai 1888, ont été promus dans le cadre des officiers de réserve :

Gouvernement militaire de Paris. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. le médecin aide-major de première classe de Fourmestraux.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Signez, Dupont.

Au grade de pharmacien aide-major de première classe. — M. le pharmacien aide-major de deuxième classe Mousnier.

1er corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. le médecin aide-major de première classe Villette.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Carpentier, chef des travaux anatomiques à la Faculté de médecine de Lille; Quint, chef de clinique à la Faculté de médecine de Lille.

2e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. le médecin aide-major de deuxième classe Broca, prosecteur à la Faculté de médecine de Paris.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — M. le médecin aide-major de deuxième classe Richepin.

Au grade de pharmacien aide-major de première classe. — M. le pharmacien aide-major de deuxième classe Gambier.

7e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe.* — M. le médecin aide-major de deuxième classe Chané.

9e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe.* — M. le médecin aide-major de deuxième classe Lavallée.

Au grade de pharmacien-major de deuxième classe. — M. le pharmacien aide-major de deuxième classe Brissonnet, professeur à l'École de médecine de Tours.

12e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe.* — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Pialoux, Mercier-Valentin, Lhomme, Bonnet.

14e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. le médecin aide-major de deuxième classe Honnorat, médecin des hôpitaux de Vienne.

15e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Benet, professeur suppléant des chaires de chirurgie à l'École de médecine de Marseille; Roux, chef de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Marseille.

17e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — MM. les médecins aides-majors de première classe Gaumétou, Darlan.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — M. le médecin aide-major de deuxième classe Quériaud.

Au grade de pharmacien aide-major de première classe. — M. le pharmacien aide-major de deuxième classe Guiraud.

— Le concours pour la nomination à deux places de chirurgien du bureau central s'est ouvert hier vendredi à midi. La question tirée au sort a été : « Région du cou-de-pied. Variétés et anatomie pathologique des pieds bots. »

Les deux questions restées dans l'urne étaient : 1° Aponévroses de l'abdomen. Des phlegmons de la paroi abdominale antérieure; 2° Voûte du crâne. De la commotion cérébrale.

— *École de médecine d'Alger.* — M. Cornebois est nommé aide d'anatomie en remplacement de Mme Fumat, dont le temps d'exercice est expiré.

— Un concours, pour deux places de prosecteur, s'ouvrira le lundi 4 juin 1888, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris. MM. les aides d'anatomie sont seuls admis à prendre part à ce concours. Le registre d'inscription des candidats est ouvert au secrétariat de la Faculté de médecine à trois heures, tous les jours, jusqu'au samedi 26 mai inclusivement.

Les prosecteurs nommés entreront en fonctions le 1er oc-

tobre 1888; leur temps d'exercice expirera le 1er octobre 1892.

— Un concours pour six places d'aide d'anatomie s'ouvrira le lundi 11 juin 1888, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris. Tous les élèves de la Faculté sont admis à prendre part à ce concours. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert au secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, tous les jours, du lundi 7 mai au samedi 2 juin 1888, inclusivement. Les aides d'anatomie entreront en fonctions le 1er octobre 1888; leur temps d'exercice expirera le 1er octobre 1892.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 55. — JEUDI 10 ET SAMEDI 12 MAI 1888. 61e ANNÉE. JEUDI 10 ET SAMEDI 12 MAI 1888. — N° 55.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'ordre du jour de la séance d'aujourd'hui était exceptionnellement chargé : huit lectures ou communications, soit de médecine ou de chirurgie, soit surtout de thérapeutique, à propos de médicaments nouveaux ou récemment introduits dans la pharmacopée française, et deux élections de correspondants nationaux, dont la première n'a pas exigé moins de trois tours de scrutin, perte de temps d'autant plus inutile que le candidat, battu de quelques voix seulement, devait passer à la seconde élection.

Les deux élus sont : M. Mordret (du Mans) et M. Pierret (de Lyon).

Après une intéressante lecture de M. Debout d'Estrées sur des cas de fragmentation spontanée de calculs dans la vessie, M. Périer a présenté successivement deux opérés : l'un d'arthrectomie pour productions organiques polypiformes volumineuses de la synoviale des deux genoux; l'autre de ligature simultanée de l'artère carotide primitive et de la veine jugulaire interne, transpercées toutes deux par un fragment de la lame d'une épée brisée après s'être implantée dans une vertèbre cervicale.

M. Laborde, à son tour, entretient l'Académie du vieil opium, comme il l'appelle, dont l'étude et les ressources sont loin d'être épuisées aux points de vue chimique et thérapeutique. Le produit nouveau qu'il préconise n'est pas la narcéine, dont la découverte est due à Pelletier, mais bien la *méco-narcéine*.

Enfin l'Académie a entendu les lectures :

1° De M. Grand'Clément (de Lyon), sur l'utilité et les principales indications des injections d'antipyrine ou mieux d'analgésine, en oculistique;

2° De M. Peyraud (de Libourne), qui continue ses intéressantes recherches sur la simili-rage ou rage tanacétique, et la prophylaxie de la rage;

3° De M. J.-B. Reynier, sur le traitement de la scoliose.

REVUE GÉNÉRALE

L'albuminurie dans la diphthérie.

Par M. le docteur Henry BARBIER.
Ancien interne des hôpitaux.

I

Chacun sait que l'albuminurie de la diphthérie est de connaissance assez récente et qu'elle fut reconnue, presque simultanément, en France et en Angleterre. Dès l'année 1857, Wade (1), James (2), MM. Bouchut et Empis (3), G. Sée (4), en ont étudié en même temps les caractères cliniques et ont cherché à en établir la valeur séméiologique. En même temps que ces observateurs dirigeaient de ce côté leurs investigations, ils ne négligeaient pas le côté anatomique et pathogénique. Par la suite, d'autres ont abordé ce point particulier et, grâce aux travaux de MM. Talamon, Weigert, Brault, Cornil, Œrtel, et autres, on a des connaissances plus positives sur les lésions rénales propres à la diphthérie.

Comme nous l'avons vu, les premières recherches de MM. Wade, Sée, Bouchut et Empis sont à peu près contemporaines, et il n'est pas sans intérêt de rappeler les premiers travaux qui parurent sur la question qui nous occupe.

MM. Bouchut et Empis, après avoir noté sa fréquence, onze fois sur quinze malades, son abondance dans certains cas, où l'urine donne un précipité épais, firent remarquer que sa disparition coexistait avec la guérison des angines, et, partant de là, trouvèrent dans son étude un élément de pronostic précieux. Mais d'où provenait cette albuminurie? De causes multiples. Il y avait, d'abord, les cas où elle coexistait avec des éruptions scarlatineuses et où elle relevait bien évidemment de celles-ci. Dans d'autres, c'était une véritable albuminurie asphyxique, causée par la congestion rénale due à la cyanose croupale, et la preuve en était qu'elle disparaissait avec les symptômes asphyxiques. Enfin, et c'est ici qu'apparaît l'idée d'infection, elle peut, en l'absence des deux causes précitées, être sous la dépendance d'un poison, *mais d'un poison purulent spécial*, de sorte que ces auteurs rapprochent l'albuminurie diphthérique de celle de l'infection purulente, à laquelle la diphthérie ressemble par un certain nombre de lésions : l'altération et la couleur

(1) Wade. *The Midland quaterly journal of medical sciences*, 1857.
(2) James. *Medical Times and Gazette*, 1857.
(3) Académie des sciences et *Gazette des hôpitaux*, 1858.
(4) Société des hôpitaux, 1858.

bistre du sang, des noyaux d'apoplexie pulmonaire, des ecchymoses de la peau et des séreuses.

Comme on le voit, la diphthérie n'est plus en cause; entraînés par leur pathogénie, MM. Bouchut et Empis attribuent même à l'infection purulente les symptômes mortels des angines graves.

La même année, à la Société des hôpitaux, M. G. Sée rendait à la diphthérie la place qui lui revenait comme maladie générale, dans la pathogénie de l'albuminurie.

Dès l'année précédente, M. G. Sée avait déjà constaté la présence de l'albumine dans 17 urines diphthériques sur 40 cas observés. En 1858, il apporte de nouveau une nouvelle statistique basée sur 20 croups, dont 8 albuminuriques et 7 angines, dont 3 albuminuriques. D'après ce savant observateur, l'albuminurie diphthérique se montre dès le début de l'angine, sa durée est courte; elle est souvent très abondante; mais, caractère important et qui sera souvent vérifié par les observateurs, les urines diphthériques ne sont ni troubles, ni sanguinolentes, et, particularité non moins capitale, il n'y a presque jamais à sa suite d'hydropisie ou d'urémie.

Aussi, les caractères fondamentaux en sont dorénavant nettement définis, cependant sa valeur pronostique ne semble pas bien établie, et M. Sée ne lui accorde aucune influence sur la marche de la maladie.

Abordant ensuite la question de pathogénie, il montre que l'albuminurie n'a pas de rapport absolu avec les lésions pharyngées, et qu'elle apparaît également dans les angines bénignes et dans les angines graves; enfin, il rejette les causes invoquées par MM. Bouchut et Empis, et en fait une manifestation de la maladie même : l'albuminurie de la diphthérie est bien de nature diphthérique. Entrevue également par M. Barthez (1) qui la range parmi les symptômes de l'empoisonnement, l'albuminurie diphthérique est dès lors classée. Cependant la thèse de Lorain (2), thèse d'agrégation de 1860, est muette sur ce point, et dans celle de M. Hervieux (3), l'auteur se contente de dire que c'est un phénomène passager, dû soit à l'asphyxie, soit à une scarlatine intercurrente, et qu'elle n'a aucune valeur séméiologique.

Après une vaine tentative de M. Germe (4) de réhabiliter l'asphyxie croupale, comme cause de l'albuminurie diphthérique, les investigations se portent sur les lésions rénales de la diphthérie, sur l'étude clinique approfondie de ce symptôme et surtout sur la valeur qu'on peut lui attribuer comme symptôme.

En 1876, M. Moizard (5) donnait la statistique des croups albuminuriques qui avaient été opérés ou non à l'hôpital Sainte-Eugénie, et de cette étude il concluait que l'albuminurie a eu très peu de valeur pronostique, puisque, ainsi qu'il le prouvait en comparant ses résultats à ceux que M. G. Sée avait donnés, les conclusions qu'on pouvait en tirer variaient au gré des statistiques particulières. Il reconnaît également la rareté des œdèmes et de l'urémie, et n'en rapporte qu'un seul cas à sa connaissance et qui lui est personnel.

Cependant les recherches anatomiques se poursuivaient, et l'idée de la néphrite, comme cause de l'albuminurie diphthérique, prenait de plus en plus pied dans la science. Déjà en 1868, MM. Hueter et Tommasi avaient décrit dans les reins des diphthériques un microbe spécial, un micrococcus (micrococcus diphtheriæ); en 1871, Œrtel découvrit des parasites dans les capsules de Malpighi et dans les canaux urinifères : parasites vus également par Letzerich, Ebert et Litten. En 1881, M. Gaucher (1) annonçait à la Société de biologie, qu'il avait trouvé des bactéries nombreuses dans le sang et dans les urines, que le rein lui-même en était rempli et que les cellules rénales étaient semées de granulations brillantes.

II

Deux ans auparavant, M. Talamon (2) s'était attaché à décrire les caractères macroscopiques du rein. Il avait trouvé, sur 100 autopsies, 57 fois le rein violacé, de coloration bleuâtre, plus foncée dans la substance corticale, de consistance normale ou augmentée, et de décortication facile; 24 fois les reins mous, jaunâtres, montrant à leur surface des étoiles veineuses violacées : la capsule déhiscente enlevait parfois des fragments de substance corticale; enfin, 28 fois les reins normaux.

Dans certains cas, l'albuminurie avait fait défaut, et sur 42 cas où on l'avait recherchée, sa présence se répartissait ainsi :

Reins violacés, 19; avec albuminurie, 12; sans albuminurie, 7.

Reins jaunes, 10; avec albuminurie, 7; sans albuminurie, 3.

Reins normaux, 13; avec albuminurie, 2; sans albuminurie, 11.

Comme on le voit, d'après ces recherches, le rein diphthérique ne semble pas avoir des caractères macroscopiques toujours identiques, pour qu'à première vue on puisse se rendre compte de son état.

Ajoutons que, souvent [Œrtel] (3), il s'y joint des hémorrhagies intra-capsulaires et intertubulaires, et que sur le fond jaune du rein, ainsi que plusieurs de nos autopsies en font foi, se détachent de véritables infarctus, sous forme de traînées rouge brun, partant de la voûte artérielle, et pénétrant plus ou moins loin dans la substance corticale, parfois même atteignant la face convexe du rein, où elles apparaissent sous forme de petits points hémorrhagiques gros comme des têtes d'épingles et sous-capsulaires.

Ce fait que le rein diphthérique n'offre pas toujours les mêmes caractères macroscopiques n'est pas sans intérêt, et comme on vient de le voir, d'après les tableaux comparatifs de M. Talamon, l'albuminurie n'est pas spéciale à l'un ou l'autre de ces aspects. Indépendamment de la lésion diphthérique proprement dite, il s'y joint sans aucun doute des lésions d'asphyxie qui est, comme on le sait, fréquente ici plus qu'en toute autre maladie. Néanmoins, le rein d'aspect jaune est fréquent, et la dégénérescence, dont les épithéliums rénaux sont manifestement frappés, indique assez la nature parenchymateuse de la lésion. Le poison diphthérique a son action de prédilection sur les éléments nobles dont la nutrition et par conséquent les fonctions physiologiques sont plus ou moins altérées. Telle est probable-

(1) Lettre à Rilliet.
(2) Lorain. Thèse d'agrégation, 1860.
(3) Hervieux. Thèse d'agrégation, 1860.
(4) Germe. Thèse de doctorat, 1864.
(5) Moizard. Thèse de doctorat, 1876.

(1) Gaucher. Société de biologie, 1881.
(2) Talamon. Société anatomique, 1879.
(3) *Ziemssen's Handbuch.*

ment la lésion fondamentale à laquelle s'ajoute une congestion intense des capillaires rénaux, d'ordre asphyxique ou irritatif, et qui se montrent surtout dans la substance médullaire, bourrés de globules sanguins, déchirés par place et ayant déterminé une hémorrhagie interstitielle.

Sanné (1) reconnaît aussi des aspects divers du rein, c'est ainsi qu'il décrit : 1° l'hyperhémie simple avec augmentation de volume du rein, le plus souvent bornée à la substance tubulaire; la surface rosée, et parsemée de points rouges; des ecchymoses au niveau des tubes droits; 2° une dégénérescence granuleuse, rarement graisseuse, de l'épithélium des tubes droits; 3° l'exubérance et la coloration jaune de la substance corticale qui étouffe la substance pyramidale de couleur plus rouge; 4° la dégénérescence amyloïde vue par M. Labadie-Lagrave; 5° la stéatose simple.

Ces lésions ne seraient pas symétriques, ce qui expliquerait l'absence d'œdème et d'accidents urémiques.

Nous verrons que cette opinion est contestable.

L'étude histologique n'a fait d'ailleurs que confirmer l'idée théorique de la néphrite. Les recherches de Brault (2), les travaux de Wagner (3), de M. Damaschino (4), de M. Cornil (5), de Fuerbringer (6), etc., autorisent à penser, ainsi que le dit M. Gaucher (7) auquel nous empruntons ces détails, que la néphrite diphthérique est une vraie néphrite infectieuse.

Les lésions décrites par Brault, Œrtel, etc., consistent en une hyperhémie intense du rein. Les vaisseaux sont gorgés de sang, les glomérules sont dilatés, congestionnés; transformés en points hémorrhagiques, fréquents pour Œrtel. Leur cavité renferme des globules blancs et rouges, et des cellules détachées de la paroi, en suspension dans un exsudat grisâtre contenant un réticulum, des boules grises, grenues et des boules claires. Les cellules épithéliales de la paroi sont énormes et leur noyau est gonflé. Dans les tubes contournés, ce sont les signes ordinaires de l'irritation cellulaire. Les cellules sont tuméfiées, à bords peu nets, transformées par fusion avec les cellules voisines en bandes protoplasmiques. Elles sont creusées de cavités à contenu colloïde. Mais ce qui domine, c'est qu'elles sont remplies de granulations troubles, inégales, de nature protéique et hématique.

La tuméfaction cellulaire peut être telle que la lumière des tubes en est oblitérée (Œrtel). En dehors de cette oblitération, ils sont remplis d'un réticulum et d'un plasma renfermant des globules blancs et rouges, des boules protéiques et colloïdes. Telles sont les lésions qu'on trouve dans les tubes contournés. Dans la branche descendante de Meule, les cellules sont souvent décollées par un exsudat grisâtre, elles sont plus volumineuses, et peuvent renfermer des granulations graisseuses. Même altération dans les tubes droits qui renferment des cylindres hyalins.

Les artères offrent leurs cellules endothéliales volumineuses, et une couche adhérente de globules blancs.

Cependant le dernier mot n'est pas dit, la nature du parasite lui-même n'est pas fixée définitivement. Dernièrement Lœffler (1) décrivait, comme vrai parasite de la diphthérie, un bacille qu'il n'aurait pu que difficilement retrouver dans le rein. De nouvelles recherches pourront jeter un jour nouveau sur ce sujet, que nous n'avons pu qu'effleurer en passant, mais qu'il nous était impossible de passer sous silence en parlant de l'albuminurie.

(1) Loc. cit.
(2) Brault. *Journal de l'anatomie*, 1880.
(3) *Ziemssen's Handbuch.*
(4) *Maladies des voies digestives.*
(5) *Histologie pathologique.*
(6) Fuerbringer. *Virchow's archiv*, 1883.
(7) Gaucher. *Pathogénie des néphrites* th. agrég., 1886.

Comme nous l'avons vu, quelque importance qu'on pût attribuer à l'albuminurie comme symptôme clinique, quelqu'intéressante que pût être l'observation de ce symptôme dans une maladie, dont la marche et tous les caractères faisaient forcément une maladie générale, sa valeur pronostique était niée par beaucoup et paraissait hésitante et peu fidèle à quelques-uns. Elle n'en était pas moins bien étudiée, et à mesure qu'on la connaissait mieux, on ne tarda pas à lui découvrir des particularités d'allures et une marche spécialement capricieuse, toutes choses qui conduisaient à la classer dans un chapitre à part des albuminuries par infection.

C'est ainsi que M. Sanné (2), qui en a de par lui un grand nombre d'observations, constate son apparition parfois tardive, jusqu'au onzième jour, sa marche irrégulière, ses variations de quantité et sa durée parfois énorme. Regardée comme un phénomène passager sans importance, l'albuminurie diphthérique se montre parfois avec une ténacité qui fait penser à la néphrite chronique vulgaire et à ses conséquences; c'est ainsi que si le plus souvent on ne l'observe que pendant un, deux et trois jours, il est des cas où elle dure plus de huit jours, et d'autres où sa durée va jusqu'à cinquante jours. Mais ces cas sont l'exception. De plus, malgré la rareté des œdèmes, cependant M. Sanné en compte 7 cas sur 224 : dans ces cas l'hydropisie est ou bien générale, ou bien elle se limite à la face, au larynx; quelquefois elle s'accompagne de troubles visuels, d'accidents cérébraux, avec œdème des méninges et des ventricules. Ainsi donc, dans certains cas, la lésion diphthérique rénale qui semble si facilement réparable, a laissé à sa suite les lésions redoutables d'un mal de Bright chronique, avec toutes ses conséquences.

III

Quels sont maintenant les caractères cliniques de l'albuminurie diphthérique? Avant d'aborder cette question, il est essentiel de faire une distinction, sur laquelle M. Cadet de Gassicourt (3) a surtout insisté, c'est la question de *présence* et celle de *quantité* d'albumine. Nous retrouverons cette distinction lorsque nous parlerons de la valeur diagnostique et pronostique de l'albuminurie.

La *fréquence* de l'albuminurie diphthérique est très grande, les anciens observateurs avaient donné des chiffres un peu inférieurs à ceux d'aujourd'hui.

Les dernières statistiques (Cadet de Gassicourt, Barbier) donnent le chiffre de 74 p. 100; ce qui constitue plus des deux tiers des cas; elle semblerait plus grande dans les croups que dans les angines simples.

L'époque d'apparition a été notée avec le plus grand soin par les différents auteurs. Ce serait du troisième au cinquième et au huitième jour, qu'elle se montrerait de préférence. Mais en réalité, cette époque d'apparition n'a pas une impor-

(1) Lœffler. *Vorschrift Medicin.* 1884; — *Journ des connais. médic.*
(2) *Traité de la diphthérie.* — Article DIPHTHÉRIE du *Dictionnaire encyclopédique.*
(3) Cadet de Gassicourt. *Traité des maladies de l'enfance*, t. III.

tance capitale; l'albuminurie étant l'indice que le rein a été atteint, et la lésion rénale restant la même, ni plus ni moins grave, quelle que soit l'époque où elle se fait. Néanmoins, certaines particularités intéressantes sont à relever. Lorsqu'elle est très précoce, l'albuminurie, du premier jour par exemple, est souvent l'indice d'une diphthérie grave. Inversement elle peut se montrer beaucoup plus tard, et cela dans différentes circonstances. Tantôt les fausses membranes se prolongent, et l'infection du rein est plus tardive; ou bien la gorge est à peu près nettoyée et l'on voit réapparaître de nouvelles formations couenneuses; ou bien enfin, la maladie semble guérie; il n'y a plus rien dans la gorge, et l'albumine se montre au bout d'un mois, à partir du début des accidents. Cette albuminurie *tardive*, qu'on peut rapprocher des accidents paralytiques à longue échéance, est bien, ce semble, la signature de la maladie, comme maladie générale. Elle semble indiquer que les lésions de la gorge ou du larynx ne sont pas en tout temps le miroir fidèle de la maladie, et qu'on ne saurait, sans grande erreur, vouloir suivre la marche de celle-ci d'après les caractères objectifs de celles-là. Lorsque l'angine est guérie, cela prouve seulement que la détermination pharyngée est guérie. Rien de plus. Le malade restant sous la menace d'accidents imputables à l'altération de la crase sanguine ou à des phénomènes de paralysie, ou comme dans le cas qui nous occupe, à une albuminurie tardive, plus ou moins abondante. Celle-ci est d'ailleurs le plus souvent, sinon toujours passagère, de peu d'importance; mais, quelque peu accusé qu'il soit, ce phénomène mérite d'être retenu, car sa valeur théorique dépasse de beaucoup son importance clinique.

Les paralysies sont-elles plus fréquentes dans ces cas-là? Il n'y aurait rien de bien surprenant qu'il en soit ainsi, mais les documents manquent pour qu'on soit en droit d'en tirer une conclusion précise et irréfutable.

Cette apparition tardive de l'albuminurie, chez les malades qui sont débarrassés des fausses membranes, doit, en tout cas, préoccuper le médecin, et semble indiquer que la diphthérie peut sévir dans les organes viscéraux en l'absence de toute manifestation muqueuse ou apparente, elle est en tout cas la preuve qu'elle est une maladie dont l'organisme rejette ou neutralise avec peine l'agent nocif. Et, à ce sujet, les exemples ne manquent pas de malades frappés par elle, ayant présenté des fausses membranes d'aspect et d'étendue variables, qui, après la disparition de celles-ci, offrent pendant longtemps un délabrement de la santé, un affaiblissement général, une atonie des forces physiques et intellectuelles et tous les signes d'une anémie très prononcée, jusqu'au moment où un drame se produit comme une mort subite, des paralysies d'étendue et d'intensité diverses. Enfin, elle permet d'entrevoir que, dans un milieu où sévit la diphthérie, il n'est pas impossible d'observer des albuminuries dont on peut soupçonner la nature diphthérique en l'absence de toute fausse membrane. Le fait est presque admis pour la paralysie diphthérique.

La quantité de l'albumine offre quelques rapports intéressants avec les formes que revêt la diphthérie elle-même. C'est ainsi que c'est de préférence dans les diphthéries graves, à localisations multiples et profondes, à état général grave, en d'autres termes, dans ce qu'on appelle les diphthéries toxiques, que cette quantité est la plus considérable. Ceci est vrai, surtout si la maladie ne tue pas dans les trente-six premières heures, car alors l'albuminurie n'a pas encore eu le temps de se montrer sérieusement. Inversement, on voit les diphthéries dites bénignes, ne donner lieu qu'à une albuminurie insignifiante, et dans ces cas les angines sont peu intenses et les autres localisations sont rares ou peu accusées.

IV

La quantité d'albumine contenue dans les urines offre un intérêt plus grand que sa présence seule. Il résulte des dosages faits par M. Cadet de Gassicourt (1) et de ceux qui figurent dans ma thèse (2), que cette quantité est très variable, et que d'un jour à l'autre on trouve, chez certains malades, des différences telles que d'un simple trouble, on passe brusquement, du jour au lendemain, aux chiffres de 7 grammes, 10 grammes et plus par litre. Voilà, certes, un point curieux de cette étude, et nous y reviendrons en parlant de la valeur pronostique de l'albuminurie; mais, dès à présent, elle prouve qu'on ne doit pas se contenter d'un examen intermittent, et que les urines d'un diphthérique doivent être examinées tous les jours.

Les quantités extrêmes qui ont été observées ont été de 14 et de 15 grammes : elles sont rares, souvent on trouve de 6 à 10 grammes. Mais lorsque les urines, ce qui est fréquent, sont moins chargées, on tombe aux doses de 10, 20, 30 centigrammes par litre.

La *durée* de l'albuminurie est comme la quantité, sujette à des variations importantes. On l'a évaluée de un à trois jours (Cadet de Gassicourt); en réalité, elle dure souvent beaucoup plus et on peut lui assigner une durée moyenne de un à dix jours. Néanmoins on l'observe quelquefois passé le vingtième jour et au delà. Mais il semble beaucoup plus intéressant de savoir quel rapport il y a entre elle et la quantité totale. Aussi peut-on dire que les albuminuries légères sont éphémères, et que le cadre des albuminuries prolongées ne comprend guère que celles où, par leur abondance, elles indiquent que le rein est profondément touché.

Si maintenant, synthétisant les caractères précédents, nous étudions dans son ensemble la marche et les caractères cliniques de l'albuminurie diphthérique, nous voyons qu'on peut diviser nos connaissances à ce sujet en trois chapitres principaux comprenant les cas où :

1° La quantité d'albumine est faible;
2° La quantité d'albumine est forte;
3° La quantité d'albumine est variable.

Lorsque l'albumine est en faible quantité, elle peut se montrer pendant un jour ou deux et disparaître (albuminurie passagère); persister un temps plus long (albuminurie permanente), ou bien se montrer à plusieurs reprises séparées par des intervalles où l'examen des urines ne révèle plus rien (albuminurie intermittente).

Lorsqu'elle est en grande quantité, elle persiste, en général, beaucoup plus longtemps; enfin, lorsqu'elle est variable, ce sont de brusques variations du taux en albumine, dont il est difficile de donner une description générale. Ces augmentations brusques se voient quelquefois à l'approche de la mort.

Tous les auteurs qui se sont occupés de cette question sont unanimes à dire que l'albuminurie diphthérique n'entraîne à sa suite, qu'à titre exceptionnel, les accidents qu'on a l'habitude de rattacher aux lésions chroniques des

(1) *Revue des maladies de l'enfance*, 1884.
(2) Thèse de doctorat, 1888.

reins. Cette opinion contient le pronostic immédiat de cette albuminurie.

Cependant, on commence à compter un certain nombre de cas, très rares il est vrai, où des accidents convulsifs ou comateux, de l'anasarque ont suivi son évolution et ont pu même terminer défavorablement la maladie. Trousseau l'aurait vu dans 1/20 des cas, Sanné en a observé 7 de ce genre sur les 224 qui ont servi de base à son étude, M. Moizard en a cité un autre, M. Cadet de Gassicourt n'en a que 3 sur 1200 cas, nous en avons pour notre part un seul observé chez M. Descroizilles. En somme, en tant que signe d'une néphrite infectieuse, l'albuminurie diphthérique comporte le pronostic de celle-ci. Cependant, n'oublions pas que, selon le mot de M. le professeur Bouchard, l'avenir des néphrites infectieuses est incertain, et peut-être est-il prudent de faire des réserves sur l'avenir de certains reins qui ont été assez touchés pour donner pendant longtemps, comme on l'observe parfois, une albuminurie très abondante. Quoi qu'il en soit, en fait, les cas de mort qu'on puisse en bonne logique attribuer à une néphrite, sont si rares que jusqu'à nouvel ordre le pronostic de l'albuminurie diphthérique n'en subira aucune aggravation.

D'où vient donc cette bénignité. Devrons-nous admettre qu'un seul rein a été touché, ainsi que certains l'ont dit? Mais cet argument est sans valeur. Les recherches anatomopathologiques ont montré jusqu'à l'évidence que les deux reins étaient malades au même degré. Nous sommes encore ramenés au pronostic général des néphrites infectieuses de M. Bouchard, qui guérissent, dit-il, pour la plupart, en dehors des cas où la maladie protopathique entraîne la mort. Aussi l'hypothèse de M. Cadet de Gassicourt estelle plausible. Dans les diphthéries qui laissent vivre, le rein peu frappé guérit; dans les diphthéries toxiques le rein est profondément touché, c'est vrai, mais le mal tue vite, et la lésion n'a pas le temps de se constituer. La mort, en d'autres termes, a sauvé le malade du mal de Bright.

Quelque légitime qu'elle soit, cette conception ne renferme pas cependant la raison dernière de la bénignité de la néphrite diphthérique. Il est bien certain, en effet, que des malades atteints de diphthérie avec albuminurie abondante ont guéri, sans qu'ils soient devenus des brightiques, et le nombre de ces malades est grand. Il faut donc que par elle-même la lésion rénale, en temps qu'elle existe et on ne saurait la mettre en doute, bien qu'on ait prétendu [Unruh] (1) que l'albuminurie n'était qu'un trouble de transsudation, une modification vitale pathologique du fonctionnement normal des cellules du rein, il faut donc, dis-je, que la lésion rénale soit de sa nature éminemment guérissable, et que, si l'on est autorisé à ranger la néphrite diphthérique dans le cadre des néphrites infectieuses où elle se place naturellement, de par sa pathogénie, on ne saurait, sans sortir de l'observation des faits cliniques, confondre absolument sa marche et son avenir avec ce qu'on sait de leur symptomatologie. Ainsi, par exemple, prenons la néphrite scarlatineuse: dans l'un et l'autre cas, c'est l'infection de l'organisme qui a causé la lésion rénale; voilà leur point commun. Mais quelle différence dans le tableau symptomatique, et dans l'importance en ce qui concerne la santé et la vie du malade!

En résumé, quelle que soit l'idée qu'on s'en fasse au point de vue théorique, l'albuminurie diphthérique, à part des cas très rares, ne doit pas, en temps que symptôme, n'ayant en soi aucune gravité pronostique, être considérée comme une *complication*, au sens absolu du mot: la lésion rénale, dont elle est l'expression, étant superficielle et réparable.

V

J'arrive en dernière analyse à la valeur qu'on est en droit d'accorder à l'albuminurie diphthérique, pour apprécier la gravité d'un cas particulier. Il n'est pas de problème dans son étude qui n'ait donné lieu à plus de solutions, et aux solutions les plus opposées. Les statistiques sur lesquelles chacun s'appuyait, donnaient à ce sujet des résultats tels que tantôt l'albuminurie était favorable, tantôt elle était plutôt un signe fâcheux, et la plus grande incertitude régnait sur ce point dans l'esprit des auteurs qui, en somme, ne lui attribuaient qu'une valeur minime dans l'appréciation de la maladie.

Cette incertitude tenait d'une part aux variétés de forme de l'albuminurie, et principalement à ce qu'on rangeait, dans une même statistique dont on tirait des conclusions, des cas absolument dissemblables. Un pareil procédé ne pouvait donner, et ne donnait en réalité que des résultats contradictoires et de peu de valeur. C'est ainsi, comme le fait remarquer M. Cadet de Gassicourt (1), que Sanné, dont le travail repose sur plus de deux cents cas, cherche en même temps à tirer de sa statistique la solution de deux questions bien distinctes: 1° l'albuminurie cause-t-elle la mort? 2° est-elle un signe fâcheux et est-elle l'indice d'une diphthérie grave? Ces deux questions ne sont pas en effet connexes l'une de l'autre, un symptôme pouvant très bien être l'expression d'une lésion non vitale, alors que par lui-même il est l'indice d'un état général grave de l'individu.

Il était donc nécessaire pour étudier à fond cette question de ne comparer entre eux que des cas comparables, seule méthode dont on pût tirer des conclusions légitimes, Des recherches récentes ont été faites dans ce sens [Cadet de Gassicourt, Barbier] (2) et elles ont donné quelques résultats assez précis.

Un fait domine cette étude séméiologique: c'est qu'il faut tenir compte moins de la présence ou de l'absence d'albumine, que de sa quantité et de ses autres caractères cliniques. S'il est vrai de dire que les diphthéries bénignes très souvent ne présentent pas d'albuminurie, il est inexact d'en induire que les diphthéries, où ce symptôme manque, sont nécessairement des diphthéries bénignes. Il y aurait d'abord un vice de raisonnement, et avec ce que nous savons aujourd'hui des maladies infectieuses, nous croyons hors de saison d'insister plus longtemps sur ce sujet. Mais lorsque l'albumine existe? C'est ici qu'il devient important de faire une distinction. L'albumine, avons-nous vu, peut être légère, abondante ou passagèrement abondante, autrement dit variable. Au point de vue de leur valeur réciproque, les albuminuries légères et très abondantes sont les termes extrêmes entre lesquels se place le cas où la quantité d'albumine varie d'un jour à l'autre.

L'albuminurie légère se montrerait dans les cas qui se terminent plus souvent par la guérison, cependant M. Cadet de Gassicourt ne lui accorde d'importance que si sa quan-

(1) *Jahrisbericht für Knideskrankherhen*, 1881.

(1) *Maladies de l'enfance*, t. III.
(2) *Revue des maladies de l'enfance*, 1884.

tité dépasse 1 gramme par litre. Mais c'est l'albuminurie abondante et permanente qui semble avoir la signification pronostique la plus précise ; elle indique les cas mortels et les cas graves qui laissent à leur suite cette anémie profonde des jeunes malades, et après lesquels les accidents nerveux sont si fréquents.

Cependant l'abondance de l'albumine, ainsi que nous l'avons fait pressentir, ne suffit pas à elle seule pour qu'on soit en droit de redouter un dénouement fatal. Sa persistance est d'un intérêt non moins grand ; si elle ne reste qu'un jour ou deux à un taux élevé, pour disparaître ou atteindre les chiffres qui constituent l'albuminurie légère, le pronostic en bénéficie d'autant.

En d'autres termes l'élévation de la courbe quantitative de l'albumine n'a d'importance fâcheuse que si elle est persistante ; car il est bien certain maintenant que les albuminuries abondantes et de longue durée ne se voient guère que dans les diphthéries graves.

Que faut-il dès lors penser d'une élévation brusque de la quantité de l'albumine, comme on l'observe quelquefois chez certains malades qui jusque-là n'en avaient offert que des traces insignifiantes ? En général, rien de bon. Ou bien c'est le signal de l'infection générale et la mort arrive dans la journée qui suit, ou bien ce n'est qu'une alerte pour l'instant, et alors de deux choses l'une : ou l'albumine reste abondante et nous retombons alors dans le pronostic grave des albuminuries qui offrent ce caractère ; ou l'albumine revient à un taux normal au bout de quelque temps, et le pronostic s'en allège d'autant.

J'ajouterai que c'est surtout dans les angines sans croup que l'albuminurie peut avoir cette signification pronostique. Dans les croups, trop de causes vitales agissent en même temps du fait de l'asphyxie, de l'opération et de la plaie qui en résulte, des phénomènes inflammatoires qui se passent du côté du poumon, pour qu'un symptôme comme l'albuminurie ne soit pas forcément rejeté au second plan. Cependant on peut dire que l'albumine, en grande quantité dans les urines, constitue une condition peu favorable à l'opération et que c'est dans ces cas que se montre surtout cette complication redoutable des croups opérés, la bronchopneumonie. Enfin, lorsqu'elle apparaît après la trachéotomie, elle assombrit et doit faire réserver le pronostic.

Quelquefois aussi la *réapparition* d'une albuminurie même légère, dans le cours d'une diphthérie qui semble bien marcher, est l'avant-coureur d'une rechute plus ou moins grave dont l'avenir reste forcément incertain.

Il est inutile d'ajouter que l'albuminurie ne saurait apporter plus qu'elle ne vaut au pronostic, et qu'il faut tenir compte et grand compte des autres manifestations locales ou générales. Aussi son importance devient bien minime dans les croups qui s'accompagnent de bronchopneumonie. Néanmoins, on peut dire, avec M. Cadet de Gassicourt, que la présence ou l'absence de l'albumine dans les urines n'est jamais un fait insignifiant, et il ne faut ni en diminuer ni en exagérer l'importance.

Un dernier mot pour en finir, à propos du traitement. Il semblerait démontré (1) que le traitement énergiquement antiseptique des angines, *empêche l'apparition de l'albumine, ou diminue sa quantité*. Ce fait est en rapport avec ce que savent tous les médecins qui s'occupent de la diphthérie, c'est qu'on ne guérit les malades, surtout ceux dont l'issue est menaçante, que par un traitement et une vigilance de tous les instants ; aussi vient-il apporter un appui solide et un argument puissant en faveur de la méthode antiseptique médicale appliquée au traitement des fausses membranes pharyngées ou autres et, j'ajouterai, à celui de la plaie opératoire, lorsqu'elle existe.

(1) Hutinel. Communication orale.

DES INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

DES EAUX DE CONTREXÉVILLE (VOSGES).

Par M. le docteur DEBOUT D'ESTRÉES, médecin-inspecteur.

Lorsque, le 10 janvier 1760, M. le docteur Bayard, médecin du roi de Lorraine, Stanislas, lut à l'Académie des sciences de Nancy le premier travail scientifique sur les propriétés de l'eau calcique lithinée ferrugineuse de la source du Pavillon (1), il en formulait l'indication dans la gravelle, la goutte, le catarrhe vésical et la lithiase biliaire.

Vingt années de pratique médicale à Contrexéville m'ont permis de vérifier l'exactitude des assertions du savant lorrain, que des faits cliniques innombrables sont venus confirmer ; mais pour expliquer le mode d'action de l'eau de Contrexéville, trop souvent mal interprété et assimilé à tort à un lavage des voies urinaires ou biliaires, j'ai dû avoir recours à la physiologie expérimentale, ainsi qu'à de nombreuses analyses faites avant et après la cure hydrominérale.

Ces recherches, consignées dans le tome XXIX des *Annales de la Société d'hydrologie de Paris*, m'ont amené à la conclusion suivante :

L'eau de Contrexéville possède deux propriétés :

L'une, dite *expultrice*, résultant d'une action sur la fibre lisse en général et surtout sur les voies urinaires ou biliaires ; l'autre, *altérante*, agissant sur la crase du sang à la manière des alcalins en général.

La première explique les nombreuses évacuations de graviers urinaires, uriques, oxaliques ou phosphatiques, constatées à la suite de l'ingestion de l'eau minérale ; elle permet également d'expliquer les résultats obtenus dans l'*incontinence d'urine* des enfants et dans le *catarrhe vésical* chez le vieillard, dont la vessie recouvre, comme l'avait si bien signalé Civiale, sa contractilité affaiblie.

L'action altérante permet de comprendre comment agit l'eau de la source du Pavillon dans la *goutte* ou le *diabète*, c'est-à-dire en faisant expulser l'acide urique contenu dans le sang et produisant l'une de ces expressions d'une même diathèse. Ce fait clinique est facile à constater à Contrexéville, où l'on voit par exemple l'acide urique apparaître sous le microscope dans l'urine d'un diabétique au fur et à mesure que le sucre disparaît.

Quelles sont donc les indications précises de l'eau de Contrexéville et dans quels cas faudra-t-il s'abstenir de les employer ? C'est à ces deux questions qui me sont posées que je vais m'efforcer de répondre le plus clairement et le plus brièvement possible :

1° *La gravelle*, urique, oxalique ou phosphatique, forme l'indication la plus universellement connue de l'application de l'eau de la source du Pavillon, surtout s'il y a des coliques néphrétiques ; l'hématurie rénale est loin d'être une contre-indication, non plus que l'alcalinité des urines, car on constate journellement à Contrexéville ce fait de malades venus avec des urines alcalines qui y recouvrent l'acidité normale.

2° *Le catarrhe vésical.* — Parmi les faits de guérison les plus remarquables, nous signalerons à nos confrères, que la question intéresse, ceux qu'a rapportés le docteur Cruise, président du Queen's College des médecins d'Irlande, dans sa lecture du 20 juin 1885, à l'Académie de médecine de Dublin.

3° *La goutte.* — Quoique la goutte aiguë articulaire obtienne

1) Voir l'analyse de M. Debray, membre de l'Académie des sciences.

d'excellents résultats de l'élimination d'acide urique produits par la cure hydrominérale, c'est surtout dans la goutte *atonique* et dans les manifestations abarticulaires de la goutte, soit *viscérales*, soit *glandulaires*, que Contrexéville compte ses plus beaux succès.

Le diabète. — La clinique de Contrexéville met en relief la communauté d'origine du diabète et de la diathèse urique, l'élimination d'acide urique par la cure hydrominérale a amené la disparition du glycose dans 89 p. 100 des cas de diabète qu'il m'a été donné d'observer.

Les coliques hépatiques. — Signalée déjà par Bayard au siècle dernier, l'action de l'eau de la source du Pavillon, dans la lithiase biliaire, est surtout marquée chez les femmes que des crises nombreuses ont anémiées. J'ai été témoin à cet égard des faits les plus remarquables et, entre autres, de celui observé sur la femme d'un confrère de Bruxelles, dont le résultat reste confirmé depuis douze ans (1).

Contre-indications :

1° « Tout malade porteur d'un calcul vésical non susceptible de passer par les voies naturelles ne devra pas être envoyé à Contrexéville. »

2° « La cure de Contrexéville révèle journellement la présence de calculs ignorés jusque-là, mais son action à cet égard n'est pas infaillible », tels sont les termes dans lesquels, en février 1884, je résumais une discussion avec mon regretté confrère le docteur Brongniart, tout en confessant que moi et, avant moi, la plupart des auteurs ayant écrit sur Contrexéville nous avions été trop affirmatifs sur le fait que la cure de Contrexéville était un criterium de l'existence d'un calcul vésical.

3° La paralysie complète de la vessie, avec perte absolue de toute contractilité, est une contre-indication absolue de la cure hydrominérale, qui pourra amener des accidents très graves surtout si, comme j'ai eu trois fois occasion de le constater, le malade se laisse aller à boire la quantité d'eau minérale indiquée dans la gravelle.

4° Enfin dans les maladies organiques du cœur, on devra être très réservé dans l'emploi de l'eau de la source du Pavillon. Je ne saurais cependant en faire une contre-indication formelle, car j'ai eu, en décembre dernier, à Saint-Pétersbourg, l'occasion de voir un client des professeurs Charcot et Botkine, et plus récemment à Londres, deux clientes des docteurs Chepmell et Garrod, qui avaient obtenu non seulement un soulagement du côté de la gravelle, mais bien aussi du côté des manifestations cardiaques, bien que présentant des lésions organiques très caractérisées.

Enfin, pour terminer cet aperçu de l'action de l'eau de Contrexéville, je ne saurais trop recommander aux praticiens qui ordonnent à domicile l'emploi de l'eau de la source du Pavillon de la prescrire à jeun le matin par verrées de 25 centilitres. Deux, trois ou quatre verres espacés d'un quart d'heure leur donneront des résultats que l'eau prise aux repas ne saurait produire. J'ai trop souvent l'occasion de constater cette erreur des malades de prendre l'eau minérale aux repas, pour ne pas la signaler aux confrères qui la prescrivent.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 mai 1888. — Présidence de M. Hérard.

CORRESPONDANCE

La correspondance officielle comprend :

Une lettre de M. le ministre de l'instruction publique, mettant à la disposition de l'Académie, comme les années précédentes, une somme de 2000 francs, destinée à l'attribution de récompenses aux auteurs des meilleurs mémoires sur la mortalité des enfants du premier âge, ainsi qu'à la publication du rapport de la Commission permanente d'hygiène de l'enfance.

La correspondance manuscrite renferme :

1° Un mémoire de M. le docteur Chatain (Charles), médecin-major de deuxième classe au 19e bataillon de chasseurs, à Lille, ayant pour titre : « Valeur relative du vaccin humain et du vaccin animal, au point de vue des revaccinations ; avantages de la revaccination animale étudiée dans l'armée » ;

2° Un travail de M. le docteur Émile Tartière, médecin-major du 8e régiment de hussards, sur l' « État des vaccinations et revaccinations pratiquées sur les troupes de la garnison de Vienne (Isère), y compris celles pratiquées sur un certain nombre d'adultes et d'enfants de la même ville, pendant l'année 1887 » ;

3° Un travail de MM. Ed. Heckel et Fr. Schlagdenhaufen, sur la présence de la caféine dans les gousses de kola, de cacao et dans les fruits du café Liberia ;

4° Un rapport de M. le docteur E. Schoull, médecin-major de première classe à Aïn-Draham, sur les vaccinations et les revaccinations pratiquées dans cette localité ;

5° Une étude de M. le docteur Rivet, médecin-major de première classe, sur une épidémie de scarlatine au 137e de ligne, à Fontenay-le-Comte (Vendée), en 1886-1887.

LECTURE

Fragmentation spontanée des calculs dans la vessie. — **M. DEBOUT D'ESTRÉES** (de Contrexéville) présente un mémoire sur les cas de fragmentation spontanée des calculs dans la vessie qu'il a pu recueillir, depuis 1868, à Contrexéville.

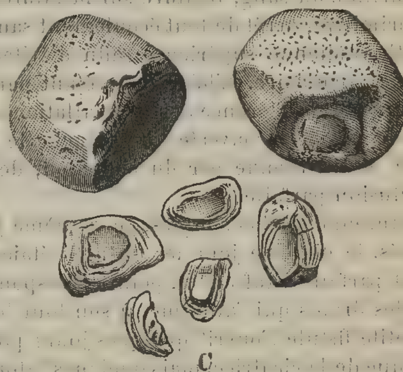
Ses conclusions sont les suivantes :

1° Les calculs qui se fragmentent spontanément sont composés d'acide urique et d'urates ;

2° Dans la plupart des cas observés, les calculs sont de petit volume et en nombre considérable ;

3° Les causes indiquées par les auteurs (contraction vésicale, retrait du noyau, des auteurs français ; influence des colloïdes, des auteurs anglais) ne suffisent pas à expliquer la majorité des cas observés.

Cependant M. Debout d'Estrées cite un fait recueilli en 1887, qui peut donner raison à Civiale. Il s'agit d'un malade qui, après



avoir expulsé un certain nombre de fragments, fut opéré par M. Segond, à la Charité, qui retira par une taille hypogastrique cinq calculs, dont deux présentaient les traces d'une fragmentation ancienne.

PRÉSENTATIONS

Arthrectomie des deux genoux. — **M. CH. PÉRIER.** Le malade qui a subi cette double opération est un jeune homme âgé de dix-sept ans et demi, qui, depuis l'âge de douze ans, avait les deux genoux volumineux. Il ne souffrait pas, mais à la suite de plusieurs chutes le volume des deux genoux était devenu tel que la marche, d'abord gênée, était devenue impossible. Traité pour la première fois, il y a un an, sans aucun effet, par l'immobilité et les vésicatoires, il alla trouver M. Périer au mois de juin dernier. A cette époque, les deux genoux étaient distendus par une hydarthrose énorme ; la synoviale, assez lâche, contenait une quantité

(1) *Annales d'hydrologie*, 1878.

considérable de noyaux durs, du volume d'une grosse fève à celui d'une petite noix, les uns très mobiles, les autres fixés à la paroi. D'ailleurs, pas de douleur, mais seulement de la gêne des mouvements et une impotence relative des membres qui exigeait un traitement curatif. C'est alors que M. Périer résolut d'ouvrir les articulations et d'extirper toutes les productions organiques qui les remplissaient, en n'opérant d'abord que l'un des deux genoux, le 20 juin, et l'autre le 19 octobre suivant, alors que la guérison du premier était complète et paraissait définitive. La seconde opération fut suivie d'un succès non moindre que la première et, depuis cinq mois, les deux genoux sont restés sains, les fonctions se sont rétablies et le malade marche sans fatigue pendant plusieurs heures.

Ligature simultanée de l'artère carotide primitive et de la veine jugulaire interne. — M. CH. PÉRIER. Le second malade est un homme de vingt-sept ans, cocher, travaillant habituellement la nuit, qui, dans une rixe, reçut successivement deux coups de canne à épée : le premier, dans le côté gauche du thorax, la lame glissa sous les téguments sans pénétrer ; le second coup dans le côté gauche du cou, la lame entra dans une vertèbre, se brisa, et l'extrémité resta implantée et perdue dans les téguments : la plaie saigna beaucoup et subit un premier pansement en ville.

Le lendemain, à l'hôpital, le blessé ne paraissait pas souffrir ; il avait une certaine liberté dans les mouvements. Au cou, on sentait à deux travers de doigt, au-dessous du bord inférieur du maxillaire, un corps qui semblait fixe et contre lequel le maxillaire venait presque s'appuyer quand la tête s'inclinait à gauche. La petite plaie d'entrée était pansée et son occlusion parfaite. Il n'y avait ni fièvre ni douleur.

L'extraction eut lieu le lendemain, en présence de MM. Berger et Peyrot, de la manière suivante : incision de 5 à 6 centimètres, au-devant du sterno-mastoïdien, et sur le point le plus saillant du corps étranger ; extraction facile d'une lame de 8 centimètres de long. Jet de sang volumineux, compression de la carotide par M. Peyrot, mise à découvert, avec l'aide de M. Berger, d'une double blessure de la veine jugulaire et de la carotide, près du cartilage thyroïde ; pose d'une première ligature au-dessous de ce point, réapparition du sang, ligature sur la bifurcation même de la carotide primitive, arrêt de tout écoulement sanguin. Ligature de l'artère thyroïdienne supérieure, afin d'éviter toute chance d'hémorrhagie secondaire. L'hémostase étant parfaite, la plaie est suturée au crin de Florence après installation de deux drains, saupoudrée de salol et recouverte d'une couche de coton au salol, assez épaisse et maintenue par du collodion, de manière à en assurer l'occlusion parfaite.

Les suites furent des plus simples. Le septième jour les drains étaient retirés, le dixième jour les sutures étaient enlevées ; la réunion était parfaite sauf en un point correspondant à l'orifice du passage des drains qui fut fermée à son tour le dix-neuvième jour. Une petite fistule s'ouvrit quelques jours plus tard, vers la partie moyenne de la cicatrice, mais quelques attouchements faits avec la teinture d'iode en eurent très vite raison.

L'opération avait eu lieu le 7 mars, la cicatrisation était complète le 6 avril et, le 9, le malade sortait et reprenait son dur métier de cocher de nuit. Depuis lors, il se porte parfaitement, les mouvements de la tête et du cou sont libres, la déglutition facile, et il n'y a pas la moindre apparence d'une lésion quelconque des centres nerveux.

ÉLECTIONS

L'Académie procède à l'élection de deux correspondants nationaux dans la première division.

La première élection donne lieu à trois tours de scrutin. Au premier tour, le nombre des votants étant 57, majorité 29, M. Mordret obtient 27 voix, M. Pierret 23, M. Morache 4, M. Chedevergne 2, M. Niepce 1.

Au deuxième tour, 71 votants, majorité 36, M. Mordret obtient 32 suffrages, M. Pierret 30, M. Morache 5, M. Chedevergne 2, M. Niepce 1. Il y a un bulletin blanc.

Au troisième tour M. Mordret est élu par 44 voix contre 27 accordées à M. Pierret, 1 bulletin blanc et 1 bulletin nul, sur 73 votants.

La seconde élection comporte 71 votants, majorité 36, M. Pierret obtient 37 voix (élu), M. Morache 27, M. Niepce 5 et M. Chedevergne 2.

COMMUNICATIONS

Sur la diméthyloxyquinizine. — M. DUJARDIN-BEAUMETZ revient sur la question soulevée dans la dernière séance par M. Bourgoin, pour faire remarquer que le nom d'antipyrine ayant été déposé en France comme marque de fabrique seulement, le 2 février 1885, n'avait aucune valeur sous ce point de vue, le nom étant passé dans le domaine public, dès 1884. M. Dujardin-Beaumetz préférerait que le médicament gardât le nom de diméthyloxyquinizine quoique mauvais chimiquement parlant, plutôt que de lui voir attribuer un troisième nom qui ne peut que jeter la confusion dans les prescriptions en présence d'autres produits nouveaux qui sont aussi d'actifs analgésiques. Il voudrait donc qu'on lui gardât soit le nom de diméthyloxyquinizine, soit de préférence celui d'antipyrine sous lequel cet agent est universellement connu.

M. LABORDE soutient que le mot d'analgésine, proposé avec raison par M. Bourgoin dans la précédente séance, a le double avantage de garantir de tous procès la fabrication française du médicament, ensuite de lui donner sa véritable dénomination vu ses propriétés thérapeutiques. L'antipyrine, en effet, est un analgésique, il n'est antipyrétique ou antithermique que parce qu'il est un médicament nervin, agissant tout particulièrement sur le système nerveux.

M. ARMAND GAUTIER. Les dénominations chimiques sont aujourd'hui tellement complexes qu'elles ne peuvent passer dans la pratique médicale, la désignation d'un médicament basée sur son action thérapeutique est dangereuse en ce sens qu'elle peut s'appliquer à plusieurs substances très différentes en soi bien qu'identiques par leurs propriétés, aussi devient-il nécessaire d'en modifier la nomenclature ; il serait à désirer que l'Académie confiât à une commission spéciale le soin d'étudier cette question.

La proposition de M. Armand Gautier est adoptée.

Étude expérimentale d'un nouveau produit tiré de l'opium et présentant les propriétés physiologiques et thérapeutiques de la narcéine : la méco-narcéine. — M. J.-V. LABORDE cite dans le groupe des principes immédiats, retirés de l'opium, la narcéine découverte par Pelletier et tombée dans un oubli à peu près complet, pour plusieurs causes : d'abord, en raison de son prix de revient, en raison aussi de ce que le procédé Pelletier ne réussit pas avec tous les opiums, enfin en raison de sa faible solubilité dans les véhicules ordinaires, notamment dans l'eau, d'où un emploi presque impossible par la méthode hypodermique, et une difficulté d'absorption par la voie stomacale.

Aussi frappés de ces desiderata MM. Laborde et Duquesnel se sont mis à l'œuvre dans le but d'en triompher et communiquent aujourd'hui les résultats de l'enquête à la fois chimique et expérimentale, à laquelle ils se sont livrés pour arriver à une solution satisfaisante de la question, étude d'où est sortie la méco-narcéine.

Après avoir décrit le procédé chimique auquel ils ont eu recours, M. Laborde fait connaître les effets physiologiques de ce médicament, c'est-à-dire ceux-là mêmes de la narcéine, avec cette seule différence qu'ils sont tout à l'avantage du produit nouveau, grâce à sa solubilité et à son activité plus grandes et constantes. Il signale, en terminant, les applications possibles et efficaces de la méco-narcéine.

LECTURES

L'hydrophobine ; vaccin chimique. — M. PEYRAUD (de Libourne) rappelle ses recherches sur la simili-rage ou rage tana-

cétique; les rapports de celle-ci avec la vraie rage; la prévention des deux par le chloral et surtout la vaccination anti-rabique, avant et après inoculation avec l'essence de tanaisie. Ces faits, qui datent du mois de mars 1887, ont amené M. Peyraud à la découverte du vaccin chimique dosable et à celle des médicaments des leucomaïnes-vaccin.

La découverte du vaccin chimique vient de recevoir dans ces derniers temps une confirmation éclatante par les recherches de MM. Charrin, Roux et Chamberlant, Chantemesse et Widal, et plusieurs maladies virulentes ont déjà trouvé, tout à fait en dehors de l'inoculation microbienne, leur vaccin chimique dans le poison isolé de ces centres nerveux à fermentations morbides, où M. Peyraud les avait signalés dès le mois de juillet 1887.

M. Peyraud a lui-même essayé de rechercher pour la rage le poison rabique qu'il soupçonnait depuis si longtemps, l'isomère de l'essence de tanaisie, et sur vingt-deux cerveaux de lapins enragés qu'il a broyés et fait macérer avec de l'alcool à 90 degrés, après filtration et évaporation à l'air libre à une température qui n'a pas dépassé 50 degrés, il a pu recueillir un liquide qui a l'odeur, la saveur de l'essence de tanaisie et qui, injecté sous la peau de quatre petits lapins, produit des phénomènes biologiques instantanés ressemblant exactement aux phénomènes de la rage paralytique.

M. Peyraud a fait la contre-épreuve avec le même nombre de cerveaux sains. Il ne s'est produit rien de semblable. Il pense avoir isolé là, au moins biologiquement, le poison de la rage.

Traitement de la scoliose; hancher gauche et station assise droite. — M. J.-B. REYNIER. Généralement dans la scoliose ordinaire c'est-à-dire à convexité dorsale, tournée à gauche, le bassin est incliné de haut en bas et de droite à gauche.

Pour combattre cette inclinaison on a employé un siège incliné en sens inverse du bassin, de telle sorte que le centre de gravité du tronc se porte sur l'ischion gauche, en station assise gauche.

Il se passe là pour la station ischiatique ce que l'auteur a déjà constaté pour les pieds placés sur un plan incliné de haut en bas et d'arrière en avant ou sur un plan transversalement incliné ou sur des chaussures inclinées par des talons élevés, c'est-à-dire que le centre de gravité se porte toujours du côté le plus élevé du point d'appui.

M. Dally a dit que le hancher droit produit les mêmes effets mécaniques que la station assise gauche. Pour que le hancher gauche produise les mêmes effets mécaniques que la station assise droite, il faut que le tronc se porte tout d'une pièce à gauche, la cuisse gauche appuyant sur le bord du siège ou mieux le pied gauche remplaçant l'ischion de ce côté.

En ce qui concerne la station assise droite, un sujet, auquel il est ordonné de s'asseoir sur la fesse droite, tend à incliner le buste à droite, comme dans le hancher droit. Il faut donc bien spécifier qu'il est nécessaire, pendant la station fessière droite, de porter fortement le tronc tout d'une pièce, en avant et à gauche. Sans cette précaution, la courbure lombaire, en augmentant, déjette le tronc à droite et la tête est ramenée dans l'axe vertical par l'inclinaison de la colonne dorsale à gauche, c'est-à-dire par l'augmentation de la courbure dorsale.

Principales indications de l'antipyrine ou mieux analgésine en oculistique. — M. GRAND'CLÉMENT (de Lyon) a trouvé la méthode des injections plus rapide et plus sûre que l'administration par la voie stomacale. D'une manière générale, les injections d'antipyrine ou mieux d'analgésine à la tempe réussissent :

1° Rapidement et presque toujours contre l'élément *douleur oculaire*, mais surtout péri-orbitaire ;

2° Souvent aussi, mais moins promptement et moins sûrement, contre l'élément *spasme*;

3° Enfin, elles modifient favorablement la plupart des *processus inflammatoires du globe*, surtout s'ils s'accompagnent de *douleurs ciliaires*; bien plus, leur action favorable sur la marche de l'inflammation est d'autant plus évidente que la douleur est plus vive.

Passant aux applications spéciales l'auteur ne compte plus les cas de *kératites*, d'*iritis* et surtout d'*iridochoroïdites glaucomateuses*, qui ont été rapidement soulagées et amendées par deux ou trois injections d'antipyrine.

Elles ont aussi exercé une influence favorable sur une *ancienne hémicranie*, d'origine ancienne, sur les *tics* de l'orbiculaire des paupières, sur une *héméralopie monoculaire*, et aussi sur les *épisclérites* et *scléro-choroïdites antérieures*, et les *corps flottants* de l'humeur vitrée, tout autant d'affections oculaires très tenaces et résistant à tous nos moyens d'action actuels.

Il a fait plus de trois cents injections à la tempe, à la dose de 25 centigrammes d'antipyrine et un 1/2 centigramme de cocaïne dans 10 gouttes d'eau distillée. Il n'a jamais eu d'abcès, surveillant avec soin la pureté du produit et surtout de l'eau employée.

Mais il se produit toujours un léger gonflement de la région injectée, sensible à la pression pendant huit ou dix jours; souvent même il se produit un léger œdème des paupières. Il attribue, à cette sorte de révulsion sous-cutanée, une bonne part de leur efficacité.

Quoi qu'il en soit de ces vues théoriques, M. Grand'Clément pense que les injections d'antipyrine rendront de grands services dans le domaine de la pathologie oculaire, lorsque toutes leurs indications seront bien déterminées; il en indique quelques-unes; à l'avenir il appartient de les formuler toutes.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 mai 1888. — Présidence de M. POLAILLON.

COMMUNICATIONS

Paralysie radiale; fracture de la tête de l'humérus. — M. TERRILLON a fait la résection de l'extrémité externe de la clavicule du malade qu'il a présenté dans la dernière séance. Il y avait, en effet, une fracture de la tête de l'humérus. Les mouvements sont déjà revenus dans les doigts, et tout fait présumer que la paralysie radiale dont était atteint ce malade disparaîtra complètement.

Gastrostomie. — M. TERRILLON communique l'observation du malade qu'il a présenté à l'Académie (voy. *Gaz. des hôpitaux*, 1888, p. 257) et auquel il a pratiqué une gastrostomie. Quand il vit ce malade pour la première fois, il y avait six jours qu'il n'avait pu rien prendre. L'obstacle siégeait au cardia où il y avait un rétrécissement de nature encore inconnue. M. Terrillon fit la gastrostomie selon la méthode indiquée par M. Labbé. Il arriva facilement sur la grande courbure de l'estomac, fit la suture et pratiqua une toute petite ouverture par laquelle il introduisit une sonde en caoutchouc n° 17. Comme ce malade avait une grande quantité de suc gastrique, il digéra son orifice stomacal, aussi bien la muqueuse que la peau, et il en résulta après cinq ou six jours une grande plaque de gangrène. En outre, à tout instant, les liquides absorbés s'échappaient au dehors, par suite des violentes contractions de l'estomac. Pour retenir ces liquides, M. Terrillon eut recours alors à un appareil spécial composé de deux ballons réunis par un tube court et disposés de telle façon qu'étant gonflés, ils obturaient bien complètement l'orifice des deux côtés. Ce malade va maintenant aussi bien que possible, mais le rétrécissement du cardia persiste. Il est impossible de savoir quelle est la nature de ce rétrécissement. Peut-être s'agit-il d'un cancer à marche spéciale.

M. Terrillon a fait deux fois la même opération, pour des cancers de l'œsophage. Le premier de ces deux malades succomba aux progrès de son cancer. Le second mourut subitement quel-

ques heures après l'opération, par suite d'une ulcération de l'aorte par le cancer, ainsi que l'a démontré l'autopsie.

M. SEGOND craint que l'appareil dont s'est servi M. Terrillon, par ses frottements, n'agrandisse la fistule gastrique. Il a employé plusieurs appareils analogues chez la femme qu'il a opérée et présentée à l'avant-dernier Congrès de chirurgie, et il a dû y renoncer, ayant remarqué que les frottements forcés qu'exerçait cet appareil ne faisaient qu'agrandir la fistule.

M. QUENU met en doute la nature cancéreuse du rétrécissement dont est atteint le malade de M. Terrillon. En effet, dans les cas de cancers, les suites de l'opération sont généralement mauvaises et les malades se cachectisent très rapidement. L'amélioration, qui a suivi l'opération de M. Terrillon, suffirait seule pour nier l'existence d'un cancer.

M. TERRIER regrette que M. Terrillon n'ait pas examiné les urines de son malade au point de vue de l'urée, de l'acide chlorhydrique. Il eût pu avoir là des renseignements précieux de diagnostic.

M. Debove a décrit un rétrécissement simple de l'œsophage consécutif à des ulcères de l'estomac. Peut-être le malade de M. Terrillon ne présente-t-il pas autre chose.

M. TERRILLON répond à M. Segond, que l'appareil dont il se sert chez ce malade n'exerce pas de frottements; depuis son emploi d'ailleurs, l'état de la plaie est déjà très heureusement modifié. Relativement à l'observation de M. Quenu, il déclare n'avoir pas affirmé que ce malade fût atteint de cancer, c'est une simple présomption.

Quant au reproche que lui a fait M. Terrier de n'avoir pas dosé l'urée et l'acide chlorhydrique de ce malade, M. Terrillon avoue ne pas attacher à ces signes l'importance qu'on leur accorde.

Il a fait à ce sujet de nombreuses expériences qui ne lui ont jamais donné de résultats positifs.

Plaie de l'axillaire; ligature. — M. NÉLATON fait une communication sur une plaie de l'artère axillaire. Il s'agit d'une femme qui, le 12 juillet 1887, reçut une balle à l'épaule gauche. Au niveau de la région axillaire, il y avait un épanchement considérable; il n'y avait plus de battements dans les artères radiale et cubitale. L'épanchement ayant augmenté beaucoup dans les vingt-quatre heures, M. Nélaton se proposa de lier les deux bouts de l'artère axillaire. Mais auparavant, il découvrit la sous-clavière et la lia temporairement. Cela fait, il fendit l'aisselle, et trouva une plaie de 7 millimètres sur la face antérieure de l'axillaire. Il la lia au-dessus et au-dessous, ainsi que l'artère acromio-thoracique qui était également lésée. Ces trois ligatures faites, il retira la ligature de la sous-clavière, mit un tube et pansa antiseptiquement. La malade sortit guérie le vingt-quatrième jour, mais le membre était inerte. Elle resta paralysée ainsi pendant deux mois.

Après un traitement électrique prolongé, cette malade recouvra l'usage de son bras.

On a fait deux objections à la ligature de l'axillaire dans la plaie, l'hémorrhagie et le sphacèle consécutif. Le danger d'hémorrhagie ne saurait être nié, c'est pour l'éviter que M. Nélaton a fait la ligature temporaire de l'artère sous-clavière. Quant à la gangrène, elle peut être laissée de côté, en raison de la circulation collatérale, et aussi de l'emploi de la méthode antiseptique, prévenant toute suppuration.

M. Le Fort, dans une statistique relative à cette opération, relevait sept cas de mort sur dix. Or, dans les six observations les plus récentes, recueillies par M. Nélaton, on ne compte qu'un seul cas de mort sur six opérés.

M. SCHWARTZ se demande pourquoi, au lieu de la ligature temporaire de l'artère sous-clavière, on ne se contenterait pas de la compression de cette artère.

M. TERRIER fait observer que, dans bien des cas, on peut rencontrer les plus grandes difficultés pour lier la sous-clavière. Avant d'en arriver là, il faut donc essayer la compression, soit indirecte, soit directe avec un doigt aseptique, mais pour peu qu'on ait des difficultés, la conduite de M. Nélaton est à imiter.

M. LE DENTU dit que, dans ces cas, la conduite du chirurgien dépend de l'abondance de l'épanchement sanguin.

La séance est levée.

Voici en quels termes M. le professeur Brouardel a commencé sa leçon, vendredi dernier :

« Avant de reprendre l'étude que nous avons abordée dans la dernière séance, j'ouvre une parenthèse au sujet de ma responsabilité personnelle.

Il y a quelques semaines, je vous ai parlé de la contagion possible de la syphilis par les instruments de divers praticiens et je vous avais cité le cas du docteur B..., qui avait contaminé plusieurs de ses clients, en pratiquant des opérations sur l'oreille. Un de mes auditeurs, qui me fait l'amitié anonyme de reproduire mon cours — ce dont je ne me plains pas du reste — a inséré la phrase suivante : « Souvenez-vous que rien n'est commun comme la malpropreté des auristes et des dentistes. »

Vous comprenez que les auristes et les dentistes n'ont pas été contents de ce jugement, et ils s'en sont plaints, soit dans des lettres qui m'ont été adressées, soit dans la presse médicale. Je n'ai pas dit que tous les auristes et tous les dentistes étaient des gens malpropres; j'ai dit seulement qu'il y en avait eu de malpropres. Mais, depuis le cas du docteur B..., qui date de vingt-cinq ans, aucun fait semblable n'est venu à ma connaissance. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décrets, en date du 24 avril 1888, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. le docteur Levieux, vice-président de la commission des hospices de Bordeaux.

Au grade de chevalier : M. le docteur Plumeau, professeur suppléant à la Faculté de médecine de Bordeaux.

— Par décret, en date du 2 mai 1888, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs en médecine Dutremblay, Reymond, Bataille, Roland, Thominet, Morin, Roulland, Coutenot, Drouet, Rabaine, Leflaive, Thomas.

— Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur A. Desplats, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, décédé le 5 mai 1888, à l'âge de soixante-huit ans. Ses obsèques ont eu lieu le mardi 8, à la Madeleine. Une délégation de la Faculté, en robe, y assistait.

— M. Hannosset, ancien directeur de l'hôpital Beaujon et de l'Hôtel-Dieu de Paris, chevalier de la Légion d'honneur, est décédé le 6 mai à Vernon (Eure), où il habitait depuis onze ans. Il venait d'atteindre sa quatre-vingt-treizième année.

M. Hannosset était entré fort jeune dans l'administration de l'Assistance publique. Son assiduité, son zèle, son dévouement lui attirèrent immédiatement l'estime et l'intérêt de ses chefs; néanmoins, il n'arriva que lentement aux échelons supérieurs. Un profond sentiment de dignité et une réserve timide l'empêchèrent de recourir à des appuis que lui avaient valus cependant ses qualités exceptionnelles.

Dès qu'il fut directeur, son initiative se signala; et, sous sa gestion, l'hôpital Beaujon, bientôt transformé, devint en peu de temps une sorte de modèle, tant celui qui le dirigeait mit de soins à des créations nouvelles qui introduisirent dans les autres établissements hospitaliers d'utiles améliorations. A l'élégance de la tenue intérieure, M. Hannosset sut joindre l'excellente application de tout ce qui pouvait profiter aux malades et à l'économie administrative.

Certainement, des chefs de service se souviennent encore de la ponctualité, de la méthode intelligente, de l'urbanité et de la bienveillance que trouvait, chez ce directeur, quiconque l'abordait ou souffrait. Dévoué à ses fonctions pendant plus de quarante ans, et, en toutes choses, fidèle observateur des prescriptions

d'une conscience scrupuleuse, M. Hannosset s'était acquis d'indiscutables droits à l'estime de tous.

— M. Laborie soutiendra, devant la Faculté des sciences de Paris, le 14 mai, à neuf heures, pour obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles, la thèse suivante : « Recherches sur l'anatomie des axes floraux. »

— M. le docteur H. Beauregard, aide-naturaliste de M. le professeur Pouchet, commencera demain samedi, 12 mai 1888, à neuf heures du matin, dans les galeries d'anatomie comparée du Muséum, des conférences sur l'ostéologie du crâne dans les diverses classes des vertébrés, et les continuera les jeudi et samedi de chaque semaine, à la même heure.

— M. Bureau, professeur de botanique au Muséum, fera sa prochaine herborisation le 13 mai 1888, à Herblay. Rendez-vous : gare du Nord, à onze heures vingt-cinq.

— M. le professeur Gaston Bonnier fera sa prochaine excursion botanique le dimanche 13 mai 1888, à Meulan et dans les bois de Triel; le rendez-vous est à la gare Saint-Lazare (par la rue d'Amsterdam, n° 9), à huit heures dix minutes du matin. On sera de retour à Paris à six heures cinquante-cinq minutes. Les élèves qui désirent suivre cette herborisation sont priés de se faire inscrire au laboratoire de botanique de la Faculté des sciences, de deux heures à quatre heures.

— M. le professeur L. Guignard fera sa prochaine herborisation le dimanche 13 mai 1888, dans les bois de Saint-Cloud et de Versailles. Le rendez-vous est à la gare Montparnasse, à dix heures quarante-cinq minutes, pour le train partant de Paris à onze heures cinq minutes.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 56. — MARDI 15 MAI 1888. 61e ANNÉE. MARDI 15 MAI 1888. — N° 56.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris.—L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. PÉAN.

Du morcellement appliqué à l'ablation des tumeurs (1).

(Leçons recueillies par M. LAPERVENCHE, interne des hôpitaux.)

IV

Dans la leçon précédente, nous avons montré notre manière d'agir, quand les tumeurs étaient superficielles et situées au niveau ou au voisinage des orifices naturels; voyons, maintenant, comment il convient de procéder lorsque des tumeurs cutanées ou sous-cutanées sont vastes et situées dans d'autres régions.

Le malade que nous vous présentons a été opéré, devant vous, d'un énorme lipome sous-cutané du dos. Nous avons fait l'hémostasie préventive à la périphérie à l'aide des doigts ou d'éponges convenablement maintenues par des aides; puis, au moyen d'un couteau à amputation, nous avons transfixé directement la peau et la tumeur, et nous les avons incisées d'un seul coup de la profondeur vers la superficie, de façon à voir l'épaisseur de la tumeur et à l'enlever en plusieurs parties. Grâce au pincement temporaire des vaisseaux des enveloppes, l'opération a été exécutée rapidement, sans hémorrhagie, parce qu'il s'agissait d'un lipome en masse. Lorsqu'il s'agit de lipomes en grappe dont les lobes sont entourés par un tissu cellulo-adipeux résistant, le morcellement est plus difficile à cause de l'obstacle que chacun des lobes oppose à l'énucléation. Mieux vaut alors, pour l'exécuter, inciser les téguments et la tumeur de dehors en dedans sur une étendue suffisante, parallèlement à son grand axe, et poursuivre la dissection de chaque lobe. Enfin, il est des lipomes tellement diffus qu'il faut tout d'abord en enlever la masse principale et poursuivre le reste de son mieux au milieu de la couche graisseuse sous-cutanée qui l'entoure sans limites bien précises. Il est à remarquer que ces longues incisions, lorsqu'elles sont disposées de manière à permettre l'écoulement des liquides à la partie déclive et qu'elles sont convenablement pansées, se réunissent toujours aisément par première intention.

(1) Suite. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 477.

Toutefois, pour obtenir ce résultat, il est bon d'exciser une portion des téguments quand ils sont exubérants, fermer la plaie au moyen de sutures au crin de Florence à anses séparées, placer un tube à drainage à la partie déclive et faire un pansement antiseptique, ouaté, compressif, renouvelé seulement tous les six ou huit jours.

Voici un autre malade affecté d'une vaste tumeur lipomateuse, que nous avons opéré dernièrement en votre présence, et qui est actuellement guéri. La tumeur était le siège d'un épanchement sanguin qui rendit, comme vous le savez, le morcellement difficile. Permettez-nous de vous rappeler brièvement son observation :

OBSERVATION I. — J..., âgé de quarante ans, terrassier, était porteur, depuis six ans environ, d'une tumeur qui occupait la région lombaire du côté gauche. L'augmentation de volume avait été très peu rapide, lorsque, six semaines avant son entrée à l'hôpital, il fit une chute, et à la suite la tumeur s'accrut dans de grandes proportions.

Au moment où il vint réclamer nos soins, on constatait dans la région lombaire la présence d'une masse volumineuse, s'étendant depuis les apophyses épineuses jusqu'au-dessous du rebord des fausses côtes gauches; son volume équivalait à celui d'une tête d'adulte. La consistance était molle, par points on constatait une grande dureté. Indolence absolue.

Après chloroformisation, nous incisons la tumeur et ouvrons de larges cavités remplies de caillots sanguins. L'extirpation par morcellement fut facile, l'excédent de peau fut reséqué, la réunion par première intention fut obtenue et, un mois après, le malade quittait l'hôpital.

En regard de cette observation, permettez-nous de vous en rappeler une autre qui présentera pour vous d'autant plus d'intérêt que la tumeur était immense, étendue du dos à l'abdomen, de nature très rare, éléphantiasique, et qu'elle a été opérée à une époque où nous avions beaucoup de peine à vulgariser le morcellement combiné au pincement des vaisseaux. Nous avons publié cette observation dans une monographie qui est actuellement épuisée (1).

Cette tumeur, dont nous vous présentons aujourd'hui le dessin photographié d'après nature, avait une très large surface d'implantation. En arrière, elle recouvrait une grande partie des vertèbres, elle remontait à droite au-dessous des dernières côtes jusque vers la moitié du thorax, s'étendait vers le flanc gauche au delà de l'épine iliaque et

(1) *Opération pratiquée avec succès pour une énorme tumeur fibro-graisseuse à forme éléphantiasique.* Paris, 1869, Germer Baillière.

atteignait de ce côté la partie moyenne de la région inguinale.

La dissection des téguments qui la recouvraient nous aurait exposé à des hémorrhagies menaçantes si nous avions tenté la dissection de la périphérie au centre sans recourir à notre méthode de *morcellement*. Pour y parvenir, nous fûmes obligé de sectionner chacune des portions de la tumeur avec le bistouri, après l'avoir étreinte avec des pinces à mors longs et courbes ou la chaîne de l'écraseur linéaire, comme l'indique la figure (fig. 8). Grâce à ces pré-

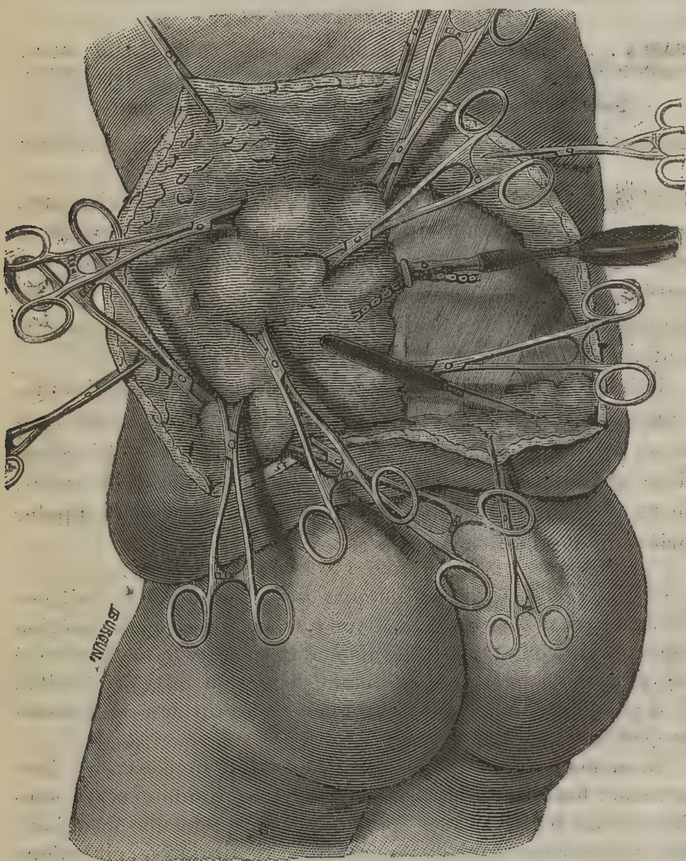


Fig. 8. — Ablation par morcellement d'une énorme tumeur fibro-graisseuse de la région dorso-lombaire à l'aide du pincement, de l'écrasement linéaire et des ligatures métalliques perdues dont nous nous servions à cette époque.

cautions, nous parvenions à enlever la totalité de cette énorme masse sans perte de sang et sans être obligé de laisser un grand nombre de ligatures métalliques perdues, de sorte que nous pûmes fermer la plaie par suture et obtenir la réunion par première intention.

Nous tenions d'autant plus à vous citer cette observation que certains chirurgiens, peu au courant de notre méthode, bien qu'ils aient songé un instant à se l'approprier, n'en ont aucunement compris le manuel. Nous ne craignons pas d'affirmer que l'opérateur qui aurait tenté l'ablation, sans recourir à l'hémostasie préventive et temporaire, n'aurait pu la conduire à bonne fin et aurait perdu, séance tenante, le malade d'hémorrhagie. N'est-il pas surprenant de voir, au contraire, avec quelle facilité et quelle sécurité toutes les portions de cette tumeur, si riche en artérioles et en veinules dilatées, ont été enlevées dans un temps relativement court?

La *glande mammaire* est le siège de tumeurs tellement nombreuses qu'il ne se passe guère de semaines où vous ne nous voyiez en opérer une dans notre service. Comme elle est en quelque sorte sous-cutanée, vous nous voyez presque toujours enlever les productions bénignes ou malignes, qui s'y développent de la même façon que les précédentes.

S'agit-il d'une tumeur bénigne peu adhérente aux tissus environnants? Après avoir fait tendre les téguments et la tumeur par les mains des aides, qui font du même coup l'hémostasie préventive, nous transfixons à la fois avec un long bistouri la tumeur, les téguments et les tissus qui l'entourent. Elle se trouve ainsi coupée en deux moitiés dont l'énucléation est en quelque sorte instantanée, grâce à la laxité des tissus qui doublent son enveloppe et à la facilité avec laquelle on peut détacher à la fois ses surfaces profonde et superficielle.

S'agit-il d'une tumeur fixe et à plus forte raison d'une tumeur maligne? La section totale du néoplasme et des téguments qui l'enveloppent facilite également l'ablation par morcellement; mais dans ce cas il faut redoubler de soin pour prévenir toute perte de sang inutile, ce qui est aisé, grâce au pincement temporaire des vaisseaux, afin de ne pas laisser de portions suspectes de la tumeur et des téguments qui l'entourent. Avec ces précautions, l'opération est rapidement conduite, et il est presque sans exemple que nous ayons besoin, à la suite, de laisser des pinces à demeure pour obtenir l'hémostasie définitive.

Les pansements rares, antiseptiques, et la compression ouatée suffisent ensuite pour obtenir une prompte réunion.

Telles sont les considérations que nous tenions à vous exposer à propos des tumeurs superficielles. Il vous suffira de jeter un coup d'œil sur les observations contenues dans nos volumes de Clinique, pour en trouver un grand nombre d'autres qui pourront non moins vous édifier sur la méthode opératoire qui nous occupe.

DES PARALYSIES
DANS LA DYSENTÉRIE ET LA DIARRHÉE CHRONIQUES DANS LES PAYS CHAUDS

Par M. le docteur J. Pugibet, médecin-major, lauréat de l'Académie de médecine.

Conclusions. — La dysentérie et la diarrhée chroniques des pays chauds, du Tonkin en particulier, peuvent, au même titre que la généralité des affections aiguës, produire des troubles divers du système nerveux, surtout des paralysies. Contrairement à une opinion généralement admise, la forme paraplégique n'est pas spéciale à la dysentérie et à la diarrhée. Dans le cours de ces deux affections à l'état aigu ou chronique, on peut observer les formes les plus diverses des troubles nerveux.

Les paralysies dysentériques ont souvent un début brusque et nocturne, sans ictus apoplectique; elles sont généralement incomplètes, leur marche est rapide, elles se terminent assez fréquemment par la guérison complète; quelques-unes persistent toute la vie; plus rarement elles entraînent la mort. Ces accidents nerveux, le plus souvent symétriques, peuvent porter sur des nerfs moteurs, sensitifs, mixtes, et même déterminer une glycosurie passagère. Les muscles paralysés le sont d'une manière très capricieuse; parmi ceux qui sont innervés par le même plexus ou le même nerf, les uns sont privés de mouvement, les autres ne le sont pas. La sensibilité peut être atteinte, mais souvent elle est intacte; la contractilité électrique des muscles est, ou normale, ou légèrement diminuée.

Ces paralysies ne sont pas de simples névroses, des affections *sine materia;* le siège des lésions doit résider dans l'axe cérébro-spinal, et spécialement dans les cellules nerveuses des cornes antérieures de la moelle. La lésion, cause de ces troubles fonc-

tionnels, est, pensons-nous, une thrombose capillaire produisant une ischémie limitée pouvant déterminer dans certains cas l'atrophie et le ramollissement des éléments nerveux.

Le pronostic spécial de ces paralysies est assez bénin, car dans la majorité des cas, elles guérissent complètement; le pronostic général est grave, car elles témoignent d'une débilitation profonde de l'organisme, et tel qui a guéri de sa paralysie, meurt peu après des suites de son affection intestinale. La dysentérie des pays chauds, du Tonkin spécialement, se complique souvent d'accès de fièvre ou de cachexie palustre.

Le traitement doit être inspiré d'abord par l'état de dépérissement du sujet, ensuite par les maladies antérieures, qui, comme la fièvre palustre, la syphilis, etc. peuvent fournir des indications spéciales au point de vue des accidents nerveux. Dans ces derniers cas il faut agir promptement et avec énergie. Enfin, puisque les sujets observés étaient des militaires, il ressort de cette étude que les paralysies de la motilité, des sensibilités générales ou spéciales, et même une glycosurie, survenant dans le cours ou la convalescence d'une dysentérie ou diarrhée aiguë ou chronique, sont bien la conséquence de ces maladies. Par suite, si ces maladies ont été contractées dans le service et si les infirmités qui en résultent sont graves et incurables, elles doivent ouvrir, au même titre et dans les mêmes conditions que toutes les autres blessures ou infirmités, des droits à la pension de retraite. (*Rev. de méd.*)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 mai 1888. — Présidence de M. Siredey.

COMMUNICATIONS

Diphthérie. — M. FÉRÉOL communique l'observation d'une femme d'un certain âge, pléthorique, qui fut prise, le 6 du mois, d'une angine avec une plaque grise sur l'amygdale droite. Comme elle refusa énergiquement de prendre un vomitif, M. Féréol lui prescrivit une purgation. Le lendemain matin, elle était aphone, présentait une plaque jaunâtre assez étendue sur l'amygdale, un léger engorgement des ganglions, un peu de gêne de la respiration et surtout un état général très mauvais. M. Ruault, qui examina la gorge de cette malade au laryngoscope, constata que la fausse membrane de l'amygdale droite se prolongeait jusque dans le larynx, et que le vestibule laryngien était très rouge. On fit des pulvérisations phéniquées. Le 8, la voix était un peu revenue: mais la malade ressentait une violente douleur rétro-sternale; la respiration était très gênée, la poitrine était pleine de râles sibilants et il y avait aussi du souffle bronchique; pas de point de côté, pas de souffle tubaire. On applique de nombreuses ventouses sèches. Le 9, la douleur rétro-sternale a presque disparu, mais la malade est dans un abattement extrême. On examine les urines, on trouve, non de l'albumine, mais du sucre. Rien jusqu'ici n'avait indiqué qu'elle fût diabétique. Elle succomba le 10 au matin, dans l'asphyxie comateuse. Il s'agissait donc d'une diphthérie qui était passée de l'amygdale dans le larynx, ainsi que le démontra l'examen laryngoscopique, puis du larynx dans la trachée et dans les bronches, ainsi que l'indiquèrent les symptômes et la marche de la maladie. La mort est survenue en six jours; il s'agissait donc bien d'une diphthérie infectieuse.

M. Féréol a constaté un fait analogue, chez un malade auquel on venait de pratiquer l'ablation de l'œil et qui fut pris d'une amygdalite, d'abord jugée sans importance, et qui fut bientôt suivie d'aphonie et de généralisation très rapide. Ce malade rendit des quantités énormes de fausses membranes; il mourut avec des phénomènes infectieux et une aphonie complète; il n'avait ni diabète, ni albuminurie. M. Féréol insiste sur ces formes particulières et extrêmement graves de la diphthérie qui rentrent peu dans les descriptions classiques.

M. RENDU, étant interne à l'hôpital des Enfants, a veillé une jeune fille de dix-huit ans, qui avait été soignée par Lorain, pour une angine diphthéritique, très bénigne au début. Cette jeune fille fut prise brusquement d'un état général infectieux très grave, sans qu'il y eût de toux ni d'expectoration, la poitrine se remplit de râles fins et la mort survint en deux ou trois jours. Il s'agissait là d'une intoxication foncière; cette jeune fille succomba à une bronchopneumonie réelle, dont elle ne soupçonnait pas l'existence. Or, cette bronchopneumonie infectieuse suffit bien pour amener la mort, sans qu'il soit nécessaire d'admettre la propagation de la diphthérie dans les bronches, comme l'a fait M. Féréol dans son cas.

M. CADET DE GASSICOURT a observé chez les enfants plusieurs faits analogues à celui de M. Féréol. Un enfant, à la suite d'une scarlatine, présente un engorgement ganglionnaire cervical superficiel; sur une amygdale apparaissent quelques plaques pseudo-membraneuses; trois ou quatre jours après, l'état de l'arrière-gorge ne présentait rien de particulier, il n'y avait plus d'engorgement ganglionnaire; mais on trouvait de la matité et du souffle à la base du poumon gauche. Voilà donc deux manifestations infectieuses qui se succédèrent apparemment à une certaine distance l'une de l'autre, l'une à l'amygdale, l'autre à la base du poumon. Ce matin, cet enfant, qui avait été beaucoup mieux, fut pris de croup, il est mourant à l'heure actuelle. C'est bien là une diphthérie à marche insidieuse, bizarre, se manifestant en des points éloignés les uns des autres. Étant jeune médecin, M. Cadet de Gassicourt fut un jour honoré de la confiance de son concierge, qui l'appela pour voir son enfant qu'il trouva atteint d'une simple angine inflammatoire. Cependant il ne parvint pas à rassurer les parents, qui lui demandèrent une consultation. Il fit venir M. Barthez qui, après avoir soigneusement examiné cet enfant, déclara qu'il n'était nullement question de diphthérie. Trois jours après cet enfant avait la gorge pleine de fausses membranes, et il succombait le quatrième jour. Il y a aussi des cas dans lesquels la diphthérie remonte des parties profondes aux parties superficielles. Voici, par exemple, un enfant de cinq à six ans, atteint de croup se présentant dans des conditions très favorables, on fait la trachéotomie, l'enfant va bien pendant deux jours, puis le troisième jour il est pris d'intoxication diphthéritique par la gorge et meurt intoxiqué par une angine diphthéritique, apparue bien après le croup.

M. FÉRÉOL s'est bien demandé si, dans son cas, il n'avait pas eu affaire à une bronchopneumonie infectieuse, ainsi que le croit M. Rendu, mais la marche en a été bien rapide; en outre, l'examen, fait par M. Ruault, a bien montré le passage de la diphthérie de l'amygdale dans la gorge. Enfin, cette malade est morte en cinq jours, sans toux, sans point de côté. Il y a donc lieu de croire à l'extension de la diphthérie aux bronches.

M. CADET DE GASSICOURT ne connaît pas de moyen de diagnostiquer une bronchite pseudo-membraneuse. Qu'il y ait d'ailleurs ou qu'il n'y ait pas de fausses membranes dans les poumons, c'est toujours une forme de bronchite ou de bronchopneumonie infectieuse dont il s'agit.

Étiologie de la maladie de Basedow. — M. RENDU communique l'observation d'une malade qu'il suit depuis dix ans. Il s'agit d'une jeune femme de vingt-huit ans, née d'un père goutteux et d'une mère herpétique, s'étant toujours bien portée jusqu'à dix-huit ans, époque à laquelle elle devint chlorotique, avec de violentes palpitations cardiaques, des vertiges et des troubles d'anémie cérébrale. Un traitement par les inhalations d'oxygène, un voyage en Suisse, améliorèrent très notablement cet état; elle redevint bien portante, se maria et eut deux enfants. Elle eut de sérieux chagrins domestiques. Au printemps de 1887, elle commença à s'essouffler en montant les étages, elle eut du mal à marcher et ressentit des douleurs vives dans l'épaule; bref, elle présenta bientôt tous les signes d'une angine de poitrine et eut de très fréquents accès en l'espace de cinq à six jours, M. Rendu prescrivit 2 grammes d'iodure de potassium par jour longtemps continués. Cette médication fit merveille au point de vue de l'aortite. Les deux bruits de souffle disparurent et depuis

lors elle va aussi bien que possible au point de vue du cœur et de l'aorte. Mais elle présenta des phénomènes d'iodisme; elle devint loquace, se plaignit d'avoir toujours trop chaud, et présenta une excitabilité artérielle généralisée. Bientôt elle présentait tous les symptômes de la maladie de Basedow, moins le goître. M. Rendu admet que, dans ce cas, il a existé une relation entre l'apparition de ces troubles de la maladie de Basedow et la guérison de l'aortite par l'iodure de potassium.

M. FÉRÉOL se demande si c'est bien l'iodure de potassium qu'il faut incriminer, dans ce cas, pour expliquer l'apparition des phénomènes de la maladie de Basedow, ne serait-ce pas plutôt les émotions morales qu'a eu à subir cette malade?

M. RENDU fait observer qu'il y avait dix ans que cette malade était passée par les émotions morales en question. Il ajoute que les accidents de la maladie de Basedow se sont produits très nettement chez cette malade à mesure qu'elle prenait de l'iodure de potassium. Il croit donc bien que c'est l'iodisme qu'il faut invoquer comme cause déterminante.

M. LABBÉ observe en ce moment une malade qui a présenté tous les signes du goître exophthalmique, moins le goître; puis ces phénomènes ont disparu, et comme, au début, elle avait présenté une certaine hésitation dans la marche, M. Labbé interrogea les réflexes tendineux qui étaient complètement abolis. Il avait donc affaire à un cas de tabes. Il rappelle à ce sujet l'histoire d'une malade, type accompli de goître exophthalmique, et en même temps ataxique.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Des inoculations tuberculeuses chez le lapin et chez le cobaye (1), par le docteur Salis.

Tel est le titre d'une excellente thèse récemment soutenue, devant la Faculté de Bordeaux, par M. le docteur A. Salis, et dans laquelle l'auteur s'applique à démontrer, par de nombreuses expériences comparatives, que l'inoculation au lapin de virus tuberculeux provenant d'une personne phthisique détermine le plus souvent, chez cet animal, non pas la tuberculose, mais une affection septicémique, à marche particulière, et caractérisée par la présence constante d'une bactérie spéciale dont la pullulation, contrairement à ce qui se passe chez l'homme, gênerait et empêcherait celle du bacille tuberculeux.

Cette étude renferme donc des aperçus nouveaux qu'il est utile de faire connaître, en ce moment surtout où la question de la phthisie est plus que jamais à l'ordre du jour.

L'origine de ce travail remonte à des recherches entreprises, depuis quelque temps déjà, par M. le docteur Solles, agrégé libre et médecin des hôpitaux de Bordeaux, sur l'antagonisme possible entre le virus tuberculeux et un virus quelconque. Aussi l'auteur commence-t-il par adresser un témoignage de gratitude à son maître, qui n'a cessé de l'aider de ses conseils et a mis à sa disposition tous les documents déjà réunis par lui.

De nombreuses expériences faites sur des lapins, les phénomènes souvent répétés et bien observés qui en furent la conséquence, suscitèrent à l'esprit de M. le docteur Solles ces deux questions :

— Est-il bien sûr que le lapin, réputé jusqu'alors, sur la parole d'un de nos maîtres, *follement tuberculeux*, soit aussi rapidement tuberculisable qu'on le croyait jusqu'ici?

— Est-il facile de lui inoculer la tuberculose?

C'est l'examen de ces questions qui forme la partie la plus importante de la thèse de M. le docteur Salis; et, de cet examen, basé sur des recherches expérimentales des plus sérieuses, il tire la conclusion suivante : « L'inoculation aux lapins de matières tuberculeuses produit chez eux, la plupart du temps, au lieu de la tuberculose, une maladie spéciale, caractérisée par la présence d'un micro-organisme particulier. »

Et, à ce propos, il rappelle qu'il existe des faits nombreux (Villemin) qui prouvent que des lapins, inoculés avec des produits tuberculeux, ont succombé à une affection autre que celle à laquelle on les croyait voués, et ont présenté des lésions qui ont fait penser à l'expérimentateur qu'à la matière inoculée s'était mêlé un liquide septique de nature différente.

Contrairement au lapin, le cobaye, inoculé de la même façon, succombe toujours avec les lésions caractéristiques de la tuberculose; et M. le docteur Solles a nettement établi, dans vingt et une séries successives d'inoculations d'homme à cobayes et de cobayes à cobayes, que le développement, la durée et les lésions de la maladie sont constamment les mêmes, que la marche en est rapide, la mort arrivant en quatre mois au plus.

Jamais on n'observe, chez le cobaye, cette marche différente de la maladie constatée chez le lapin, cette absence totale de tubercules, et notamment l'amaigrissement extrême qui étonne.

Sur 25 lapins inoculés par MM. les docteurs Solles et Salis, avec de la matière bacillifère empruntée soit à l'homme, soit au cobaye, 4 seulement ont offert des lésions de nature tuberculeuse très lentement développées, constituant, non pas des manifestations générales, mais plutôt des tuberculoses locales (kystes caséeux au lieu même d'inoculation, tumeur caséeuse du mésentère) comparables aux adénites tuberculeuses développées dans un territoire limité de l'organisme humain. Il semble bien que la tuberculose expérimentale a été gênée, dans son évolution normale, par quelque disposition particulière ou par quelque modification inconnue de l'organisme de ces animaux.

Rien de semblable chez le cobaye. Cinq autres de ces lapins, inoculés avec des fragments de poumons tuberculeux et putrides, moururent au bout de vingt-trois jours environ, sans présenter aucune trace de tubercules, aucun ganglion induré; mais leur amaigrissement était extrême, l'état de leur pelage, l'empâtement de la région inoculée et de son voisinage, l'infiltration séreuse, séropurulente et purulente, diffuse et d'odeur infecte, du tissu cellulaire sous-cutané et intermusculaire, la présence d'un liquide semblable dans les grandes cavités séreuses, l'aspect noirâtre du foie, sa moindre consistance, le ramollissement de la rate, etc., indiquent que ces animaux ont succombé à une pyémie semblable à celle que Koch créait expérimentalement par l'infection, dans le tissu cellulaire sous-cutané de lapins, d'un liquide provenant de la macération aqueuse d'un morceau de peau de souris morte elle-même de septicémie.

Les 16 derniers lapins furent inoculés, soit avec des granulations miliaires recueillies sur un sujet dont l'autopsie a été faite trois heures après le décès, afin d'éviter la putréfaction, soit avec des fragments tuberculeux, d'une irréprochable fraîcheur, empruntés à un cobaye sacrifié au moment même. Ces 16 lapins périrent neuf mois, en moyenne, après l'inoculation, dans des conditions tout à fait spéciales et semblables, et avec des lésions d'ensemble généralement identiques, mais sans la moindre manifestation tuberculeuse. Chez tous on a constaté un pelage piqué, dénudé par places, une maigreur excessive, un foie ramolli, de couleur noirâtre, et le plus souvent atrophié. Les cavités séreuses contenaient un peu de sérosité transparente. Rien dans les urines. L'estomac a toujours été trouvé rempli d'aliments.

Voilà donc seize expériences dans lesquelles la matière bacillifère a perdu son pouvoir phthisiogène. Ce résultat ne saurait être attribué ni au contact ni à l'action de bactéries de putréfaction (G. Sée), puisqu'on a eu soin de choisir des matières d'une irréprochable fraîcheur, et que, d'ailleurs, la marche de la maladie et des lésions, déterminées par l'inoculation, ne ressemble en rien aux accidents rapidement mortels de septicémie qu'occasionne l'infection de matières putrides (vibrion septique), et qu'ont décrits de nombreux expérimentateurs, tels que Coze, Feltz, Davaine, Béhier, Liouville, Collin, Klebs, Koch, Duclaux, etc.

(1) Thèse de Bordeaux.

M. le docteur Solles a donné à cette sorte de typhus expérimental le nom de *septicémie chronique du lapin*, pour la distinguer de la septicémie pyémique, gangréneuse, que Koch appelle *septicémie expérimentale du lapin*.

D'après M. le docteur Solles, le lapin aurait une disposition particulière à cette septicémie spéciale que le virus tuberculeux apporte avec lui. Des cobayes inoculés avec la même matière tuberculeuse, de provenance humaine, qui a servi pour 9 de ces lapins, moururent franchement tuberculeux. D'autres cobayes, inoculés avec la sérosité provenant des lapins morts de septicémie chronique, ne devinrent pas tuberculeux, mais succombèrent rapidement à la même septicémie.

MM. les docteurs Solles et Salis admettent que, chez les lapins, la septicémie a dominé la tuberculose, s'est substituée à elle et en a modifié l'évolution au point de l'annuler. Ces deux virulences seraient bien contemporaines chez l'homme, mais le lapin serait un terrain plus favorable à la septicémie qu'à la tuberculose; tandis que, chez le cobaye, l'infection tuberculeuse domine toute la scène, ce qui expliquerait pourquoi des lapins, inoculés avec la miliaire aiguë d'un poumon humain, ont succombé à la septicémie chronique, tandis que des cobayes, inoculés simultanément avec la même matière, les mêmes précautions, et par le même procédé, sont morts franchement tuberculeux.

Cette conception d'un virus septique, coexistant avec le virus tuberculeux, n'est point une simple hypothèse. MM. les docteurs Solles et Salis ont, en effet, soumis à de nombreuses cultures le sang et les liquides des cavités séreuses des lapins morts de septicémie chronique, et toujours ils ont obtenu les mêmes bactéries sous forme de diplocoques résultant de l'accolement de deux micrococques, et rappelant vaguement les streptococcus de l'érisypèle. Des cobayes inoculés avec ces cultures périrent, l'un dans les vingt-quatre heures, l'autre après vingt et un jours. Les poumons, le foie et la rate étaient sains. Du sang aspiré de l'oreille droite du premier de ces animaux fournit, par la culture, les diplocoques en question.

Ce microphyte résiste à la dessiccation.

Pour l'auteur, l'annulation de la virulence tuberculeuse, en corrélation avec le développement d'un état septicémique chez le lapin, serait due à un conflit de bactéries dans lequel le bacille tuberculeux serait pour ainsi dire étouffé par la prolifération plus active du microbe septique dans un milieu essentiellement favorable à ce dernier.

Comme conclusion des recherches de M. le docteur Solles et des siennes propres, M. le docteur Salis considère, d'accord avec son maître, la phthisie pulmonaire humaine, dans l'immense majorité des cas, non seulement comme une maladie virulente, contagieuse et inoculable, mais aussi et surtout comme un état infectieux mixte qui ne relève pas exclusivement du bacille de Koch.

Tout en conservant à ce bacille sa spécificité et sa grande importance, il faut donc tenir compte, dans l'étude de la phthisie, d'éléments accessoires modifiant la marche de la maladie et en expliquant les types multiples, à évolution si différente, conditions qui, jusqu'alors, étaient considérées comme des questions de terrain, de réceptivité, etc.

Ce serait à ces éléments accessoires, à ce microbe septique en particulier, que seraient dus les phénomènes de septicémie qui accompagnent le plus souvent la tuberculose pulmonaire et qu'on a attribués vaguement à la suppuration lente et profonde du parenchyme pulmonaire.

Au bacille tuberculeux se rattacheraient les lésions locales; au microbe septique les grands symptômes généraux : fièvre constante, à caractère rémittent, fièvre hectique, sueurs profuses, diarrhée coliquative, amaigrissement.

A l'appui de cette manière de voir, M. le docteur Salis cite encore le fait d'un lapin inoculé avec un fragment de lupus de la face humaine, chez lequel l'infection mit trois ans et trois mois à évoluer, sans présenter aucun phénomène d'empoisonnement septicémique. A la nécropsie, l'animal fut trouvé pesant et abondamment pourvu de tissu adipeux. Or, la peau de l'homme, siège du lupus, ne cultive que le bacille tuberculeux à l'exclusion de tous autres. Il n'y avait donc pas eu, chez ce lapin, d'inoculation de virus septique en même temps que de virus tuberculeux. Aussi résista-t-il longtemps, trois ans et trois mois, c'est-à-dire le tiers de son existence moyenne.

Chez l'homme phthisique, cette association de microbes pathogènes, cette combinaison de virulences, dans des proportions variables, expliqueraient, jusqu'à un certain point, les modalité diverses du développement de la tuberculose, depuis la phthisie torpide, froide, à poussées congestives rares et éloignées, jusqu'à la tuberculose aiguë ou granulie d'Empis, forme infectieuse par excellence, qui tue en quelques semaines.

En présence d'un phthisique, la thérapeutique aurait donc à combattre deux éléments : le bacille tuberculeux et le microbe septique. Mais le premier de ces germes jouit d'une telle vitalité que, jusqu'à présent, il n'y a que certains agents chimiques concentrés ou une température de 125 degrés qui en annihilent sûrement la jouissance; c'est donc contre l'état infectieux mixte qu'il faut diriger tous les efforts.

On sait que les micro-organismes au nombre desquels se trouve le microbe septique, ne vivent pas dans un air raréfié. En envoyant donc les phthisiques vers de hautes altitudes (Davos, 1650 mètres par exemple), on a pour but, non pas seulement de leur faire respirer un air pur, mais d'arrêter le développement des germes septiques et de réduire la maladie à une affection locale, purement tuberculeuse, par conséquent à évolution lente, avec temps d'arrêt plus ou moins prolongés, ainsi que cela se passe pour le lupus, en supposant que le bacille tuberculeux résiste et ne fasse que sommeiller, dans les nouvelles conditions de circumfusa auxquelles on soumet les malades.

Rendre à la phthisie son état essentiellement tuberculeux, telle est l'indication à tirer des recherches consignées dans cette thèse. En pratique, on ne peut expatrier tous les malades et les transporter tous dans des régions élevées. Il reste donc à chercher les moyens thérapeutiques à opposer au développement des microbes septiques qui donnent à la tuberculose toute sa gravité.

N'est-il pas dès lors indiqué qu'il faut rechercher l'influence réciproque qu'exercent entre eux, dans l'organisme humain, les différents bacilles qui se le disputent, étudier surtout le rôle de dissociateur des virus que peuvent jouer tels ou tels organismes, puis s'assurer si, chez l'homme, une autre virulence sans danger peut supplanter celle de la septicémie elle-même?

S'il est vrai que la tuberculose ne soit pas atténuable, il n'est pas dit que la septicémie ou toute autre virulence ne soit susceptible d'être atténuée et de servir un jour à lutter, avec chances, contre le développement de la virulence mixte qui, selon l'auteur, constituerait la phthisie proprement dite.

C'est là une contribution apportée à la bactériologie indiquée déjà par Cattani.

D'ailleurs, n'est-ce pas dans une voie à peu près analogue que s'engagent, en ce moment, MM. les docteurs Chantemesse et Widal, en poursuivant leurs expériences relatives à l'immunité contre le virus typhoïde conférée à des animaux, par l'inoculation de substances éminemment toxiques et solubles, élaborées par les bacilles typhiques soumis eux-mêmes à la culture?

C'est aussi la voie indiquée par M. Pasteur. Dr J. Seure.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1887-1888.

44. M. Flandrin. Le régime hospitalier pendant la campagne de Madagascar. La *Creuse*, bateau hôpital, Bourbon et ses convalescences. — 45. M. Mialaret. Cancer de l'utérus. Étude du manuel opératoire de l'hytérectomie vaginale. — 46. M. Roques. Contribution à l'étude du typhus à bord des navires. — 47. M. Bourguignon. Goutte et saturnisme dans la marine. — 48. M. Morin. Du chloroforme dans le traitement de l'éclampsie. — 49. M. Ca-

RAES. Contribution à la pathologie exotique des distomes du foie chez l'homme en extrême Orient. — 50. M. MÉNEAU. Contribution à l'étude clinique du processus tuberculeux. — 51. M. GAUTIER. Contribution à l'ostéoclasie. Étude expérimentale, faits cliniques. — 52. M. AUGIS. De l'instillation de nitrate d'argent dans les affections de l'urèthre et de la vessie de nature blennorrhagique. — 53. M. PORÉE. Étude analytique des symptômes de la dysentérie aiguë. Épidémie observée à Toulon, du mois de mai au mois de novembre 1887. — 54. M. TAUZIN. De la céphalée temporo-occipitale consécutive aux affections du pharynx et de l'oreille. — 55. M. BUISSON. Contribution à l'étude des fonctions du ligament rond de l'articulation coxo-fémorale.

MINISTÈRE DE LA GUERRE

Note ministérielle relative aux prix à décerner aux médecins militaires, en 1889.

Par application des dispositions de la décision ministérielle du 5 juin 1883, instituant des prix en vue d'encourager les travaux scientifiques des officiers du corps de santé militaire, le ministre de la guerre a décidé que les sujets traités pour les prix à décerner, en 1889, seront laissés au choix des candidats ; mais ils seront inédits et se rapporteront exclusivement à la médecine ou à la chirurgie d'armée.

Les médecins militaires qui prendront part au concours devront, autant que possible, faire transcrire leur mémoire par une main étrangère, et seulement sur le recto de chaque page.

Les mémoires seront renfermés dans une enveloppe scellée, portant une épigraphe, et cette mention en gros caractères : « Concours pour le prix de médecine et de chirurgie. Ne pas ouvrir. »

L'épigraphe sera répétée sur une autre enveloppe plus petite, scellée de trois cachets à la cire, et contenant la signature, les noms, prénoms, grade et emploi de l'auteur.

Le tout sera placé dans une enveloppe portant comme suscription : « Monsieur le ministre de la guerre. Direction du service de santé. »

Les mémoires devront parvenir directement, et sans aucun intermédiaire, au ministre, avant le 15 novembre 1889.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 7 mai 1888, le directeur de l'Assistance publique au ministère de l'intérieur est membre de droit du comité consultatif d'hygiène publique de France.

— Par décret, en date du 9 mai 1888, est nommée au grade de chevalier de la Légion d'honneur, pour prendre rang du 30 avril 1888 : Mme Éloy(Marie-Monique-Florence), sœur de Saint-Vincent-de-Paul, supérieure des sœurs attachées à l'hôpital de la marine à Rochefort ; quarante-neuf ans quatre mois de service. — A toujours fait preuve du plus grand dévouement depuis trente et un ans qu'elle occupe ce poste.

— M. le docteur Mandon, professeur à l'École de médecine de Limoges, est nommé officier de l'Instruction publique.

Mme Trébosq, en religion sœur Ambroise, infirmière au lycée d'Agen, est nommée officier d'Académie.

— Par décret, en date du 9 mai 1888, ont été nommés dans la réserve du corps de santé militaire :

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins principaux de deuxième classe de l'armée active retraités : Teinturier et Roy.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée active, retraités : Cominal, Ollier de Vergèze, Janson, Baldy, Pasquet, Lambert, Ballet, Leblan, Roux et Goguet.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — M. Phisalix, médecin-major de deuxième classe de l'armée active, retraité.

Au grade de pharmacien principal de deuxième classe. — M. Mullet, pharmacien principal de deuxième classe de l'armée active, retraité.

Au grade de pharmacien-major de première classe. — MM. les pharmaciens-majors de première classe de l'armée active, retraités : Cothon, Villedon-Denaide et Boué.

— Par arrêté ministériel, en date du 7 mai 1888, un concours s'ouvrira le 5 novembre 1888, devant la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et physiologie, à l'École de médecine de Rennes.

— Par arrêté ministériel, en date du 12 mai 1888, un concours s'ouvrira, le 15 novembre 1888, à l'École de médecine de Dijon, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques.

— *Hôpitaux de Paris.* — Un concours public pour la nomination à une place de prosecteur à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, sera ouvert le lundi 6 août 1888, à quatre heures du soir, à l'amphithéâtre d'anatomie, rue du Fer-à-Moulin, n° 17. MM. les candidats se feront inscrire au secrétariat général de l'administration, à partir du lundi 25 juin, jusqu'au lundi 16 juillet, inclusivement, de onze heures à trois heures.

— *Hôpitaux de Bordeaux.* — M. le docteur Lauga est nommé chirurgien adjoint de l'hôpital Saint-Jean.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Fauconnier, préparateur de chimie, est nommé chef des travaux de chimie biologique, en remplacement de M. Bémont, démissionnaire.

M. le docteur Netter est nommé chef du laboratoire d'hygiène (emploi nouveau).

M. le docteur Martin est nommé préparateur du laboratoire d'hygiène (emploi nouveau).

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. le docteur Arnavielhe est chargé des fonctions de chef de clinique des maladies des vieillards, en remplacement de M. Diffre, démissionnaire.

— L'Académie de médecine propose pour sujet du prix de l'hygiène de l'enfance — prix d'une valeur de 1000 francs — à décerner en 1889, la question suivante : « De la croissance au point de vue morbide. »

Les mémoires devront être adressés à l'Académie avant le 1er mars 1889.

— M. Varat est chargé d'une mission dans la Corée, en vue d'y recueillir des collections scientifiques destinées à l'État.

— M. Fabre-Domergue, pour obtenir le diplôme de docteur ès sciences naturelles, soutiendra, le jeudi 17 mai 1888, à deux heures, dans la salle des examens de la Sorbonne, une thèse ayant pour sujet : « Recherches anatomiques et physiologiques sur les infusoires ciliés. »

— M. le professeur Daubrée commencera son cours de géologie, le mardi 15 mai 1888, à quatre heures et quart précises du soir, dans l'amphithéâtre de la galerie de géologie du Muséum d'histoire naturelle, et le continuera les samedis et les mardis suivants, à la même heure.

Il traitera, cette année, du rôle géologique des eaux souterraines et particulièrement des gîtes métallifères. Il exposera aussi l'histoire géologique de l'époque quaternaire. En cas d'absence, M. Daubrée sera remplacé par M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste, à qui est confiée la direction des excursions géologiques.

— M. le professeur A. Milne Edwards commencera son cours de zoologie (mammifères et oiseaux), le jeudi 17 mai 1888, à dix heures du matin, et le continuera les jeudis suivants, à la même heure.

En raison de l'installation des collections dans les nouvelles galeries de zoologie, le cours aura lieu dans la ménagerie du Muséum d'histoire naturelle. Il sera complété par des conférences.

Le professeur traitera des caractères zoologiques et de la répartition géographique des mammifères et des oiseaux, en prenant pour types les espèces vivantes de la ménagerie du Muséum.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Le Roy de Méricourt a commencé la lecture d'un travail considérable sur la lèpre qui, en raison de son étendue, ne pourra être achevée que dans la prochaine séance. Nous attendrons donc, pour en résumer et en discuter les principaux points, avec toute l'attention que ce travail comporte, d'en avoir sous les yeux le texte complet. Nous ferons seulement remarquer, pour aujourd'hui, que, dans la partie traitée, notre savant maître est loin d'accepter sans réserve les doctrines microbiennes, si séduisantes au premier abord pour expliquer nombre de faits dont l'origine est plus ou moins obscure. La lèpre est-elle une affection bacillaire? Est-elle contagieuse comme la syphilis ou la tuberculose? Quelles sont ses origines? Quels sont ses modes de transmission et de propagation? Quels sont enfin les résultats des diverses enquêtes, faites à ce sujet jusqu'à ce jour? Telles sont les différentes questions examinées par l'auteur, dans la première partie de son mémoire, et passées par lui au crible d'une critique scientifique des plus sérieuses.

A l'occasion du procès-verbal, M. Constantin Paul a présenté quelques observations sur le nouvel agent thérapeutique préconisé, dans la dernière séance, par M. Laborde comme un excellent somnifère, la méco-narcéine.

M. Gustave Lagneau a donné lecture du rapport dont il avait été chargé sur le mémoire lu dans la séance du 17 avril dernier, par M. le docteur Émile Decaisne, sur le vertige des fumeurs (1).

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Potain.

Un cas de leucocythémie.

Nous nous trouvons en présence, au même moment, dans le service, de deux malades atteintes de leucocythémie, l'une vraie, l'autre fausse : de là l'intérêt de les comparer, ou mieux de passer en revue, dans cette leçon, les principaux phénomènes morbides de la leucocythémie.

Cette affection est caractérisée vulgairement par l'augmentation relative des globules blancs du sang, par rapport aux globules rouges, augmentation qui peut aller très loin. Le chiffre normal des globules blancs, comparé à celui des globules rouges est, en moyenne, de 1 p. 300 (1 sur 350 chez la femme et sur 250 chez l'homme). Mais dès qu'il y a leucocythémie, la proportion augmente et le chiffre peut aller à 1 p. 100, p. 50, p. 20, p. 10, p. 5, p. 4, p. 3, quelquefois même il y a égalité ; on a même vu, très exceptionnellement il est vrai, le chiffre des globules blancs l'emporter sur celui des globules rouges. Je pourrais citer une observation de l'année 1885, où l'on a trouvé jusqu'à 3 globules blancs pour 1 globule rouge. Mais, en général, on dit qu'il y a leucocythémie, quand la proportion est supérieure à 1 p. 100.

Voyons maintenant la symptomatologie de cette affection. Elle débute généralement par des malaises généraux, progressifs, par la décoloration des téguments, la déperdition des forces, puis par de la céphalée, des bourdonnements d'oreille, des éblouissements, des étourdissements pouvant aller jusqu'à la syncope; puis encore par des troubles respiratoires et circulatoires, de la dyspnée, des palpitations, des irrégularités cardiaques, de la dépression du pouls sans fièvre, enfin par des troubles de l'appétit, parfois de la boulimie, des troubles gastriques, etc.

En même temps le ventre se tuméfie, les gencives deviennent saignantes, boursouflées, la rate est augmentée de volume dans des proportions plus ou moins considérables. (On a vu dans certains cas, rares il est vrai, cet organe mesurer jusqu'à 42 centimètres de longueur, au lieu de 12 à 13, chiffre normal, et son poids atteindre le chiffre de 4 kilogrammes.) Le foie est également tuméfié, mais dans une proportion bien moins grande (14 à 16 centimètres au lieu de 12). Cette augmentation de la rate s'observe 84 fois sur 100 dans la leucocythémie, et le foie 64 fois sur 100.

Enfin, symptôme caractéristique des plus saillants, les malades sont sujets à des hémorrhagies (nasales, dentaires, gingivales, intestinales, utérines, stomacales, pulmonaires, etc.), parmi lesquelles l'épistaxis est la plus fréquente. Ces hémorrhagies sont quelquefois fort inquiétantes par leur abondance et surtout par leur fréquence, leur répétition.

Assez souvent (1 fois sur 10), les malades ont une albuminurie plus ou moins abondante due à la présence d'infarctus dans les reins.

(1) Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 425.

Enfin, les malades se plaignent quelquefois — mais cela est moins fréquent — de douleurs dans la continuité des os, douleurs spontanées qui s'exagèrent aussi par la pression, et qui sont le résultat de modifications dans le tissu médullaire des os.

Exceptionnellement encore, les malades sont atteints de surdité subite, accident qui est le plus souvent le résultat de quelque hémorrhagie dans la caisse du tympan, surtout dans le cas où la muqueuse est malade.

Le priapisme est aussi un accident tout à fait rare. En 1879, j'ai eu l'occasion de voir un cas très sérieux, subit, et dont la durée ne fut pas moindre de quinze à dix-sept jours. Il est d'autres cas où le priapisme dura davantage et même jusqu'à six et sept semaines; il fut suivi de la perte absolue de la virilité.

Enfin, il survient un moment où la santé est tellement altérée, qu'il se produit une véritable cachexie avec dyspnée, toux nerveuse, quelquefois liées à la compression par des tumeurs ganglionnaires ou à quelques lésions leucocythémiques du poumon ou à des tubercules pulmonaires. Puis arrive la dernière période avec diarrhée, ascite, œdème pulmonaire, hydrothorax, anasarque généralisée, adénie.

Notre malade, âgée de quarante-cinq ans — je parle de celle qui a une véritable leucocythémie — cuisinière, a les principaux symptômes caractéristiques de cette affection. Elle est entrée dans le service il y a cinq mois et demi. Comme antécédents, nous ne trouvons rien; loin de là, sa mère est morte à soixante-dix ans, son père, qui est encore bien portant, a quatre-vingt-dix ans, et sa sœur, également d'une bonne santé, a soixante ans.

Quant à ses antécédents personnels, ce sont une grossesse il y a vingt et un ans, grossesse gémellaire de laquelle elle s'est parfaitement remise. Elle a toujours été très bien réglée, jusqu'à l'époque de la ménopause. C'est à partir de ce moment, et à la suite de métrorrhagies abondantes, que sa santé a commencé à s'altérer. C'était il y a trois ans. La maladie a débuté par des malaises fréquents et une certaine tuméfaction du ventre; puis, l'année suivante, déperdition progressive des forces, constipation ordinaire, assez opiniâtre, et douleurs vagues dans les membres. En 1886 sont survenus des phénomènes gastriques et intestinaux : dyspepsie, coliques, douleurs abdominales, diarrhée abondante et continue. Tous ces symptômes ont persisté et quand, il y a cinq mois et demi, elle est entrée à l'hôpital, nous avons constaté une très grande maigreur, une pâleur prononcée, un ventre volumineux et saillant, sonore à la percussion à droite, mat et résistant à gauche, sans bosselures ni inégalités de consistance, une augmentation considérable du volume de la rate ($0^m,29$ de haut en bas), une augmentation aussi du foie ($0^m,17$ sur la ligne mammaire, et $0^m,16$ sur la ligne médiane); mais absence de toute ascite et de toute tuméfaction ganglionnaire appréciable. Quant au sang, nous avons trouvé un globule blanc sur cinq globules rouges.

Depuis la date de l'arrivée de la malade à l'hôpital, la situation s'est fort peu modifiée, si ce n'est que la rate a encore augmenté de volume : ainsi avant-hier elle mesurait 35 centimètres; par contre, le foie a diminué de 3 centimètres, il ne mesure plus que 14 centimètres sur la ligne mammaire. Plusieurs fois, pendant son séjour ici, cette femme a rendu du sang dans ses garde-robes, elle a eu quelques épistaxis ainsi qu'une hémorrhagie gingivale par un petit point très bien circonscrit, voisin d'une dent cariée, hémorrhagie abondante qui n'a pu être arrêtée que par l'application du perchlorure de fer sur ce point.

La malade se plaint aussi de vertiges, de douleurs sternales, elle tousse beaucoup, mais nous n'avons constaté que quelques râles disséminés un peu partout dans la poitrine. Le sang, examiné avant-hier, renfermait 1 globule blanc pour 4,6 globules rouges, il est décoloré de moitié (65 d'hémoglobine au lieu de 125). Le pouls est très petit, peu résistant. Enfin il existe une débilitation générale prononcée.

Bref le diagnostic de leucocythémie ne fait, chez elle, aucun doute.

Quelquefois cependant on se trouve en présence de cas fort embarrassants, malgré l'état des globules et de la rate, chez des sujets atteints de pyohémie, fièvre puerpérale, fièvre typhoïde, dysentérie, choléra, diphthérie, chlorose, scrofule, voire même dans la syphilis. Mais dans ces cas-là, en général, l'augmentation des globules blancs ne dépasse pas le chiffre de 1 p. 100.

Il y a deux ans, arrivait, à l'hôpital Necker, un individu de quarante-quatre ans, depuis vingt et un ans sujet à des épistaxis abondantes, suivies parfois de syncope; chez lui, la moindre plaie ou la moindre piqûre donnait lieu à de véritables hémorrhagies. Cet homme présentait une très grande pâleur, une véritable décoloration des tissus; le pouls était très faible, on entendait du souffle dans les jugulaires, le cœur était volumineux, la rate mesurait $0^m,185$, et le foie $0^m,195$; les globules blancs, par rapport aux globules rouges, donnaient le chiffre de 1 sur 48; et l'hémoglobine le chiffre 33. Enfin l'anémie était profonde, et la leucocythémie prononcée. Les jours qui suivirent son entrée, le foie et la rate diminuèrent de volume, et les globules blancs diminuèrent aussi considérablement, au point de n'être plus que 1 sur 350.

Mais cette amélioration, si rapide et si grande, fit place bientôt à une autre phase, pendant laquelle le malade rentra dans la leucocytose, puis la sonorité pulmonaire diminua, on constatait un certain degré de congestion, l'état était des plus douteux. Bientôt survint une anorexie absolue, de la diarrhée, un affaiblissement de plus en plus grand, du délire, et le malade succomba.

Or, à l'autopsie, nous trouvions une rate petite ($0^m,13$ sur $0^m,16$), un foie gras, un cœur normal comme volume, sans altération ni déformation, des granulations grises dans les poumons, accumulées surtout au sommet droit, et *dans l'estomac une ulcération cancéreuse, large comme la paume de la main*, mais sans aucune altération ni tuméfaction des ganglions voisins.

Chez cet homme, le diagnostic aurait donc dû être celui de cancer de l'estomac avec granulations pulmonaires et leucocythémie.

Mais chez lui, était-ce cette dernière affection qui avait préparé les autres lésions? Nullement; car nous n'avons trouvé aucune de celles qui sont inhérentes à la leucocythémie; chez lui le cancer avait précédé au contraire cette dernière; je ne parle pas de la tuberculose qui était récente.

C'est là un fait rare (je n'en connais dans la science que trois cas), car le cancer était resté absolument latent, ne se révélant par aucun phénomène; il était primitif, et la leucocythémie avait été secondaire, symptomatique. Celle-ci n'en avait pas moins atteint des proportions considérables.

HOPITAL NECKER. — M. Kirmisson.

I. Hernie inguinale étranglée, laparotomie (1). — II. Anévrysme du creux poplité chez un sujet syphilitique et artérioso-scléreux.

I. Dans ma dernière leçon, je vous ai entretenus d'un cas de hernie inguinale étranglée, pour lequel j'avais pratiq é, la veille, la laparotomie latérale. Or, malgré tous les soins donnés à notre opération, et sans que nous ayons, à son sujet, aucun reproche à nous faire, ainsi que l'autopsie nous l'a démontré, notre malade a succombé, samedi matin, à une péritonite.

Comme je vous le disais, cet homme se trouvait le lendemain matin de l'opération dans un état très satisfaisant, la température était normale (37 degrés), et le seul symptôme défavorable était l'absence des selles et d'émission de gaz par l'anus, mais ce fait même n'avait rien d'inquiétant dans les premières vingt-quatre heures.

Le surlendemain, le vendredi, à l'heure de la visite, les circonstances étaient encore, en apparence, assez favorables, bien que les matières et les gaz n'aient pas encore repris leur cours. Cependant, le malade ayant eu, dans la nuit et la matinée, deux vomissements présentant le caractère fécaloïde, nous laissait une mauvaise impression et commençait à nous inspirer des craintes sérieuses. Je prescrivis des lavements destinés à solliciter les contractions de l'intestin.

Le soir l'état resta le même, sans selles ni gaz, et dès le commencement de la nuit, des vomissements extrêmement abondants se produisirent, ils durèrent jusqu'au matin, et pour ainsi dire jusqu'au moment où le malade succombait (six heures et demie du matin), dans un état d'hypothermie prononcée.

Ainsi donc, en résumé, l'étranglement avait débuté à sept heures du soir le mardi ; le mercredi à huit heures le malade arrivait à l'hôpital, à neuf heures je l'opérais et le samedi, à six heures et demie du matin, il succombait à des accidents de péritonite, sans avoir eu ni selles ni gaz.

Hier, dimanche, j'ai tenu à faire l'autopsie, en voici les résultats : ventre très ballonné; je détruis les points de suture, pas de suppuration de la plaie; les lésions principales sont situées dans le flanc gauche, où nous trouvons une anse intestinale extrêmement congestionnée, violacée, agglutinée aux anses voisines par des fausses membranes, et, de-ci de-là, du pus. L'anse de l'intestin grêle, qui a été étranglée, est située à deux centimètres environ audessus de la valvule iléo-cæcale, les lésions dont elle est le siége occupent une étendue de 50 à 60 centimètres, elles sont très avancées, malgré la date récente des accidents de l étranglement; la face externe de cette anse est violacée et criblée de plaques, d'un blanc jaunâtre, de grandes dimensions, avec suppuration et sphacèle; ces mêmes plaques se retrouvent sur sa face interne et, à leur niveau, les parois de l'intestin sont très friables.

Du côté de l'épiploon, rien non plus qu'au niveau de l'incision des tissus qui sont en excellente voie de cicatrisation. La suture de la plaie péritonéale est parfaite. En résumé, la mort ne peut donc pas être imputée à l'opération, mais à une péritonite consécutive à l'étranglement d'une masse intestinale, longue de 50 à 60 centimètres. Aurais-je donc mieux fait de laisser au dehors, dans la plaie, cette longue anse intestinale déjà frappée de péritonite? Cela était impossible. Eût-il fallu réséquer une anse de pareille longueur? Personne n'aurait pu avoir cette pensée, car si la congestion était déjà considérable, cependant aucun symptôme n'indiquait semblable opération, et, de plus, il n'existait pas encore de points jaunâtres à la surface de l'intestin.

En somme, je crois avoir agi comme je le devais faire, et sans avoir rien à me reprocher.

Il est une circonstance que je dois rapporter ici, ayant oublié de la mentionner dans ma dernière leçon, quoiqu'elle ait joué, certainement, un rôle très important chez notre malade : le soir même de l'étranglement, cet homme avait mandé un médecin, lequel, méconnaissant la gravité de ces hernies inguinales congénitales, n'avait pas craint de pratiquer un taxis, prolongé pendant une demi-heure! Voilà, je ne crains pas de le dire, le vrai coupable, car s'il se fût borné à un taxis léger et de courte durée, et si, ne parvenant pas à réduire la hernie, il avait envoyé immédiatement le malade à l'hôpital, l'opération eût été faite aussitôt, c'est-à-dire dans la soirée même. Par suite, nous n'aurions pas eu à constater des lésions diffuses énormes, qui ne sont pas seulement le résultat de l'étranglement, mais surtout du pétrissage de l'intestin dans les efforts du taxis, et le malade eût eu toutes chances de guérir.

II. Au n° 10 de la salle Saint-André, est couché un homme de soixante-quatre ans, entré mercredi dernier. Cet homme a contracté la syphilis il y a quatorze mois : chancre induré très nettement déterminé, et éruption consécutive caractéristique. Or, il ne faut pas oublier combien la syphilis est grave chez les vieillards.

Au mois de mai dernier, cet homme entre dans le service de M. Le Fort, pour une iritis syphilitique, et, après un certain séjour ici, s'en va consulter un autre médecin et finit par perdre l'œil. Déjà, au mois de mai, il ressentait quelques douleurs dans le creux poplité droit. Depuis lors, les douleurs n'ont fait qu'augmenter, rendant la marche difficile, voire même impossible dans ces derniers temps. En même temps des troubles de la circulation se montraient dans le membre inférieur de ce côté : œdème, dilatation des veines superficielles, douleurs dans le mollet à la moindre pression, etc.

Enfin, depuis un mois, cet homme ne peut plus se mouvoir, la jambe est repliée sur la cuisse, presque à angle droit, et depuis quelques jours, les douleurs sont atroces dans tout le membre, au moindre mouvement qu'on cherche à lui imprimer.

Quand on examine les parties malades, on constate, outre ce que nous venons de dire, un état mollasse, presque fluctuant du genou, ou mieux une sorte d'empâtement, accompagné peut-être d'un peu de liquide dans l'articulation. De plus, on aperçoit, à la partie postérieure et interne de l'articulation, une saillie qui remplit tout le creux poplité, envoyant un premier diverticule au-dessous du tendon de la patte d'oie, et un second du côté externe, dans lequel on a la sensation d'un *thrill* assez superficiel, comme dans les anévrysmes artérioso-veineux, bien qu'ici il s'agisse d'un anévrysme purement artériel. La peau qui recouvre la tumeur anévrysmale est rouge. Cette tumeur est le siège de battements et, pendant la diastole, d'un souffle rude qui ne se prolonge pas très loin. Enfin, lorsque l'on vient à com-

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 449.

primer l'artère fémorale au-dessous de l'arcade de Fallope, tous les phénomènes cessent dans la tumeur. Diagnostic : tumeur anévrysmale du creux poplité avec diverticules à droite et à gauche. J'ajoute que dans l'artère tibiale postérieure et dans l'artère pédieuse, on ne sent aucun battement, soit que la circulation y ait complétement cessé, soit qu'elle y soit très affaiblie.

Cette affection anévrysmale reconnaît, chez notre malade, deux causes : la syphilis, ainsi qu'une artério-sclérose généralisée, avec affection cardiaque, caractérisée par un rétrécissement et une insuffisance mitrale.

Nous retrouvons donc, chez cet homme, des lésions à peu près analogues à celles d'une malade dont je vous ai parlé dans une de mes premières conférences de cette année, atteinte, elle aussi, d'anévrysme de l'artère fémorale (1). En effet, chez tous deux les douleurs atroces, ressenties dans le membre inférieur, reconnaissent pour cause une inflammation de la poche anévrysmale, avec rougeur de la peau et formation de caillots sanguins gênant, entravant la circulation dans les artères situées au-dessous de la tumeur.

Chez tous deux, l'étude de la température locale nous a permis de constater une élévation de cette température dans le membre, siège de l'anévrysme, comparée à celle de son congénère, élévation d'un degré au niveau du mollet chez la femme, de 2 degrés chez l'homme, et au niveau même de la tumeur, élévation de 3 degrés chez l'homme, et de 1°,9 chez la femme. Cette élévation de la température du membre est due, comme je vous l'ai déjà fait remarquer, à la dilatation des vaisseaux superficiels, destinés à suppléer à la gêne des vaisseaux profonds.

L'inflammation de la poche anévrysmale est si bien avérée chez notre homme que, depuis cinq jours seulement qu'il est dans nos salles, les battements dans la tumeur ont déjà diminué par suite de la formation de caillots, l'inflammation de cette poche favorisant la coagulation du sang. Il en a été de même chez la femme, qui tend de plus en plus à la guérison spontanée, guérison que nous avons favorisée par l'application de la bande d'Esmarch.

En effet, à la suite d'une première application de cette bande pendant une demi-heure, nous avons vu les battements diminuer notablement, et si le lendemain ils avaient reparu, ils n'avaient pas cependant la même intensité. Ce que voyant nous avons fait, chez elle, une deuxième application, huit jours plus tard, d'une durée un peu plus longue (trois quarts d'heure) et suivie pendant une heure trois quarts de la compression digitale. A dater de ce moment nous avons eu une diminution considérable des battements, laquelle n'a fait, depuis lors, que s'accentuer, au point qu'au moment où nous avons voulu, il y a onze jours, faire une troisième et dernière application de la bande, nous avons été agréablement surpris en constatant que tous battements avaient cessé. C'est là un cas de guérison *mixte*, c'est-à-dire spontanée et facilitée par la compression.

Chez le malade d'aujourd'hui, nous allons recourir au même procédé, sans avoir besoin d'aucune opération sanglante, espérant arriver ainsi aux mêmes résultats, dans un laps de temps relativement court.

(1) *Gazette des hôpitaux*, année 1888, p. 63.

UN CAS DE GUÉRISON DU TÉTANOS PAR LA MÉTALLOTHÉRAPIE.

Par M. le docteur Gueit, médecin de première classe de la marine.

Pendant mon internement à l'hôpital maritime de Saint-Mandrier, sous les ordres de M. le médecin en chef Thomas (choléra de 1884), j'avais eu l'occasion d'observer les effets merveilleux des armatures de cuivre sur les crampes si douloureuses des gastro-cnémiens. Sous l'application de ces plaques, les douleurs les plus violentes ne tardaient pas à s'apaiser; et si la marche de la maladie n'était pas influencée, du moins la disparition de cet épiphénomène si cruel donnait au malade l'illusion du mieux, et lui procurait l'euthanasie, le desideratum suprême du médecin. Aussi, dès mon arrivée à Makung (îles Pescadores), prévoyant l'apparition possible du choléra à bord de mon navire le *Primauguet*, j'avais fait confectionner par le personnel de la machine de larges plaques en cuivre, légèrement excavées en cylindre, pouvant se mouler sur la jambe ou sur le bras si besoin était. Mais j'ai eu l'heureuse chance de ne point avoir alors à soigner de cas de choléra; et, par surcroît de bonheur, j'ai pu guérir, par le moyen de ces lames métalliques, une maladie terrible, trop souvent mortelle, le tétanos. Voici le fait :

Le 10 au soir, le nommé P... (François), canonnier, descend à l'hôpital avec la main ensanglantée. En embarquant des vivres, il s'est blessé au médius, pris entre le bord tranchant d'un tonneau et le pont. On constate une large plaie diagonale sur la face palmaire de la phalange du médius, et au fond l'os fracturé, divisé en esquilles tranchantes. Malgré le respect dû aux blessures des doigts, toute conservation est impossible, et, avec l'aide d'un confrère, M. le docteur Breton, je désarticule immédiatement la phalange et fais une sorte de lambeau en raquette.

Rien de saillant dans les journées du 11 et du 12. Pas la moindre fièvre. Le 13, au matin, la fièvre s'est allumée assez forte (39 degrés), avec saburres des premières voies. J'administre un purgatif salin qui provoque des vomissements : c'est le déclic qui détermine l'explosion de l'attaque de tétanos.

Fièvre violente : 40 degrés. Visage vultueux avec vive expression de souffrance et d'angoisse. Pouls rapide et tendu. Douleurs excessives dans les membres supérieurs et inférieurs, contractés en extension et trismus. Intelligence nette : le malade accuse une sorte d'aura qui aurait son point de départ dans les extrémités des membres. Il a des pressentiments funèbres et réclame les services de l'aumônier de la division.

Prescription : injection de morphine et lavement au chloral. Mais pendant que l'on prépare ces médicaments, guidé par une analogie lointaine, je fais appliquer sur le bras et sur les mollets les armatures de cuivre. L'effet est pour ainsi dire instantané et tient du miracle : les douleurs cessent d'abord, les contractures ensuite, et le malade se déclare très soulagé. On exécute d'ailleurs la prescription ci-dessus; doses très modérées : 4 grammes chloral, 1 centigramme de chlorhydrate de morphine. Pour dégager nettement l'action des plaques, je fais la contre-épreuve en les enlevant : les phénomènes du début se reproduisent immédiatement avec toute leur violence. Je garde encore le malade à bord environ deux heures, puis je l'envoie sur le transport-hôpital l'*Annamite*, avec ses jambières métalliques. La fièvre a à peu près complètement disparu avec une sudation critique abondante.

Le lendemain et le surlendemain rien de nouveau. Pas d'accès. L'*Annamite* part pour France, mais j'ai depuis des nouvelles du malade sous forme d'une demande de certificat d'origine, le malade ayant perdu celui que je lui avais donné.

Je ne puis voir dans ce fait, corroboré par une contre-épreuve, une simple coïncidence. Je crois donc que tout à fait au début, un accès de tétanos peut être arrêté par l'ap-

plication de vastes armatures métalliques. Le cuivre seul a été essayé : dans le cas d'insuccès on pourrait chercher le métal sympathique.

Quelle explication peut-on donner de l'action curative des armatures métalliques? La métallothérapie offre encore plus d'un côté mystérieux, et nous pourrions nous retrancher derrière des faits analogues qui, dûment constatés, n'ont point été expliqués. Cependant on peut risquer une hypothèse. Naguère, on admettait une différence profonde entre le fluide nerveux et le fluide électrique, se fondant principalement sur ce fait que la vitesse de propagation du premier est bien inférieure à celle du second. Mais naguère, dans une communication à la Société de biologie, M. d'Arsonval a démontré que dans certaines conditions on pouvait faire varier la vitesse du courant nerveux et ainsi diminuer l'intervalle qui la sépare de celle du courant électrique. On revient donc sur une affirmation précédente et on serait prêt à admettre l'analogie, sinon l'identité des deux agents. Dans cette hypothèse, un cas de tétanos étant donné, l'armature métallique agirait comme un collecteur du fluide nerveux produit en excès et perdrait ce fluide au fur et à mesure de sa production dans l'atmosphère ambiante. Il agirait en définitive comme un paratonnerre. Il me semble que des expériences dont le dispositif consisterait essentiellement en conducteurs impolarisables de Dubois-Reymond, appliqués aux armatures, en un circuit métallique et un galvanomètre, pourraient éclairer la question.

Quoi qu'il en soit, je n'essaie pas de creuser l'interprétation et je me contente de divulguer le fait pour que le traitement du tétanos, qui m'a réussi, soit essayé par d'autres confrères.

THÉRAPEUTIQUE

Les nouvelles médications de la phthisie.

Par M. le docteur P.-L. Durrant.

Depuis que la nature parasitaire de la phthisie n'est plus contestée, les efforts de la thérapeutique se dirigent vers la découverte de parasiticides efficaces et des moyens de les administrer. Chaque jour presque voit éclore, soit un nouveau médicament, soit un procédé nouveau, soit un appareil. Tout récemment, on a essayé les inhalations d'acide fluorhydrique, d'acide sulfureux, les injections intra-pulmonaires de divers principes, etc., etc.

On voit par ces tentatives qu'un grand nombre de médecins obéissent à cette double préoccupation de trouver un agent destructeur du bacille de Koch et de porter le remède le plus près possible de son habitat. Quel sera le résultat de ces recherches? Il serait téméraire de le préjuger. Cependant on peut, dès à présent, signaler certaines causes qui défendent d'espérer un succès complet dans cet ordre de recherches.

Si le poumon était une cavité unique, comme un abcès froid, comme une synoviale, on pourrait concevoir l'action d'un médicament comme celle d'un topique; il ne s'agirait plus que d'employer un parasiticide efficace, à dose suffisante, et de le laisser au contact un temps suffisant.

C'est ainsi que nous guérissons aujourd'hui, presque à coup sûr, des affections tuberculeuses bien localisées, abcès froids, ostéites, arthrites tuberculeuses, adénites, etc. C'est ainsi qu'au 3e Congrès français de chirurgie — 12 à 17 mars 1888, Paris —, M. le professeur Guyon a rapporté deux faits de guérison de tuberculose localisée à la vessie par application d'huile iodoformée sur la muqueuse vésicale. Ces exemples bien remarquables confirment ce que nous savions déjà de la cure des abcès froids, des abcès par congestion, etc., par les injections d'iodoforme.

Peut-on espérer des résultats aussi avantageux de l'action éphémère d'un courant aérien plus ou moins chargé de vapeurs médicamenteuses, dans un organe à cavités aussi multiples que le poumon? Cela n'est guère admissible ; ne savons-nous pas que l'énergie avec laquelle se pratique la *frotte* entre pour beaucoup dans la guérison de la gale? Ici, cependant, le parasite est presque à fleur de peau.

Si l'on ajoute le côté toujours peu pratique d'un appareil instrumental, l'assujettissement auquel son usage condamne, on peut prévoir que la méthode des inhalations ne pourra jamais, même avec des perfectionnements, que servir d'adjuvant dans le traitement de la phthisie.

Nous en dirons autant des injections *parenchymateuses* de divers antiseptiques essayées un peu partout, à Lyon, à Paris, et tout récemment à l'hôpital de Lemberg (Galicie), dans le service du docteur O. Widmann, par le docteur Léon Rosombusch, médecin en second. Ce médecin injecte, tous les deux ou trois jours, de l'huile d'amandes douces contenant 3 p. 100 de créosote végétale.

Le plus sûr véhicule, le seul pratique, sera toujours le sang et le sang par l'intermédiaire de l'absorption digestive.

Parmi les agents médicamenteux administrés à l'intérieur, il en est deux qui surnagent à travers les fluctuations de la thérapeutique, deux qui réunissent en leur faveur des témoignages de plus en plus nombreux et probants : l'iodoforme dont l'efficacité a été reconnue, en France, par M. le professeur Verneuil et par ses élèves; en Italie, en Suède, en Angleterre par de nombreux observateurs.

Il y a eu, il est vrai, des contradicteurs, et certaines expériences de laboratoire ont paru infirmer les faits cliniques, mais d'autres expérimentateurs ont montré que l'iodoforme, pour agir contre le bacille, devait être associé à des principes albuminoïdes comme ceux du sang. Dans ces sortes de procès, il faut toujours se remémorer cette remarque de Pasteur, que mille expériences négatives ne peuvent invalider un fait positif bien observé, et que c'est dans les conditions de l'expérience qu'il faut chercher la raison des contradictions apparentes.

Le second médicament qui a résisté à l'épreuve, c'est la créosote qui, depuis le mémoire si remarqué de MM. Bouchard et Gimbert, 1877, a pris une place définitive dans le traitement de la phthisie.

En 1887, J. Sommerbrodt et Prœntzel, à Berlin, ont publié les résultats de leur expérience personnelle qui s'est étendue à un nombre de tuberculeux que ces auteurs évaluent à 5 000.

Les prescriptions ont été les mêmes à peu près que celles des médecins français et les résultats également satisfaisants.

Les médecins de Berlin ont administré la créosote en capsules gélatineuses contenant, chacune, 5 centigrammes de créosote. La saveur caustique et l'odeur de ce médicament rendent ce mode d'administration presque indispensable.

Il en est de même pour l'iodoforme.

Dans certains hôpitaux de Paris, on a administré avec les plus grands avantages les préparations connues sous le nom de Perles de créosote et de Perles d'iodoforme du docteur Clertan. Ces préparations se font remarquer par la minceur, la transparence et la solubilité de l'enveloppe et par la pureté du produit inclus.

Les Perles d'iodoforme contiennent 5 centigrammes de ce principe, et les Perles créosotées 5 centigrammes de créosote végétale. Le dissolvant pour les deux est l'éther. Ce véhicule est de nature à faciliter la diffusion du médicament et son transport aux poumons puisque c'est par cette voie qu'il s'élimine.

Ces particularités ne sont pas négligeables; rien n'est indifférent dans le traitement d'une affection aussi grave. La créosote peut être administrée pendant une durée pour ainsi dire indéfinie sans inconvénient. J. Sommerbrodt la continuait pendant plusieurs mois, et un grand nombre de malades ont pris sans interruption 600 à 1 200 capsules.

Pour l'iodoforme, il est bon de suspendre son administration après une semaine pour recommencer après un repos d'une durée

égale ou double. On peut ainsi ménager l'appétit qui se trouve assez souvent affecté par l'usage trop soutenu de ce médicament.

Pour le dire en passant, ceci montre que les formules où la créosote et l'iodoforme sont associés dans une seule préparation doivent être condamnées.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 mai 1888. — Présidence de M. Hérard.

CORRESPONDANCE

La correspondance officielle comprend :

Une lettre du ministre des affaires étrangères, accompagnant l'envoi de la statistique médicale de l'armée belge pour l'année 1886.

La correspondance manuscrite renferme :

1° Un mémoire de M. le docteur Pigeon (de Fourchambault), intitulé : « Quelle est la cause de la diminution insolite de l'électricité et de l'ozone atmosphérique particulière aux époques d'épidémies cholériques? »

2° Un mémoire de M. le docteur Ebstein, médecin-major au 8e régiment de dragons, à Meaux, sur les résultats comparatifs des vaccinations et revaccinations faites avec : *a.* du vaccin d'enfant; *b.* du vaccin d'adulte; *c.* du vaccin de génisse frais; *d.* du vaccin de génisse conservé;

3° Un mémoire de M. le docteur Prengrueber, médecin de colonisation, ayant pour titres : « *a.* Variole, variolisation et vaccine chez les indigènes de la Kabylie; *b.* Liste des Européens et des indigènes vaccinés avec succès pendant l'année 1887. »

PRÉSENTATION

L'analgésine. — M. DUJARDIN-BEAUMETZ fait connaître la formule d'une préparation employée, depuis plusieurs années déjà, sous le nom d'analgésine et qui n'a aucun rapport avec l'antipyrine.

LECTURE

De la lèpre. — M. LE ROY DE MÉRICOURT commence la lecture d'un travail dont l'étendue a forcé de renvoyer la fin à la prochaine séance. (Voir le Premier-Paris.)

COMMUNICATION

Sur la méco-narcéine. — M. CONSTANTIN PAUL présente, à l'occasion du procès-verbal, quelques observations sur la communication de M. Laborde relativement à la méco-narcéine, et conclut de la manière suivante :

Au point de vue scientifique, la question chimique n'est nullement résolue. La méco-narcéine n'est pas un produit chimiquement défini. La narcéine est associée à d'autres substances indéterminées et dans des proportions inconnues. Nous ne pouvons nous adresser qu'à un chimiste pour nous la procurer et il ne peut nous répondre de nous donner constamment le même produit en raison des difficultés et de la complexité de l'opération. Néanmoins, je ne puis qu'applaudir aux efforts de M. Duquesnel pour que nous ne soyons plus, dans un avenir prochain, tributaires de l'étranger.

Au point de vue expérimental, les nombreuses recherches physiologiques de M. Laborde ont donné un instant l'illusion qu'il apportait, enfin, le précieux somnifère annoncé par Claude Bernard et auquel nous essayons d'atteindre, depuis vingt-cinq ans bientôt, sans pouvoir y parvenir.

Mais au point de vue thérapeutique, au point de vue de la clinique et de la pratique professionnelle, nous n'avons pas un médicament, nous n'avons qu'un curieux produit de laboratoire. Je souhaite, plus que je ne l'espère, que nous puissions faire usage de la narcéine. Mais qu'on se rappelle qu'un kilogramme d'opium qui renferme en moyenne 10 p. 100 de narcéine contient par conséquent 10000 centigrammes de morphine, et peut ainsi soulager 10000 malheureux, tandis que le même kilogramme d'opium ne renferme que quelques centigrammes de narcéine qui, fût-elle ce que nous rêvons, ne pourrait fournir qu'une dizaine d'injections sous-cutanées, de sorte que si ce médicament était recherché, on se demande à quel prix il faudrait l'acheter.

Quand on voit l'entraînement actuel avec lequel les médecins se hâtent de prescrire les médicaments nouveaux, il est à craindre que la communication de M. Laborde ne les pousse à prescrire la méco-narcéine, tout comme l'antipyrine, l'acétanilide et tout ces médicaments que produit la recherche de la synthèse de la quinine. Cet entraînement prématuré serait une déception pour les malades et pour les praticiens.

M. LABORDE maintient dans leur entier les conclusions de son travail : la méco-narcéine est un produit que l'on peut obtenir très pur et parfaitement cristallisé; le procédé est des plus simples, il l'a décrit dans la dernière séance et le premier chimiste venu peut la préparer. La narcéine est le seul alcaloïde de l'opium qui n'offre aucun danger et les résultats thérapeutiques qu'elle a donnés sont des plus encourageants.

RAPPORT

Le vertige des fumeurs. — M. GUSTAVE LAGNEAU, qui, en 1881, avait déjà été chargé par l'Académie de faire un rapport au ministre sur l'action nocive que peut avoir l'abus du tabac, rend compte aujourd'hui d'un mémoire récemment communiqué à l'Académie par M. le docteur Émile Decaisne sur le *Vertige des fumeurs.*

Après avoir rappelé que de nombreux observateurs, avec Beau, avec MM. Peter, Vallin, Le Roy de Méricourt, ont signalé de graves accidents cardiaques, de douloureuses angines de poitrine chez des fumeurs faisant un usage excessif du tabac; après avoir rappelé que plusieurs ophthalmologistes, avec MM. Galezowski, Fieuzal, ont également observé des amblyopies nicotiques, M. Lagneau dit qu'actuellement M. Decaisne, se basant sur 63 observations de fumeurs malades, croit devoir attirer l'attention sur le diagnostic différentiel du vertige spécial aux fumeurs, trop souvent confondu avec le vertige symptomatique de la congestion cérébrale.

COMITÉ SECRET

A quatre heures et demie l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Marty, sur les candidats à la place laissée vacante, dans la section de pharmacie, par la mort de M. Méhu.

A la suite de cette lecture les candidats sont classés dans l'ordre suivant :

En première ligne, M. Moissan; en deuxième ligne *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Beauregard, Guignard et Petit; en troisième ligne *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Quesneville et Vigier.

A cette liste l'Académie, sur la demande d'un certain nombre de ses membres, a ajouté le nom de M. Villejean.

L'élection aura lieu dans la séance de mardi prochain.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 13 mai 1888, les officiers du corps de santé militaire de la division d'occupation du Tonkin et de l'Annam, dont les noms suivent, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir :

MM. les médecins-majors de deuxième classe : Roblot, pour le dépôt du 104e d'infanterie; Petit, pour le 126e d'infanterie; Ulfoltz, pour le 132e d'infanterie.

— *Faculté de médecine de Paris.* — MM. les candidats, ajournés avant le 10 juin 1888, sont informés : 1° que les épreuves pratiques seront renouvelées dans la dernière quinzaine de juin; — 2° que les épreuves orales seront renouvelées : *a* à partir du 15 juin, par les candidats ayant échoué avant le 15 mai; *b* à partir du 1er juillet, par ceux qui ont échoué après le 15 mai et avant le 10 juin. — Les candidats ajournés avant le 15 mai consigne-

ront jusqu'au 29 mai 1888 inclusivement, dernier délai; les candidats, ajournés après le 15 mai et avant le 10 juin, consigneront jusqu'au 12 juin 1888 inclusivement, dernier délai. Ils seront tenus de déclarer, en consignant, la date exacte de leur échec.

— Faculté des sciences de Lyon. — La chaire de physiologie est déclarée vacante.

— M. le docteur Nicouleau, interne de l'asile d'aliénés de Bordeaux, est nommé médecin adjoint de l'asile d'aliénés de Saint-Yvon, et placé dans la deuxième classe de son grade (2 500 francs).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Traité de pathologie chirurgicale spéciale, par le professeur F. KŒNIG, traduit de l'allemand d'après la 10e édition par J. COMTE, chirurgien de l'hôpital de Genève, ouvrage précédé d'une introduction par le docteur TERRILLON, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, etc., tome Ier, 1er fascicule, 1 volume in-8° avec 79 figures intercalées dans le texte. — Prix : 7 fr. — L'ouvrage forme trois volumes et sera publié en six fascicules, il paraîtra un fascicule tous les trois mois. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 59. — MARDI 22 ET JEUDI 24 MAI 1888. 61e ANNÉE. MARDI 22 ET JEUDI 24 MAI 1888. — N° 59.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Avec les premiers beaux jours reviennent, chaque année, les communications sur les sources thermales, et c'est ainsi qu'après avoir entendu, dans la séance du 3 avril dernier, une lecture de M. Frémont (de Vichy), sur les micro-organismes contenus dans les sources d'eaux minérales de Vichy; dans celle du 10 du même mois, un travail de M. Tardieu, sur la présence du fluor dans les eaux du Mont-Dore, l'Académie a aujourd'hui donné la parole à M. Percepied pour une étude sur les microbes contenus dans les mêmes eaux du Mont-Dore, microbes qui n'ont rien de pathogène.

Puis M. Hergott (de Nancy) a communiqué la relation intéressante d'une opération de fistule vésico-utéro-vaginale, compliquée de mortification d'une portion de l'uretère droit, opération qui a été suivie d'une guérison parfaite.

Une épidémie de méningite cérébro-spinale a sévi pendant tout l'hiver, dans la population civile de Nicosie, dans l'île de Chypre, frappant indistinctement des sujets de tout âge et de tout sexe. Elle est l'objet d'un rapport de M. Brouardel, basé sur les documents envoyés à l'Académie par plusieurs praticiens de la localité.

Enfin, M. Le Roy de Méricourt a terminé la lecture de son travail sur la lèpre. Ce travail, entrepris par l'auteur à la suite du mémoire lu à l'Académie, par M. Besnier, dans la séance du 14 octobre de l'année dernière, sur la nature, l'origine et le mode de transmission de la lèpre, ouvre la discussion dont le renvoi, ce même jour, fut fixé à une époque ultérieure éloignée.

Sans être absolument antimicrobien, M. Le Roy de Méricourt n'accorde qu'une part restreinte à la contagiosité dans la transmission de la lèpre, et émet même quelques doutes sur la vivacité des clartés projetées par l'histologie et la bactériologie en ce qui concerne le mode de propagation de cette maladie, et surtout les mesures prophylactiques. Cependant ce n'est pas à une attaque de fond qu'il se livre en cette occasion, mais à une argumentation de détails; et en lisant avec soin le texte de sa communication, on se rend bien vite et aisément compte de la somme de travail qu'elle a demandée à son auteur et des nombreuses recherches qu'elle a exigées pour la mener à bien et en faire presque une monographie de la lèpre, de cette affection que M. Leloir, dans le Traité qu'il lui a récemment consacré, définit : « Une maladie parasitaire chronique, caractérisée par la production de néoplasies renfermant des bacilles, lesquels se développent surtout au niveau du tégument cutané et muqueux, au niveau des nerfs, dans les ganglions lymphatiques et dans certains viscères. »

M. le docteur Moissan, dont les découvertes sur le fluor ont eu, dans les derniers mois de 1887, un grand et légitime retentissement, appartient dès ce jour à l'Académie qui l'a élu, à une très forte majorité, dans la section de pharmacie, en remplacement de M. Méhu décédé.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. BROUARDEL.

De la responsabilité médicale (1).

IV

Pour terminer ce qui a trait à la syphilis, au point de vue de la responsabilité du médecin, nous nous trouvons en présence d'un dernier point qui a soulevé beaucoup de discussions, je veux parler de la syphilis vaccinale.

Lorsque l'admirable découverte de Jenner fut publiée pour la première fois, elle rencontra chez un grand nombre de médecins une opposition absolue. On prédisait qu'elle allait transporter toutes les maladies, la fièvre typhoïde, la tuberculose, la scrofule, la syphilis, etc. Au contraire, Bousquet et d'autres déclaraient la lymphe vaccinale absolument pure et prétendaient, notamment, qu'il était impossible au vaccinateur de donner la syphilis avec sa lancette.

Cependant, après bien des dénégations, il fallut se rendre à l'évidence, et depuis l'épidémie de Rivalta, en Italie, quarante ou cinquante épidémies semblables ont été décrites.

L'École de Lyon a fait faire un grand pas à la question, en montrant que c'était le sang et non la lymphe vaccinale elle-même qui colportait le virus. J'en ai eu la preuve, lorsque j'étais interne de Lorain : on avait vacciné toute la salle sans prendre soin d'essuyer la lancette après chaque lit; or, une femme eut un chancre du bras, le vaccinateur avait transporté la syphilis du n° 20 au n° 21, puisant le virus dans le sang de la voisine en pleine évolution d'acci-

(1) Fin. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 441.

dents secondaires. Depuis, il a été parfaitement établi que jamais la même lancette ne doit vacciner deux individus de suite, sans être parfaitement nettoyée.

C'est la raison qui doit faire préférer la vaccination animale, c'est-à-dire de génisse à homme. On la pratiquera bientôt en France comme en Allemagne : on tue l'animal, on constate aussitôt par l'autopsie qu'il n'a pas de maladie transmissible, et on recueille le vaccin. Grâce à la vaccination obligatoire, on a eu l'année dernière, dans toute l'Allemagne, 35 cas de mort par la variole; à Marseille, on en a eu 153.

A côté des dangers de la syphilis vaccinale, il faut ranger ceux de la vaccine elle-même. Nous nous sommes trouvé, il y a deux ans, en face d'accidents excessivement graves dans une petite localité du Puy-de-Dôme. Sur 46 enfants vaccinés ensemble, 6 sont morts et 40 ont été malades. Que s'était-il passé? La grande faute du médecin était d'avoir recueilli ce qu'il croyait être de la lymphe vaccinale sur des pustules formées au bout de soixante-douze heures chez un enfant. Or, vous savez que le vaccin n'est bon à prendre sur les enfants qu'à partir du sixième jour. Mais ce que nous ne connaissions pas jusqu'alors, ce sont des cas de mort en vingt-quatre heures à la suite d'une vaccination. Ce fait rappelle l'expérience de Davaine, qui avait constaté que du sang putréfié, étant inoculé, augmentait de virulence jusqu'à la troisième transmission.

Le médecin obtint une ordonnance de non-lieu, mais il n'en est pas moins vrai que s'il avait mieux connu l'évolution de la vaccine, il n'aurait pas commis une faute semblable.

En Allemagne, on a discuté ce fait et on a déclaré que les choses ne se seraient pas passées ainsi chez eux, rapportant l'exemple d'un de leurs médecins qui avait vacciné 90 personnes, dont 53 furent malades et 15 moururent en quarante-huit heures : il fut condamné, pour ce fait, à 1 500 francs d'amende. Il faut avouer que ce n'était pas trop.

J'arrive à d'autres cas où, dans la pratique journalière, on peut se tromper et être poursuivi par son client devant les tribunaux pour le choix d'un médicament, pour une erreur de dose et pour une erreur de substance.

Pour le choix d'un médicament, le seul tribunal qui soit intervenu, c'est le tribunal de Gray, dans un cas de fièvre typhoïde, mais il y a eu ordonnance de non-lieu. En thèse générale, le médecin est absolument libre de choisir la médication qu'il croit convenir à l'état de son client.

Il paraît pourtant que notre grand Laënnec a été poursuivi pour l'introduction du tartre stibié dans le traitement de la pneumonie. La poursuite aurait été arrêtée par la duchesse de Berry, dont il était le médecin.

Si toute médication demande à être employée avec prudence, il en est une à laquelle vous devez faire la plus grande attention, c'est l'injection sous-cutanée. Lorsque cette méthode a pénétré en France, vers 1860, le seul médicament injecté était le sulfate d'atropine. Il a causé coup sur coup deux accidents malheureux. On inaugurait l'Opéra; un lord anglais, qui avait retenu une loge, télégraphie au médecin du Grand-Hôtel de se tenir prêt à voir sa fille, qui a une névralgie et qui voudrait être en état d'aller à l'Opéra. Le soir, le médecin fait une piqûre d'atropine; la jeune fille tombe foudroyée. Or, la petite fiole qui contenait la solution avait déjà servi un grand nombre de fois sans entraîner le moindre accident. On était encore sous le coup de cette émotion, lorsque le même malheur arriva à une jeune femme, dans le cabinet de son médecin.

Depuis lors, on a substitué au sulfate d'atropine le chlorhydrate de morphine, qui n'est pas absolument inoffensif. Il est arrivé que deux médecins différents ont tué deux individus d'Argenteuil par une simple injection de morphine. La mort survient-elle parce que la pointe de l'aiguille a pénétré dans une veine ou s'agit-il d'une susceptibilité individuelle? Ce qu'il y a de certain, c'est que ces accidents arrivent le plus souvent chez des personnes à qui on fait une injection pour la première fois. Il faut donc que vous preniez vos précautions et que, la première fois, vous restiez bien au-dessous de ce qu'on peut donner.

A propos de tous les médicaments qui envahissent en ce moment la thérapeutique, vous devez d'ailleurs être extrêmement prudents et tenir grand compte des idiosyncrasies, des tolérances et des intolérances. La première chose que vous devez faire, c'est d'examiner l'état des reins de votre malade. Il est certain qu'un enfant de huit ans, chez qui les fonctions rénales sont parfaites, supportera très facilement telle dose de tel médicament qu'un vieillard ne pourra tolérer parce que, chez lui, l'élimination par les reins est très défectueuse ou presque nulle.

A l'Académie de médecine, M. Hardy a rapporté des accidents survenus à la suite du traitement par l'antipyrine, qui n'ont peut-être pas d'autre cause. Il y a quelques jours, un de mes collègues de la Faculté, après avoir pourtant constaté qu'il n'y avait pas d'albumine dans les urines, a donné à sa mère 2 grammes de salicylate de soude : elle est restée pendant vingt-quatre heures entre la vie et la mort.

A un autre point de vue, je vous cite encore cet exemple : douze personnes mangent des oies farcies contenant des ptomaïnes : l'une d'elles meurt, c'était celle qui avait les reins malades.

Les procès, au sujet de prescriptions d'aconitine, sont nombreux au civil. Je n'insiste pas, mais retenez cette règle importante : toutes les fois que vous aurez ordonné un alcaloïde à un malade, revenez toujours le voir après l'ingestion, parce que vous pouvez avoir affaire à une susceptibilité particulière, qui entraîne des accidents imprévus.

Pour ce qui est de l'erreur de dose, il n'y a guère de discussion possible. Cependant, une règle ignorée de beaucoup de médecins, c'est que lorsqu'un médicament se prescrit par gouttes, le nombre de gouttes ne doit pas être écrit en chiffres arabes, mais en chiffres romains.

Le bavardage du client est le grand ennemi du médecin. Et je citerai l'exemple d'un confrère qui, ainsi distrait par les questions de son client, a écrit un jour 20 grammes de laudanum au lieu de xx gouttes. Aussi je vous conseille fortement de prendre la bonne habitude de relire *à haute voix* votre ordonnance après l'avoir écrite, ce qui impose toujours silence au client.

Le médicament qui a occasionné le plus grand nombre de poursuites, après le laudanum, c'est le cyanure de potassium, qui a été employé comme anti-douloureux. Il y a quelques années, à Bicêtre, un médecin ayant prescrit à plusieurs malades une dose exagérée de cyanure de potassium et ayant renvoyé très durement le pharmacien qui était venu lui demander s'il ne s'était pas trompé, comptait le lendemain matin cinq morts dans son service. Il ne fut condamné qu'à l'amende, mais il dut quitter les hôpitaux.

Un médecin, qui avait ordonné 5 grammes de cyanure de potassium, fut condamné à trois mois de prison et à 50 francs d'amende.

Quand il y a eu erreur sur la substance elle-même, le

pharmacien a l'habitude de rejeter la faute sur le médecin et le médecin sur le pharmacien.

Un pharmacien, qui avait délivré 30 grammes d'oxalate de potasse au lieu de sulfate de soude, se retournait du côté du droguiste qui avait commis la première erreur. Le tribunal n'accepta pas ce subterfuge, considérant qu'un pharmacien devait être en état de contrôler et de reconnaître les produits qu'il vendait.

Il est arrivé, plus d'une fois, qu'on a délivré de la morphine au lieu de quinine. Un palefrenier, à qui on avait ordonné un suppositoire avec $0^{gr},25$ de sulfate de quinine, que le pharmacien a remplacé par $0^{gr},25$ de chlorhydrate de morphine, est mort. Un de nos confrères prescrit pour un enfant du chlorhydrate de quinine; le pharmacien ne lit que le mot « chlorhydrate », il donne de la morphine et l'enfant meurt. Il a, du reste, été condamné au minimum de la peine, car sa maison est certainement une des pharmacies de Paris où on prend le plus de précautions pour éviter des erreurs de ce genre?

Comment peut-on les éviter? Comme la cause d'erreur provient presque toujours du nom de l'acide qui précède celui de l'alcaloïde, et qui est seul lu par le pharmacien, il faut renverser l'ordre et commencer par écrire le nom de la substance dangereuse pour que ce soit elle qui attire d'abord l'attention.

DE LA LÈPRE.

Par M. le docteur LE ROY DE MÉRICOURT.

Depuis la communication faite par M. le docteur Besnier à l'Académie de médecine, dans la séance du 14 octobre 1887, sur la nature, l'origine et le mode de transmission de la lèpre, M. Le Roy de Méricourt s'est livré à une étude patiente de cette question, à de nombreuses recherches, en ayant soin de recueillir de nouveaux documents sur ce sujet, et c'est le résultat de ces recherches qu'il expose aujourd'hui.

Tout d'abord il déclare n'accorder qu'une part restreinte à la contagiosité dans la transmission de la lèpre et ne pouvoir encore accepter sans réserve cet envahissement de la pathologie par l'histoire naturelle; il ne peut se faire encore à l'idée qu'à chaque unité morbide correspond ou correspondra bientôt une individualité parasitaire. Puis il rappelle que, pour M. Besnier, de même que pour M. Leloir, il est établi que la lèpre est une maladie bacillaire, que la bactérie qui lui appartient est spécifique, constante, qu'elle ne naît pas spontanément. Mais alors, ajoute M. Le Roy de Méricourt, la lèpre que nous connaissons étant exactement celle décrite par Moïse, le premier cas vient d'un contemporain des premiers ou du premier couple humain. Il en serait de même de toutes les maladies bacillaires spécifiques qui sont déjà nombreuses et dont le nombre grandit chaque jour.

Il critique ensuite vivement cette opinion émise par M. Besnier à savoir que c'est l'homme qui porte en lui-même le micro-organisme, germe des maladies zymotiques et même de la malaria; les marais, les eaux, le sol, ne jouant plus que le rôle de bouillon de culture!!! Le transfert se fait de l'homme à l'extérieur et, si l'extérieur est fertilisable, du sol, des eaux à l'homme! En ce qui concerne particulièrement la malaria, malgré toutes les découvertes des divers microphytes auxquels on l'attribue, M. Le Roy de Méricourt n'admettra jamais le transfert de la fièvre paludéenne de l'homme à l'homme et pas davantage de l'homme aux eaux et au sol. Ce serait la négation de tout ce qu'il lui a été donné d'observer dans sa carrière de médecin de la marine.

Après avoir fait remarquer que de trois maladies ayant des analogies réelles: la syphilis, la lèpre et la tuberculose, c'est celle dans laquelle on n'a pu montrer encore l'existence d'un micro-organisme qui est le plus inoculable, le plus incontestablement transmissible et que des deux autres qui, dans leurs produits, contiennent un bacille incriminé, c'est celle qui possède le bacille le plus gros et le plus abondant qui n'a jamais pu jusqu'à présent être inoculée et dont le mode de propagation demeure le plus obscur; l'auteur examine la question de la contagiosité de la lèpre et en rappelle l'historique. Il cite successivement les diverses opinions émises à ce sujet par Alibert, Danielsson, Kaurin de Molde, Zambaco, par les médecins norwégiens, par Ch. Rognat, Londré, etc., les uns soutenant, les autres niant la contagiosité. Il cite aussi les enquêtes faites en Angleterre, en 1867, en 1872, en 1887, et donne lecture du rapport de la Commission anglaise fait l'an dernier, ainsi que des chiffres relatifs à la léproserie de Batavia, montrant à quels résultats déplorables entraîne l'internement forcé. Enfin, il montre, en terminant la première partie de sa communication, que M. Besnier est amené à comparer la lèpre à la tuberculose sous le rapport de la contagiosité occulte, de l'incubation illimitée et de l'évolution irrégulière, et que le passage qu'il lui consacre est une preuve de condescendance involontaire de M. Besnier à la doctrine de la non-contagiosité.

Quant à M. Leloir, à la page 302 de son *Traité de la lèpre*, il présente un tableau de cent-neuf observations où les renseignements recueillis étaient suffisamment précis et où malgré une cohabitation prolongée un des conjoints n'a pas contaminé l'autre. Sur ces cent-neuf cas, six fois la durée de la cohabitation a été de huit, dix, dix-huit, treize, dix-sept ans; huit fois elle a été de quatorze, treize, dix-sept et vingt-deux ans; trois fois de huit, trente-quatre et vingt... Vous voyez, dit M. Le Roy de Méricourt, que « malgré la lumière éclatante fournie par la dermatologie, les contagionnistes eux-mêmes sont encore assez obscurs dans leurs interprétations et ne s'accordent pas entre eux ».

Continuant à soutenir la thèse de la non-contagiosité de la lèpre, M. Le Roy de Méricourt rappelle l'opinion d'un certain nombre de médecins étrangers, notamment de M. Bœlz, professeur de médecine à l'Université de Tokio, dont la déclaration anti-contagionniste est d'autant plus frappante qu'elle concerne, dit-il, une région paraissant défavorable à la transmission de cette maladie et où la lèpre existe depuis un temps immémorial.

La question de la lèpre dans les îles de la Polynésie et particulièrement aux Hawaï, est l'objet d'un long chapitre de l'auteur par suite des nombreux documents qu'il a pu recueillir à ce sujet. M. Le Roy de Méricourt rappelle les tentatives d'inoculation de la lèpre faites sans aucun succès sur un Hawaïen condamné à mort, les blessures accidentelles que plusieurs médecins, entre autres M. le docteur Arning, se sont faites dans des autopsies de lépreux, piqûres d'où il n'est résulté que des lymphangites ordinaires sans la moindre inoculation du mal lui-même.

Quant au fait des vaccinations comme agent de propagation de la maladie, en admettant même, dit-il, la transmission du bacille d'Hansen par la lymphe vaccinale, les vaccinations et revaccinations n'auraient pu jouer qu'un rôle fort restreint dans la propagation de la lèpre aux îles Sandwich, car, dès que les appréhensions sur ce point se manifestèrent, le vaccin animal fut substitué, par ordre de la commission sanitaire, au vaccin humain.

M. Le Roy de Méricourt reproche, à ce propos, à M. Besnier, de tenir trop peu compte de l'hérédité admise par tous les observateurs compétents des pays à lèpre, comme un des modes les plus importants sinon le plus puissant de propagation. Ce n'est pas que celle-ci soit fatale, mais elle est surtout très probable quand la mère est lépreuse; elle est très fréquente surtout lorsque la fécondation de la femme a lieu alors que la maladie est déjà avancée.

Puis il passe en revue les mesures prophylactiques prises dans les différentes contrées du globe, l'internement forcé pratiqué actuellement par un très petit nombre de nations seulement et d'une façon fort incomplète, ne portant pour ainsi dire que sur les lépreux pauvres. Ainsi en Norvège, où les idées contagion-

nistes avaient dès 1857 pris faveur et où par suite l'internement était devenu presque obligatoire, on comptait sur 1 582 lépreux 617 internés seulement et 965 en liberté, soit les 3/5 des malades. A Constantinople, au contraire, une grande partie des lépreux vivent en liberté et malgré la promiscuité la plus complète, malgré la cohabitation entre mari et femme, l'un sain, l'autre malade, ayant même des ulcères, il n'y a pas d'exemples authentiques de contagion. Dans aucune des colonies françaises (les Antilles, la Guyane, l'île de la Réunion, Pondichéry) où il existe des asiles pour les lépreux, la séquestration n'est rigoureusement appliquée, et, comme ailleurs, ce sont presque uniquement les lépreux pauvres, qui, sur la demande des familles, des maires des communes, sont admis dans ces établissements. De sorte que, en réalité, ce n'est qu'aux îles Hawaï que la séquestration est sévèrement appliquée et ceci en raison de l'effrayante multiplicité des cas de lèpre dans cet archipel.

En résumé, la découverte du bacille spécifique ne peut en rien atténuer la prépondérance du rôle accordé par l'immense majorité des observations à l'hérédité dans la propagation de la lèpre et, par suite, comme cause de sa pérennité, de même que la découverte du bacille de Koch n'a en rien diminué non plus la valeur de la doctrine de la transmission, par hérédité, de la tuberculose. Mais les nouvelles acquisitions de la bactériologie devaient avoir, pour conséquence logique et pour ainsi dire forcée des faits attribués par ses partisans, une part plus large à la transmissibilité par contact, par cohabitation, et de les amener à revenir à des mesures d'isolement, de séquestration terribles, tombées en désuétude.

La notion du bacille de la lèpre n'a en rien démontré la transmissibilité directe d'individu à individu; elle n'a jeté aucune lueur utile et n'a pas donné la mesure dans laquelle la transmissibilité s'exerce, transmissibilité éminemment variable, de l'aveu même des contagionnistes les plus ardents, ni sur les modes, ni sur les voies d'introduction du contage. Nous ne sommes donc pas plus avancés qu'avant sa découverte, en ce qui concerne les mesures prophylactiques à employer. Tout ce que nous savons, c'est que l'homme semble être le seul agent ou du moins l'agent essentiel de cette transmission.

La seule conclusion pratique à en tirer, c'est qu'il faudrait faire disparaître l'homme lépreux: *Morte la bête, mort le venin*, mais cette mesure radicale, applicable aux chiens enragés, ne l'est pas à l'homme.

Enfin la notion du bacille n'a apporté jusqu'à présent aucune donnée utile pour la thérapeutique de la lèpre qui est et demeure, il faut l'avouer, incurable. On en est toujours aux moyens empiriques, et, avec M. Besnier, M. Le Roy de Méricourt pense que l'on ne peut que recourir à des procédés de protection basés sur les progrès de l'hygiène et de la sociologie générale tout en restant fidèle aux principes de liberté et d'humanité qui sont la gloire la plus pure de notre époque.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 mai 1888. — Présidence de M. HÉRARD.

CORRESPONDANCE

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Boutin, médecin de première classe du port de Toulon, sur les vaccinations et revaccinations pratiquées dans les arrondissements de l'ouest de la Cochinchine, du 6 novembre 1887 au 1er février 1888;

2° Un mémoire de M. le docteur Massina, médecin-inspecteur des enfants du premier âge de la circonscription de Vernet-les-Bains (Pyrénées-Orientales), sur l'alimentation des nourrices en vue de la production du lait;

3° Deux rapports de M. le docteur Famechon, médecin-major de deuxième classe : le premier sur les vaccinations et revaccinations pratiquées au 104e régiment d'infanterie, à la Flèche, pendant l'année 1886-1887; le deuxième sur les vaccinations et revaccinations pratiquées dans le même régiment, à Argentan, pendant le mois de décembre 1887;

4° Une note de M. le docteur Alvin (de Saint-Étienne) sur : *a*. l'irrigation d'eau très chaude dans les fosses nasales comme moyen facile et très efficace contre les épistaxis graves; *b*. l'emploi de l'éponge imbibée d'eau très chaude contre les bourrelets hémorrhoïdaux externes accompagnés de contractures douloureuses du sphincter.

LECTURE

Étude des microbes contenus dans les eaux du Mont-Dore. — M. ÉLIE PERCEPIED lit, sur ce sujet, un travail dont voici les conclusions :

1° Les eaux du Mont-Dore contiennent des microbes dont quelques-uns se retrouvent d'une façon banale dans beaucoup d'eaux non minéralisées;

2° Ces micro-organismes paraissent être les mêmes dans toutes les sources;

3° Le nombre des microbes paraît aller en diminuant à mesure qu'on s'approche du point d'émergence de l'eau, en même temps que leur variété diminue;

4° L'expérience démontre qu'ils ne sont pas pathogènes.

Fistule vésico-utéro-vaginale; mortification d'une portion de l'uretère droit; opération; guérison. — M. HERGOTT (de Nancy). Il s'agit d'une femme de trente-quatre ans, accouchée à terme, pour la deuxième fois, le 18 avril 1881, après deux jours de travail, d'un enfant mort, et à l'aide du forceps.

Douze heures après l'accouchement, cette femme ne pouvait plus retenir ses urines, ni debout, ni assise, ni couchée. De plus, elle resta pendant quatre semaines très souffrante, affaiblie, couchée, se remettant assez difficilement. Les règles ne reparurent que sept mois plus tard. Les divers médecins qu'elle consulta au sujet de son infirmité lui déclarèrent qu'elle était absolument incurable. Cependant, de guerre lasse, elle se décida, au bout de cinq ans, à entrer à l'hôpital de Nancy, dans le service de M. Gross. Celui-ci constata l'existence d'une fistule vésico-vaginale, mais il ne put en déterminer, à ce moment, l'étendue et les complications, en raison d'un érythème, d'un gonflement douloureux, d'excoriations, d'indurations de la vulve et de concrétions calcaires dans le vagin, qui rendaient l'examen très douloureux. Aussi commença-t-il par prescrire le traitement de Bozemann (deux injections par jour d'eau chaude, bain de siège prolongé chaque soir), grâce auquel un changement considérable ne tarda pas à se produire dans l'état des parties génitales qui reprirent peu à peu leur souplesse et leur insensibilité. Six semaines après son entrée, cette femme était évacuée sur le service de la Maternité. Un examen attentif de la malade décela l'existence d'une vaste perte de substance dans la paroi vaginale antérieure, de forme ovalaire, et mesurant 4 centimètres dans son plus grand diamètre et 25 millimètres dans son plus petit, enfin reposant directement en arrière sur le col, qui était très raccourci. Deux doigts pénétraient facilement dans la vessie; l'écoulement de l'urine était incessant, et, par moments, plus abondant. La muqueuse vésicale, d'un rouge vif et d'un aspect tomenteux, formait le fond de cette perte de substance et arrêtait momentanément l'écoulement des urines par la fistule, proéminait quelquefois, faisait saillie à la vulve et faisait l'office d'une soupape.

Le bord antérieur de la perte de substance était distant de 4 à 5 centimètres environ de l'orifice du canal de l'urèthre. Enfin, une portion de l'uretère droit était mortifiée.

Bref, l'opération fut pratiquée à la clinique obstétricale, le 3 juillet 1886, avec le concours de MM. Gross, Heydenreich, Weiss, etc. Elle dura deux heures. Les suites furent très bonnes, jusqu'au 10 juillet; la température ne dépassa plus 37°6, les parties restaurées étaient en bon état sauf la présence d'un peu d'humidité dans le vagin.

Le 25 juillet les urines perdues par le vagin sont plus abondantes,

un examen minutieux ne permet pas de préciser par où elles arrivent; le 12 août seulement, on finit par apercevoir un petit pertuis et par y introduire un stylet fin, puis on pratique une cautérisation qui reste sans résultat. Le 24 août, on le ferme enfin par une opération complémentaire à la suite de laquelle le succès fut complet. Jusqu'à ce jour, il ne s'est pas démenti; la malade est parfaitement guérie.

RAPPORT

Épidémie de méningite cérébro-spinale dans la population civile de l'île de Chypre. — M. BROUARDEL. M. Ropas, de Nicosie (île de Chypre), a demandé au Comité consultatif d'hygiène de France un avis sur les mesures sanitaires à prendre pendant le cours de l'épidémie de méningite cérébro-spinale, qui a frappé la population civile de Nicosie et ses environs, en janvier, février, mars 1888.

Le Comité a conseillé l'isolement des malades et la désinfection des linges souillés, et a prié M. le docteur Ropas de lui fournir des renseignements précis sur ce que l'étude de cette épidémie aurait pu lui apprendre.

MM. les docteurs Ropas, Diazouris, Derbys, ont adressé quelques documents encore bien incomplets, mais desquels, cependant, il est facile de voir que les premiers cas de méningite cérébro-spinale remontent au mois de décembre 1887, cas parfois foudroyants, dont le nombre a diminué sensiblement sous l'influence des changements brusques de température. En effet, l'épidémie augmentait violemment pendant les temps humides et froids et diminuait par les fortes chaleurs et la sécheresse. La maladie affectait indistinctement les deux sexes et frappait des individus de tous les âges.

ÉLECTION

L'Académie procède, par la voix du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pharmacie.

Le nombre des votants étant 75, majorité 38.

M. Moissan obtient	55	suffrages (élu).
M. Quesneville	6	—
M. Beauregard	4	—
M. Villejean	4	—
M. Guignard	3	—
M. Vigier (Pierre)	1	—

Il y a un bulletin blanc et un bulletin nul.

COMMUNICATION

La lèpre. — M. LE ROY DE MÉRICOURT termine la lecture de son travail sur ce sujet. (Nous donnons plus haut, p. 547, le résumé de cette communication.)

COMITÉ SECRET

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. le docteur Blanche, sur les titres des candidats à une place vacante dans la classe des Associés libres, en remplacement de M. Dechambre décédé.

A la suite d'une longue et vive discussion, les candidats ont été classés dans l'ordre suivant :

En première ligne *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Lereboullet et Magitot; en deuxième ligne, M. E. Rivière; en troisième ligne, M. Galezowski; en quatrième ligne, M. René Blache; en cinquième ligne, M. Corlieu.

L'élection aura lieu dans la prochaine séance.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 mai 1888. — Présidence de M. POLAILLON.

COMMUNICATIONS

De la lithotritie rapide; pathogénie des calculs. — M. SCHWARTZ fait un rapport sur quatre observations de lithotritie rapide chez l'homme, et un cas semblable chez une femme, adressés par M. Doyen (de Reims).

Les observations relatives à l'homme n'ont rien présenté de remarquable. Quant à la lithotritie chez la femme, elle ne put être menée à bonne fin parce que le calcul était trop dur, rugueux, et il fallut faire la cystotomie vésico-vaginale. Encore est-il que, même dans ces conditions, le calcul fut assez difficile à extraire parce qu'il avait été saisi par les contractions de la partie supérieure de la vessie (calcul au plafond).

Ce cas vient de nouveau nous confirmer dans les difficultés que présente d'habitude la lithotritie chez la femme, en raison de l'ampleur de sa vessie et de l'absence de bas-fond; il doit engager à pratiquer d'emblée la cystotomie, surtout lorsque le calcul est dur et volumineux comme dans le cas de M. Doyen.

En tout état de cause, les instruments qui servent à faire les opérations devront être aussi aseptiques que pour les autres opérations chirurgicales; or, il a semblé à M. Schwartz que M. Doyen n'attache pas une importance suffisante à l'antisepsie, lorsqu'il s'agit d'opérations sur les voies urinaires.

On a dit dans ces derniers temps que les calculs vésicaux pouvaient être d'origine microbienne. Aussi M. Doyen a-t-il fait des recherches dans ce sens. Les cultures qu'il a faites avec des fragments de calcul, pris au centre ou à la périphérie, ne lui ont jamais donné de résultats positifs.

Castration ovarienne dans les cas de tumeurs fibreuses. — M. PAUL SEGOND communique les résultats qu'il a obtenus en pratiquant la castration ovarienne sur quatre malades atteintes de fibromes utérins. La première malade, âgée de vingt-six ans, avait des métrorrhagies et des troubles dysménorrhéiques. Les dispositions anatomiques du fibrome n'ont permis que l'ablation de l'ovaire gauche et cependant la malade a retiré les meilleurs effets de l'intervention. Les règles sont devenues régulières et non douloureuses. L'opération date maintenant de près de deux ans. La quatrième malade a été opérée pour des crises dysménorrhéiques effroyables et rebelles à toutes les médications d'usage. La double castration ovarienne a fait disparaître tous ces troubles, mais comme l'opération ne date que de huit mois, l'appréciation définitive du résultat doit être réservée, d'autant que, depuis deux mois environ, il s'est produit un certain nombre d'hématémèses. Chez les deux autres malades, opérées depuis deux ans, les effets de la castration double ont été des plus nets. Toutes deux portaient des fibromes de moyen volume remontant jusqu'à l'ombilic; elles étaient en outre épuisées par des métrorrhagies extrêmement abondantes et l'une des deux, tout au moins, aurait, sans l'intervention, rapidement succombé. Dans les deux cas, l'ablation bilatérale des annexes (ovaires et trompes) a été suivie de la cessation définitive des hémorrhagies et de l'atrophie rapide des fibromes. Chez l'une des deux dernières opérées, il s'est produit une complication post-opératoire assez grave; au neuvième jour, quelques heures après l'ablation des fils et pendant une quinte de toux, la cicatrice s'est désunie et les intestins ont fait irruption sous le pansement. L'intestin a été réduit, la déchirure suturée et la malade a guéri. M. Segond estime qu'on doit se méfier de la possibilité de cette complication toutes les fois qu'à la suite d'une laparotomie, la cavité péritonéale reste habitée par une tumeur plus ou moins volumineuse.

M. Segond termine sa communication par quelques généralités sur les indications de la castration ovarienne dans le traitement des fibromes. Il est à bon droit reconnu que la castration convient aux fibromes de dimension moyenne ou petite qui provoquent, soit des troubles fonctionnels graves, soit des hémorrhagies profuses. Mais ce n'est là qu'une formule générale. Les autres considérations dont il faut tenir compte en clinique sont trop variables pour se prêter à des jugements absolus. Toutefois, parmi ces considérations, il en est une très importante, sur laquelle M. Segond insiste d'une manière particulière et qui doit à son avis jouer un rôle décisif, c'est la facilité d'exécution plus ou moins grande de l'opération. Pour lui, une castration trop labo-

rieuse est toujours une opération très grave et, comme le diagnostic de la plus ou moins grande facilité d'une castration, contrairement à l'opinion d'Hegar, est impossible avant l'ouverture du ventre, il appuie cette conclusion déjà formulée qu'une castration ovarienne ne doit être tout d'abord qu'une laparotomie exploratrice. Puis, dit-il, lorsque le ventre est ouvert, on doit opter pour telle ou telle opération, en se guidant sur la comparaison de leur gravité respective, et c'est alors qu'il faut bien se souvenir de la gravité particulière des castrations trop laborieuses. En présence d'un cas donné de fibrome utérin exigeant une intervention transpéritonéale, toute castration projetée ne sera donc faite que lorsque son exécution paraîtra simple. Par contre, en présence de difficultés opératoires réelles, le chirurgien ne s'attardera pas à des recherches inutiles ou dangereuses et, difficulté pour difficulté, il donnera la préférence à l'ablation directe des fibromes. Cette formule est sans doute très générale, mais les variétés multiples de la clinique ne permettent pas de préciser davantage.

DISCUSSION

M. TERRIER appuie ce que vient de dire M. Segond. Comme lui, il a eu recours, avec succès, à la castration dans des cas où les femmes étaient exsangues par suite des hémorrhagies. Il lui est arrivé le même accident qu'à M. Segond : chez une femme atteinte d'un fibrome assez volumineux, M. Terrier avait enlevé les deux ovaires; après avoir retiré les fils, elle fut prise d'un accès de toux et le ventre fut ouvert et resta ouvert douze heures; il n'y eut pas d'élévation de la température et la malade n'en ressentit aucun inconvénient. Pour éviter cet accident, M. Terrier applique des sutures superficielles qu'il laisse en place plus longtemps que les profondes.

Il insiste sur la difficulté qu'il y a souvent, non seulement à trouver et à enlever les ovaires, mais encore à les pédiculiser. Il importe de ne pas laisser d'ovaire, pour éviter d'avoir de nouvelles hémorrhagies.

Quant à la question d'intervention, les indications sont très diverses; il y a des cas où on peut enlever les fibromes par la cavité vaginale, ou par la cavité utérine; il en est d'autres où on peut enlever l'utérus et le fibrome. Il est enfin un grand nombre de cas où la castration est d'autant plus indiquée que c'est une opération qui offre bien peu de dangers comparativement à l'ablation des tumeurs fibreuses.

M. BOUILLY a fait huit fois la castration pour combattre les accidents dépendant de la présence d'un fibrome. Quatre fois il a fait cette opération pour combattre les hémorrhagies et chaque fois il a atteint son but. Dans deux autres cas, il a fait la castration pour arrêter la marche des fibromes et a obtenu, à ce point de vue, de bons résultats. Enfin dans les deux autres cas, c'était pour remédier à des douleurs ou à des accidents de salpingo-ovarite et là aussi cette opération lui a donné de bons résultats.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE fait observer qu'on ne peut pas poser des indications précises au point de vue de la castration. Il est des tumeurs enlevables par la voie vaginale; mais toutes ne le sont pas. Il faut tenir compte de la situation sociale de l'opérée; M. Lucas-Championnière a opéré à l'hôpital des malades qu'il n'aurait pas opérées en ville.

Quant à la réouverture de la plaie, M. Lucas-Championnière fait la suture péritonéale séparément avec le catgut, la suture profonde de la plaie et toujours une suture superficielle.

Quand on a affaire à des fibromes très volumineux, on est tenté de les enlever, surtout dans les cas où la pédiculisation paraît facile. Si l'ablation des ovaires est trop difficile ou impossible, il n'y a pas d'inconvénients à refermer le ventre, la laparotomie par elle-même n'étant pas grave.

L'ablation des tumeurs fibreuses par la voie abdominale étant toujours une opération dangereuse, M. Lucas-Championnière est très partisan de la castration qui n'est pas une opération grave; reste à savoir si, dans les cas de fibromes volumineux, l'ablation des ovaires pourra donner de bons résultats, et s'il ne vaut pas mieux faire d'emblée dans ces cas l'ablation de la tumeur.

LECTURES

De la gastrostomie. — **M. TUFFIER** lit une observation et montre les pièces anatomiques d'un rétrécissement de l'œsophage pour lequel il a pratiqué la gastrostomie.

M. AUFFRET (de Brest) lit deux observations : « 1° Anévrysme faux consécutif de l'artère circonflexe humérale postérieure; 2° Luxation divergente du coude, radius en avant, cubitus en arrière. »

M. NIMIER présente un malade qu'il a opéré et qui était atteint de luxation tarso-métatarsienne.

M. QUENU montre un ovaire qu'il a enlevé récemment et qui est atteint d'ovarite suppurée ou d'ovarite tuberculeuse. L'ovaire était placé dans la fosse iliaque gauche, très en dehors; il ressemblait à un ganglion tuberculeux, et paraissait relié à la crête iliaque par un pédicule ou cordon fibreux. Il a été enlevé par une incision analogue à celle qu'on recommandait jadis pour la ligature de l'iliaque externe; de nombreux diagnostics avaient été faits.

M. ROUTIER montre une perforation spontanée du rectum, survenue chez un sujet opéré de taille hypogastrique, pour cystite tuberculeuse.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 19 mai 1888, a été nommé dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Gabriel, médecin de deuxième classe de la marine, démissionnaire.

— Par décision ministérielle, en date du 19 mai 1888, M. Lévy, médecin aide-major de deuxième classe au 10e bataillon de chasseurs à pied, a été désigné pour le 15e de même arme.

— Le deuxième dîner des anciens médecins et pharmaciens de la marine a eu lieu le 8 mai au Cercle militaire de l'avenue de l'Opéra, sous la présidence du docteur Duprat, doyen d'âge. L'association a constitué un comité du banquet composé de cinq membres, MM. Crimail (Pontoise), Egasse (Paris), Grimaux (Paris), Nicolas (Bourboule) et Rochefort (Chatou), qui a été chargé de l'organisation des réunions et de la forme à donner à l'association. Pour le moment, on est convenu de s'en tenir aux dîners semestriels. Le prochain est fixé au 6 novembre 1888. Le comité se propose de dresser une liste de tous les médecins et pharmaciens de la marine établis en France. Il invite les intéressés à faire parvenir leur adresse à l'un de ses membres, pour faciliter la confection de cette liste-annuaire, destinée à renouer les liens de confraternité entre d'anciens camarades, dont la plupart se sont perdus de vue et le regrettent.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Donnezan (de Perpignan), Évrard (de Beauvais), Fournet (de Versailles) et Lesson (de Rochefort).

— M. le professeur Bureau fera une herborisation dimanche prochain, 27 mai 1888, à Vernon. Le départ de Paris aura lieu à huit heures du matin par la gare Saint-Lazare. Se faire inscrire à la galerie de botanique du Jardin des Plantes avant le 25 mai, de midi à quatre heures.

— M. le professeur L. Guinard fera sa prochaine herborisation le dimanche 27 mai. Le rendez-vous est à la gare d'Orléans, à sept heures et demie du matin, pour le train partant de Paris à sept heures cinquante minutes, pour la station de Bouray-Lardy.

— M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, fera une excursion géologique publique le dimanche 27 mai 1888, à Ezanville, Moisselles, Domont et Soisy. Le rendez vous est à la gare du Nord, où l'on prendra à huit heures quinze minutes le train pour Écouen. On sera rentré à Paris vers cinq heures. On est prié de s'inscrire au laboratoire de géologie avant samedi soir à quatre heures.

— M. le professeur Ball visitera, avec ses élèves, l'asile de Vaucluse, le dimanche 3 juin. Rendez-vous à la gare d'Orléans, à huit heures et demie.

On s'inscrit au secrétariat de la Faculté de médecine et à la Clinique des maladies mentales (Asile Sainte-Anne). Le registre d'inscription sera fermé le jeudi 31 mai, à trois heures. Un train spécial, avec réduction de prix, sera organisé dès que le nombre des inscriptions sera connu.

— *Postes médicaux.* — AISNE : s'adresser à M. le docteur Dupré, à Longueval (Aisne). — CHARENTE-INFÉRIEURE : s'adresser à M. le docteur Faucher de Lalizerie, à Rétaud, par Saintes (Charente-Inférieure).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel de métallothérapie et de métalloscopie, appliquées au traitement des maladies nerveuses, au diabète et aux maladies épidémiques, burquisme et magnétisme animal (grand et petit hypnotisme), par le docteur MORICOURT, 1 vol. in-18. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Lavage de l'estomac par les eaux minérales de Vals, par le docteur LAFOSSE, in-18. — Prix : 50 centimes. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Nº 60. — SAMEDI 26 MAI 1888. 61e ANNÉE. SAMEDI 26 MAI 1888. — Nº 60.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

L'hydrothérapie dans le traitement de la fièvre typhoïde.

Par M. le docteur Paul CHÉRON,
Ancien interne des hôpitaux.

L'emploi de l'hydrothérapie dans le traitement de la fièvre typhoïde est une des questions qui, depuis une dizaine d'années, ont le plus passionné le public médical. Un des modes d'application de l'eau, le bain froid, a été surtout l'objet de discussions ardentes ; partisans et adversaires ont accumulé les preuves et surtout les chiffres et jusqu'à présent ne paraissent pas être parvenus à se convaincre. La question venant d'être portée devant la Société médicale des hôpitaux et ayant été récemment l'objet, à Lyon, d'un véritable tournoi oratoire, le moment nous a paru propice pour résumer les arguments réunis pour ou contre l'usage de l'eau froide dans la dothiénentérie.

Présentée de cette manière la question serait beaucoup trop générale, car il n'y a aucune comparaison à faire, par exemple, entre le traitement systématique de Brand, tel que nous l'exposerons tout à l'heure, et, pour prendre un cas particulier, la pratique des lotions froides répétées d'une façon irrégulière et employées en même temps que d'autres agents thérapeutiques. Nous étudierons donc d'abord en détail la méthode allemande que nos confrères lyonnais ont, pour ainsi dire, faite leur, puis, nous passerons en revue les modes d'application de l'eau froide, considérée comme médication accessoire, et terminerons enfin par un court résumé sur l'emploi de l'eau tiède dans le typhus abdominal.

I

Ne voulant pas étudier l'historique de l'usage de l'eau froide dans les fièvres, nous exposerons d'emblée le traitement de Brand dont l'application sert de base à toutes les récentes discussions.

On peut le résumer (Tripier et Bouveret) dans cette formule :

« Donner un bain de 20 degrés et de quinze minutes de durée, toutes les fois que la température rectale, relevée régulièrement toutes les trois heures, jour et nuit, atteindra ou dépassera 39 degrés. »

Ou dans la suivante, due à Glénard (*Bulletin méd.* 1888, p. 165) : « Bains de quinze minutes, à 20 degrés, toutes les trois heures jour et nuit, tant que la température rectale, mesurée trois heures après le bain, atteindra ou dépassera 39 degrés ; pendant le bain arroser la tête et la nuque à trois reprises, chaque fois avec 2 à 3 litres d'eau à 10 degrés ; petit repas après chaque bain, c'est-à-dire toutes les trois heures. »

C'est là ce que l'on peut appeler la formule brute du traitement. Il convient d'en étudier les détails.

La baignoire doit être placée parallèlement au lit à deux à trois mètres de lui, et assez remplie d'eau à 18 ou 20 degrés pour que le patient puisse s'y plonger jusqu'au cou. Un paravent permettra de dissimuler les préparatifs du bain qui doivent être faits rapidement. A la tête de la baignoire seront placés des vases, brocs ou pots quelconques contenant de l'eau à 8 ou 10 degrés.

Tout étant prêt, le malade se lèvera ou sera porté au bain après avoir uriné. On pourrait, pour diminuer le saisissement, lui mouiller le visage et la poitrine avec de l'eau un peu plus froide que celle de la baignoire. Il entrera alors « bravement » dans l'eau et s'y étendra. Immédiatement, on fera une affusion froide ; Brand et Glénard n'en recommandent que trois, une au début, une au milieu, une à la fin du bain. Bouveret et Tripier préfèrent continuer l'affusion à peu près pendant toute la durée de l'immersion. Quoi qu'il en soit, on la pratiquera en versant 2 à 3 litres d'eau d'une hauteur de 8 à 10 centimètres, sur la tête légèrement renversée en arrière et sur la nuque. Pour éviter que le liquide ne coule sur la face, il est bon de placer sur le front un mouchoir roulé que l'on noue derrière la tête. Les cheveux tombant pour ainsi dire toujours à la suite de la fièvre typhoïde, on peut les sacrifier de suite ; dans le cas où l'on rencontrerait une vive résistance chez une femme, on devrait les natter serrés et enrouler la natte sur le sommet du crâne.

Pendant la durée du bain, on fera des frictions sur le corps avec une éponge ou une brosse et le malade lui-même pourra se frotter le ventre et la poitrine. Ces pratiques ont pour but d'entretenir la circulation périphérique, de modérer la sensation de froid et enfin d'occuper le patient. Après la première affusion, on fera boire un demi-verre ou un verre d'eau froide (Brand), une gorgée d'eau froide ou de vin de Bordeaux (Glénard).

Le frisson est un phénomène nécessaire (Glénard). Il apparaît de la huitième à la douzième minute en général et ne doit pas faire cesser le bain qui doit se prolonger quinze minutes au minimum. La durée peut être plus longue, quand on a constaté, avant l'immersion, une température centrale très élevée ou quand les joues du malade restent chaudes et rouges. Du reste, dans beaucoup de fièvres légères ou moyennes, on peut sortir le malade de l'eau au moment du frisson (Bouveret et Tripier).

A la sortie de l'eau, le typhique est essuyé rapidement, on lui passe sa chemise et on le recouche. On peut se contenter de mettre une couverture de laine sur les pieds et n'employer une boule d'eau chaude que quand le frisson est trop accentué (1). Il est inutile de recouvrir le malade avec excès, car une partie du bénéfice du traitement serait alors perdue. Après vingt à trente minutes (quarante-cinq minutes, Glénard) le bien-être général se faisant sentir, on prend la température, puis on donne au malade son petit repas. Bientôt après il s'endort et il faut le laisser tranquille pendant les deux heures suivantes.

Un certain nombre de précautions accessoires sont utiles à indiquer. Au moment de mettre le malade dans l'eau, il faut l'essuyer s'il est couvert de sueurs; la fenêtre de la chambre doit être fermée pendant l'immersion; le médecin doit avoir soin de prendre souvent lui-même ses températures et de vérifier l'exactitude des thermomètres à l'aide d'un étalon; enfin, quand on frictionne le malade pour l'essuyer, il faut procéder avec une grande douceur au niveau de l'abdomen. Tous ces détails, il ne faut pas l'oublier, ont leur importance pour le succès final.

Brand applique, dans l'intervalle des bains, des compresses froides sur le thorax et sur l'abdomen; Tripier et Bouveret, Glénard ne conseillent que la compresse abdominale qui doit être trempée dans de l'eau à 10 degrés et changée assez souvent pour que la peau reste habituellement fraîche. On la renouvellera tous les quarts d'heure si le malade ne dort pas; s'il repose, on respectera son sommeil.

II

Tel que nous venons de l'exposer, le traitement de Brand s'applique aux formes moyennes. Même dans ces formes, on peut, selon les circonstances, lui apporter quelques petites modifications.

La température maximum du bain est de 20 degrés et pour qu'il ait produit son effet utile, la température (vingt minutes et non immédiatement après le bain) doit être abaissée au moins de 0,8 à 1 degré. Quand cet abaissement ne se produit pas, il y a lieu de modifier la température de l'eau. Du reste, Bouveret et Tripier distinguent trois bains froids : l'un de 22 à 24 degrés qui peut suffire dans les formes légères, un grand nombre de moyennes et à la fin des graves chez les débilités, dans les cas d'affaiblissement du cœur; le second de 18 à 20 degrés qu'on applique à la plupart des formes intenses; enfin, le dernier de 14 à 15 degrés, que l'on doit employer, au moins le soir, quand l'abaissement moyen n'est pas obtenu. On règle la température du bain selon l'effet produit par les premières immersions qui doivent être faites dans de l'eau à 22 ou 24 degrés. Il suffit de descendre progressivement quand le résultat est insuffisant.

Dans certains cas, il convient de rapprocher les bains. On doit agir ainsi quand le malade, gravement atteint, ne peut rester assez longtemps dans l'eau, soit parce qu'il est trop affaibli, soit parce que l'entourage ne s'y prête pas ; il faudra aussi baigner toutes les deux heures ou même toutes les heures et demie quand, dans une fièvre arrivée au quinzième ou vingtième jour, la température à chacune des explorations de la journée est invariablement remontée à 39°5, 40 degrés et plus. Il ne faut jamais supprimer les bains de la nuit.

On peut aussi, pour combattre les hautes températures, augmenter la durée des immersions, que l'on peut faire durer dix-huit et vingt minutes; en fait, comme le dit M. Glénard, il est très rare que l'on ait occasion d'adoucir la formule générale, au contraire.

A la fin de la maladie, lorsque la température, sans atteindre 39 degrés, dépasse encore 38°5, on fera usage de bains à 20 degrés, durant cinq minutes, afin de prévenir la prolongation de la fièvre ou les rechutes, et pour abréger la convalescence.

Tous ceux qui ont pratiqué la méthode de Brand ont insisté sur la nécessité qu'il y a à l'appliquer dès le début, en entendant par ce mot la période prodromique et les trois premiers jours de la fièvre. A ce moment, a-t-on dit, on est exposé à commettre souvent des erreurs de diagnostic. Le fait est parfaitement exact, mais l'énumération des maladies que l'on peut prendre pour des dothiénentéries va nous montrer que l'erreur, quand elle se produit, ne peut être nuisible au malade. S'agit-il d'une synoque, d'une fièvre gastrique ? le traitement aura pour effet d'en raccourcir la convalescence souvent fort longue; est-on en présence d'une tuberculose miliaire, d'une méningite tuberculeuse ? on peut dire que, presque toujours, sinon toujours, la maladie est incurable, par conséquent l'eau froide ne peut être nuisible ; a-t-on affaire enfin à une affection aiguë, ataxo-adynamique dès le début, pneumonie, variole, rougeole ou scarlatine ? là les bains froids ne peuvent qu'être utiles et l'on aura agi dans tous les cas pour le plus grand bénéfice des malades.

Un second point est très important : il faut baigner le plus grand nombre possible des fièvres typhoïdes, toutes les fièvres typhoïdes même, si l'on veut suivre exactement la pratique de Brand. En effet, au début de la fièvre, et, d'une façon plus exacte, avant le deuxième septénaire, il est très difficile, pour ne pas dire impossible, d'établir un pronostic absolument ferme. Dans les formes en apparence moyennes ou même légères, les hautes températures, le météorisme abdominal, les phénomènes ataxo-adynamiques, les premières complications n'apparaissent qu'au début ou à la fin du deuxième septénaire et même quelquefois plus tard. Quand on attend l'apparition de ces signes, on laisse passer la première période pendant laquelle l'application du traitement a pour effet de prévenir l'apparition des complications et des symptômes graves, ou tout au moins de les réduire au minimum. On peut apporter, dans les cas en apparence très légers, quelques adoucissements à la méthode, débuter par deux ou trois bains à 24 ou 26 degrés, donnés le soir, mais il faut se tenir prêt au moindre phénomène inquiétant, à la moindre résistance à la réfrigération, à appliquer la médication dans toute sa rigueur.

Le typhique, traité par la méthode de Brand, doit suivre un traitement hygiénique qui est des plus faciles à appliquer. Il faut l'alimenter et du reste point n'est besoin d'in-

(1) En hiver, le drap pourra être doublé d'une couverture.

sister ici sur la nécessité de nourrir les fébricitants. On lui donnera donc des potages très cuits, des bouillons dégraissés et réchauffés, du lait pur ou additionné de cacao, de café. On apaisera la soif, qui sera peu accentuée si toutes les prescriptions ont été suivies, par de l'eau très fraîche et pure, les boissons alcooliques étant réservées pour les fièvres traitées tardivement. On combattra la diarrhée par des compresses froides, la constipation par les lavements froids que l'on pourra additionner, si elle persiste, de moitié de bile de bœuf fraîche.

Quand la température ne dépasse plus 38°5 à aucun moment de la journée, on supprime les bains; quand, pendant quatre jours, elle n'a plus été au-dessus de 38 degrés, la convalescence peut être regardée comme commencée, mais ce n'est que lorsqu'elle aura duré au moins huit jours que l'on pourra cesser de prendre deux fois par jour la température.

III

Nous allons étudier maintenant, en détail, les modifications que l'individualité du malade et celle de la maladie peuvent faire apporter au traitement. Par cette étude même nous dégagerons les contre-indications de la méthode.

Deux bains un peu différents de celui dont nous venons de décrire le mode d'application peuvent être appliqués dans certains cas spéciaux, ce sont le demi-bain tiède avec affusion et le bain chaud graduellement refroidi. Dans le premier la température est de 28 degrés, la durée cinq à dix minutes. On verse de l'eau à 10 degrés sur la tête et la nuque du malade qui n'est plongé dans l'eau que jusqu'aux mamelons, puis on le frictionne énergiquement. Le bain chaud, dont la température dépasse de 6 à 8 degrés celle du malade (Glénard), dure vingt à trente minutes. On le refroidit peu à peu à 20 degrés et on retire le malade, pour le porter à son lit chauffé dès que le frisson apparaît.

Les conditions qui peuvent conduire à modifier le traitement sont, quand elles dépendent du malade, physiologiques ou pathologiques (Glénard).

Parmi les premières nous citerons l'âge, la menstruation, la grossesse, la puerpéralité, l'allaitement.

Dans l'enfance, le traitement peut être appliqué sans crainte. Le collapsus, redouté par beaucoup, sera sûrement évité en donnant des bains courts à la température de 20 degrés. Il faut bien savoir, en effet, que les enfants supportent mieux un bain froid et court, qu'un bain moins froid mais plus long. La durée de l'immersion sera abaissée à huit ou dix minutes. M. Cayla (Th. de Montpellier, 1874) a obtenu les résultats les plus encourageants, car tandis que les auteurs indiquent une mortalité de 13 p. 100, il en a eu une de 5 p. 100. La plupart des médecins, du reste, ne reculent pas devant les bains quand la fièvre affecte des allures inquiétantes. M. Cadet de Gassicourt n'hésite pas devant l'eau froide dans les formes ataxiques graves et il veut qu'on donne trois, quatre, cinq bains froids à 20 degrés dans les vingt-quatre heures, de manière à ramener chaque fois la température à un chiffre inférieur à 39 degrés. MM. Picot et d'Espine réservent la méthode pour les cas où la température dépassant 40 degrés, il y a en même temps des symptômes graves, somnolence, coma, délire, etc. Chez les petits enfants, ils admettent qu'on ne doit jamais employer d'eau très froide, tandis que Glénard conseille seulement de remplacer le bain par le drap mouillé renouvelé trois fois de suite en trente minutes, toutes les trois heures (le premier des trois enveloppements successifs durera cinq minutes, le deuxième dix minutes et le troisième quinze minutes). Parmi les adversaires de la méthode, surtout pour les jeunes enfants, nous citerons MM. Descroizilles et Henoch. Ce dernier redoute principalement le collapsus et ne peut se résoudre à répéter les bains chaque fois que la température dépasse 39°5; dans les cas d'hyperthermie (40 degrés et plus) il donne au plus, dans les vingt-quatre heures, deux bains à 22, 24 degrés R. durant cinq à huit minutes. Il reconnaît, du reste, qu'ils apaisent momentanément les symptômes nerveux graves quand ils existent et produisent un bien-être que nul autre moyen ne peut donner en pareil cas. S'il survient après le bain des phénomènes de collapsus qui ne font pas place au bien-être dès que l'enfant est mis au lit, il y voit une contre-indication formelle. MM. Cayla, Bouveret et Tripier, sur un nombre considérable de bains, n'ont jamais eu de cas de collapsus; les cas que d'autres auteurs ont observés ne semblent jamais avoir été graves; enfin, il semble que l'on peut toujours, avec des précautions convenables, éviter les accidents fâcheux. Il suffira, au début, de tâter le malade et de se guider sur l'abaissement thermique produit pour diriger le traitement.

Jusqu'à cinquante ans on peut, d'après Brand, MM. Glénard, Bouveret et Tripier, employer la méthode dans toute sa rigueur. Après cet âge, il faudra mieux recourir au bain tiède progressivement refroidi. Du reste, on prendra surtout en considération l'état du cœur et des vaisseaux.

La menstruation ne doit pas faire hésiter à appliquer le traitement et, dans les cas où il y aurait, comme cela se voit quelquefois au début de la maladie, des métrorrhagies abondantes, l'eau froide les arrêtera. M. Glénard étend ce bon effet à toutes les hémorrhagies capillaires précoces : épistaxis, hémoptysie, entérorrhagie même. M. Juhel-Renoy, non plus que les autres expérimentateurs, n'a pas observé ces accidents de périmétrite qu'avait signalés M. Guéneau de Mussy à la suite de la médication.

Quoi qu'on en ait dit, la gravité du pronostic de la fièvre typhoïde, chez les femmes grosses, ne semble pas très grande (Th. de Barratte); l'avortement, d'après M. Martinet, surviendrait dans plus de la moitié des cas, mais il n'entraîne ni recrudescence, ni retour de la fièvre; cet accident semble à peu près aussi fréquent quand on applique la méthode de Brand que quand on traite suivant les procédés habituels.

La dothiénentérie peut apparaître pendant les suites de couches. On la traitera sans hésitation par les bains froids et même dans des cas où il y aurait une erreur de diagnostic et où l'on se trouverait en présence d'une fièvre puerpérale, le traitement hydrothérapique ne pourrait qu'être utile. Il ne faut pas oublier que toute complication péri-utérine et surtout péritonéale contre-indique la méthode.

L'allaitement ne fera apporter aucune modification au traitement de Brand. La sécrétion se tarit après quelques bains. Parfois on observe du côté des seins une congestion vive : on se bornera alors à appliquer *loco dolenti* des compresses froides fréquemment renouvelées.

IV

En tête des états pathologiques antérieurs qui peuvent donner lieu à des indications spéciales, se placent les maladies du cœur. On sait que beaucoup de cardiaques supportent mal les bains froids, que, chez eux, l'immersion

s'accompagne de suffocation et quelquefois de véritables accès de dyspnée; souvent même les bains tièdes sont mal tolérés. La conduite à tenir variera selon les cas; lorsque la lésion cardiaque sera encore dans la période de compensation, on pourra suivre la méthode de Brand; lorsque, au contraire, elle aura déjà donné lieu à des accidents, on recourra au bain tiède progressivement refroidi (Glénard, Bouveret, Juhel-Rénoy); enfin, si ces derniers sont mal supportés, on renoncera franchement aux bains pour employer une autre médication et l'on s'en tiendra, comme hydrothérapie, aux applications de compresses froides. Une grande prudence est de mise, car Galtier a vu, dans une fièvre typhoïde avec lésion valvulaire, les bains froids aggraver les symptômes thoraciques déjà intenses.

Il est absolument exceptionnel de voir la dothiénentérie apparaître dans le cours d'une phthisie pulmonaire confirmée en voie d'évolution; dans ce cas, contrairement à Brand, MM. Tripier et Bouveret pensent que le traitement par les bains froids est au moins inutile. Quand la pyrexie se développe chez un ancien tuberculeux dont les lésions sont guéries ou stationnaires, il sera permis de suivre la méthode et on aura de grandes chances de succès. Une pleurésie ancienne et guérie ne doit pas non plus la faire rejeter (Tripier et Bouveret). Quand il existe un catarrhe bronchique avant la dothiénentérie, les complications pulmonaires habituelles auront une grande tendance à se produire. La balnéation s'impose dans ces cas et Glénard formule la pratique à suivre de la façon suivante : « Si le catarrhe est léger, formule générale. S'il est plus marqué, débuter par le bain progressivement refroidi (de 30 à 20 degrés pendant vingt à trente minutes) et arriver peu à peu à un bain assez froid pour répondre le mieux possible à l'indication. Si le catarrhe bronchique est intense : bain de 30 degrés et de dix minutes, arrivant à l'épigastre seulement; arrosage froid de la tête et du thorax, et frictions énergiques pendant le bain. Dans l'intervalle des bains, compresses froides sur le thorax et le dos, fréquemment renouvelées. Le bain froid est un puissant expectorant. » Dans l'emphysème il arrive souvent que le choc de l'eau froide provoque des crises de dyspnée. On évitera facilement cet inconvénient en employant le bain tiède progressivement refroidi, tout en abaissant la température le plus possible.

L'hystérie, l'épilepsie ne doivent faire apporter aucune modification au traitement de Brand; l'obésité, qui entraîne souvent la faiblesse du cœur, doit le faire appliquer avec plus de rigueur que jamais.

Le rhumatisme articulaire aigu ne contre-indique pas la méthode, loin de là. Quand la température ne dépasse pas 39 degrés et que les mouvements entraînent de très vives douleurs, on pourra se contenter de compresses et de lavements froids (Glénard). Des douleurs articulaires peuvent apparaître, chez un rhumatisant, pendant le traitement : on arrosera alors les jointures douloureuses, pendant le bain, avec de l'eau très froide et, dans l'intervalle, on appliquera des compresses mouillées. La goutte ne donne lieu à aucune indication spéciale.

Chez les surmenés, dans l'alcoolisme, dans l'emphysème, lors d'anémie intense, il arrive parfois que la dothiénentérie évolue sans élévation de température, parce que l'organisme n'a plus la force de faire de la fièvre. Dans ces cas, Glénard conseille des bains de 28 degrés et de cinq minutes de durée, trois fois en vingt-quatre heures; on fera une courte affusion froide avec de l'eau à 10 degrés au début et à la fin du bain et, pendant sa durée, on frictionnera énergiquement le malade. On aidera l'effet stimulant de cette pratique en donnant des liqueurs alcooliques avant et après l'immersion. Quand la maladie reprendra sa marche normale on se conformera à la formule habituelle.

MM. Tripier et Bouveret regardent la méthode comme contre-indiquée si la fièvre typhoïde se développe chez des malades atteints d'hémorrhagies ou de ramollissement cérébral. Dans le cas de vieilles fistules, d'anciens ulcères, il faudra peut-être s'abstenir pour éviter les ruptures de bourgeons charnus et la résorption purulente. Enfin, on peut encore ranger, parmi les contre-indications, les déformations thoraciques extrêmes (Mollière).

V

Un grand nombre de complications peuvent survenir dans le cours de la dothiénentérie. Quelle influence le traitement a-t-il sur elles, ou quelles modifications peuvent-elles faire apporter à ce traitement, c'est ce que nous allons maintenant exposer.

Disons d'abord qu'il paraît bien prouvé actuellement que, quand la fièvre typhoïde est baignée dès le début, les complications deviennent absolument exceptionnelles; quand elles se sont produites, l'eau froide, sauf les cas que nous indiquerons tout à l'heure, est encore le meilleur remède à leur appliquer.

De même que le catarrhe bronchique préexistant, celui qui se développe au début de la fièvre et qui fait partie de ses symptômes essentiels, est très amélioré par la balnéation, et cette amélioration se produit dans les cas où la congestion pulmonaire est intense, et où les râles muqueux, très abondants aux bases, sont mélangés de plaques de souffle. Tous les médecins qui ont expérimenté la méthode sont unanimes sur ce point.

Cette unanimité cesse, lorsque la dothiénentérie se complique de pneumonie et, pour beaucoup, même, la méthode de Brand serait capable de provoquer cette dangereuse complication, qui deviendrait notablement plus fréquente chez les malades traités par les bains froids. Le plus souvent ce qu'on observe dans la dothiénentérie, c'est la bronchopneumonie dans ses différentes formes, la pneumonie lobaire vraie étant beaucoup plus rare. Cette dernière complication peut apparaître (Tripier et Bouveret) au moment de l'invasion, pendant la période d'état ou, enfin, pendant la convalescence.

Dans le premier cas, il s'agit de la pneumo-typhoïde et on peut hésiter quelque temps sur le diagnostic. L'eau froide est alors d'autant plus indiquée, qu'il existe souvent des phénomènes nerveux graves. C'est, du reste, à l'existence de ces phénomènes nerveux que Grasset limite l'emploi de l'eau froide dans cette forme de dothiénentérie.

Lorsqu'une pneumonie apparaîtra dans le cours de la maladie, on se conduira de la façon suivante. Si la fièvre n'a pas plus de quinze à vingt jours de durée, qu'il y ait des symptômes nerveux graves et une température élevée, si en même temps le cœur n'est pas trop affaibli, on pourra continuer ou même commencer les bains; quand, avec les mêmes symptômes graves, le cœur tend à faiblir ou que la maladie dure depuis longtemps, on recourra aux bains tièdes progressivement refroidis. Enfin, quelquefois, le collapsus cardiaque, l'adynamie extrême doivent faire renoncer au traitement. Quand on l'emploie, M. Glénard conseille des affusions très froides, à 8 degrés, pendant les bains et, dans

leur intervalle, l'application sur le thorax de compresses mouillées ou de vessies de glace. Le pronostic est toujours très grave et M. de Marignac, sur 26 cas de pneumonie lobaire dans la fièvre typhoïde, n'a relevé que 6 guérisons (1). Pour MM. Tripier et Bouveret, la pneumonie de la convalescence n'indique guère l'emploi des bains froids. A ces derniers Brand préfère l'enveloppement dans le drap mouillé. Quelquefois, dans la pneumonie, le point de côté est excessif; plutôt que d'envelopper le thorax dans de grandes compresses froides (Brand), il vaudra mieux employer sobrement les injections de morphine.

La bronchopneumonie se voit souvent dans la dothiénentérie. Dans leurs statistiques, les auteurs ont le plus souvent réuni les pneumonies lobaires et les bronchopneumonies, et c'est ainsi que Murchison et Flint donnent comme fréquence de ces complications, la proportion de 13 p. 100. Avec la balnéation MM. Labadie-Lagrave et Sanchez (th. Bertin) ont relevé les chiffres suivants : Haggenbach (de Bâle), sur 339 cas, a noté 36 affections pulmonaires; Popper (de Prague), sur 20 cas, 10; M. Cayla (de Lyon), sur 63 cas, 10. En pourcentant, on arrive à un chiffre comparable à celui de Murchison. Sur 5376 fièvres typhoïdes traitées par les bains froids, la pneumonie, d'après Brand, a été cause de la mort dans la proportion de 15 p. 100; sur 1420 cas traités par les moyens ordinaires, Betke est arrivé à un chiffre de 6,67 de tués par la complication pulmonaire.

Le traitement de Brand peut-il, comme beaucoup l'ont dit, amener le développement de la pneumonie? Dans certaines observations (Proust, Alix, Ziemssen, Vidal, Féréol, Barth et Peter), dont plusieurs relatent des cas de pneumonie lobaire constatée à l'autopsie, les bains semblent au premier abord avoir causé la complication et quelquefois la proportion des pneumonies a été insolite, puisque Féréol en a eu 2 sur 6 cas. Vinay, qui a observé fréquemment les complications pulmonaires à l'Hôtel-Dieu de Lyon, où elles sont presque toujours mortelles, a donné de ces faits malheureux une explication très rationnelle. Il s'agit vraisemblablement d'infections mixtes, provenant de germes disséminés avec abondance dans les salles des vieux hôpitaux, infections que l'on pourrait éviter à l'aide d'une antisepsie sérieuse. Evidemment, il pourra toujours apparaître des pneumonies dans les cas hygiéniquement les mieux soignés (Obs. de Barth); mais elles seront rares et guériront souvent.

On ne saurait trop insister sur la nécessité où l'on est, dans tous les cas de pneumonie, de surveiller le cœur et de se tenir prêt à intervenir par les excitants habituels. Nous reviendrons tout à l'heure sur ce point.

Dans la dothiénentérie la bronchopneumonie reconnaît, comme principal facteur, la bronchite typhique à laquelle viennent s'ajouter le décubitus, l'affaiblissement du cœur, l'adynamie. Ces différents accidents sont efficacement combattus par l'application de la méthode, dès le début de la maladie et par suite l'apparition de la complication est prévenue; l'eau froide sera du reste d'autant moins efficace qu'elle aura été mise en œuvre plus tardivement. Quand la bronchopneumonie survient, il ne faut pas renoncer à ces bains. Une des statistiques les plus mauvaises a été donnée par M. Mayet mais, comme il le dit lui-même, son service ne recevait que des malades gravement atteints et souvent à une période avancée de leur fièvre.

(1) Un seul de ces cas, celui de M. Lépine, avait été traité par les bains froids et il guérit.

MM. Bouveret et Tripier font, du reste, des distinctions importantes dans les bronchopneumonies. Celles qui sont tardives se voient souvent chez des typhiques à abcès ou à eschares, elles relèvent de la septicémie ou de la pyohémie et alors la méthode de Brand est inutile. Quant à celles qui dépendent directement de la maladie, il faut baser le traitement sur l'époque de leur apparition. Lorsque la bronchopneumonie commence avant le vingtième jour, que l'adynamie n'est pas trop accentuée, qu'il n'y a pas de suppurations ou d'eschares, on peut continuer ou même instituer le traitement; si la complication se produit à une période plus avancée, on pourra employer le bain tiède ou celui à température décroissante; enfin, si le début de la maladie est très éloigné, le cœur très affaibli, l'adynamie profonde, on renoncera au traitement. Quand on l'appliquera, on pourra aider à son action par l'administration de l'alcool et de l'opium.

Quoi qu'il en soit, les complications pulmonaires rentrent dans celles qui sont le plus redoutées par un grand nombre de médecins qui hésitent devant les bains froids. M. Muselli [de Bordeaux] (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 1888, p. 34) admet que l'eau froide les aggrave; M. le professeur Peter range parmi les accidents consécutifs prochains de la méthode de Brand : la congestion pulmonaire qui peut être mortelle en quelques heures ou bien à vingt-quatre ou quarante-huit heures d'intervalle; la bronchite capillaire, la bronchopneumonie et, comme nous l'avons déjà dit, la pneumonie lobaire. Ce sont là les adversaires les plus ardents de la méthode, tandis que plusieurs de ceux qui avaient appuyé beaucoup sur l'influence fâcheuse des bains froids sur les complications pulmonaires, semblent avoir déposé quelques-unes de leurs premières préventions. Du moins, se sont-elles produites beaucoup moins vivement qu'autrefois dans la discussion qui vient d'avoir lieu à la Société médicale des hôpitaux. Bien au contraire, certains médecins se sont montrés, sans soulever trop de protestations, très favorables à l'application des bains froids dans les accidents thoraciques, et M. du Cazal a pu dire qu'ils répondent essentiellement, par ordre décroissant : 1° aux accidents broncho-pulmonaires; 2° aux accidents ataxiques; 3° aux hémorrhagies intestinales. En Allemagne, Strompell avait beaucoup insisté sur le pouvoir des bains froids de diminuer le nombre des pneumonies lobulaires. L'hémoptysie est très rare dans la fièvre typhoïde. Elle ne s'est montrée avec une fréquence insolite, que lors de l'épidémie de 1876 à Paris (Féréol). Probablement elle était due à une constitution épidémique spéciale. Ce n'est que lorsqu'elle surviendra à une période avancée de la maladie, chez un malade dont le cœur faiblit, qu'elle indiquera la suspension des bains. On pourra, au contraire (Tripier et Bouveret), les instituer ou les continuer lors d'hémorrhagie précoce. (Cependant, pour être impartial, il faut mentionner un cas de Liebermann, où l'hémoptysie s'arrêta quand on remplaça le bain froid par le bain tiède.) Nous avons déjà parlé des épistaxis. D'après M. Peter, elles peuvent quelquefois, sous l'influence de la balnéation, prendre une telle intensité que le malade est voisin de la syncope. Pour MM. Tripier et Bouveret, même très abondantes, elles cèdent le plus souvent, dès les premières immersions.

Le laryngo-typhus peut apparaître dans la dothiénentérie traitée par la méthode de Brand (Renaut). Il faut, au moindre signe d'inflammation laryngé, faire des puvérisations de liqueur de Van Swieten dans la bouche de deux

heures en deux heures. Alors la complication ne se produira pas. Pour MM. Tripier et Bouveret les crises dyspnolaryngées par œdème ou laryngite spécifique, commandent l'abstention ou la cessation immédiate du traitement, car l'impression du froid sur la peau pourrait causer un accès de suffocation mortel. Quant à l'enrouement qui se produit quelquefois dans les premiers jours de la fièvre et peut persister jusqu'à la fin, il n'y a pas à s'en inquiéter, mais il faut particulièrement surveiller le larynx.

Des accès d'oppression très intenses peuvent, sans qu'il y ait de complication spéciale, être provoqués par l'immersion et s'accompagner de cyanose et de lipothymies. Ils peuvent devenir alors une contre-indication sérieuse. MM. Tripier et Bouveret citent un cas grave, baigné il est vrai au trente et unième jour, où un accès d'oppression survenu pendant le bain entraîna la mort. Quand la fièvre est au début, on peut essayer de la méthode de Ziemssen ou donner au malade avant chaque immersion une dose de vin ou d'alcool. Quelquefois cependant, il faut suspendre tout en se tenant prêt à essayer de nouveau si les phénomènes typhiques reparaissent.

On n'accuse plus guère le bain froid de provoquer la pleurésie, complication toujours fort rare dans la fièvre typhoïde. Elle survient, habituellement, quand la maladie est finie et n'a alors rien à voir avec le traitement de Brand. Si par hasard elle apparaissait dès le début, il serait sans doute prudent de s'abstenir, disent MM. Tripier et Bouveret, à moins que l'extrême intensité de la fièvre et la persistance des symptômes nerveux graves ne constituent un péril imminent.

Les complications du côté du système cardio-vasculaire sont de la plus haute importance dans la fièvre typhoïde en même temps qu'elles sont très fréquentes (Landouzy et Siredey). D'une manière générale elles conduisent au collapsus, à la syncope, à la mort subite, et beaucoup d'auteurs ont accusé les bains froids de provoquer l'apparition des accidents.

Le collapsus ne contre-indique pas la méthode (Brand, Béhier, Glénard); pour MM. Tripier et Bouveret, quand la température centrale est tombée très bas, il faut recourir aux modes d'application de l'eau froide qui ont surtout une action tonique et employer les affusions, l'immersion de très courte durée avec friction et massage. On pourra, dans l'intervalle des bains, ne pas craindre d'insister sur le vin et l'alcool et frictionner les membres avec de la flanelle imbibée d'eau-de-vie; enfin, on n'oubliera pas dans les cas graves d'employer les injections d'éther. Ces moyens seront encore de mise, quand le pouls petit, fréquent et irrégulier, indiquera que le cœur faiblit, que les syncopes, la mort subite sont à redouter. Cet affaiblissement du cœur ne se voit guère que dans les fièvres tardivement traitées; il faut s'empresser de recourir au bain tiède ou à celui à température décroissante, si l'immersion froide semble l'aggraver. La syncope est très rare pendant le bain, elle sera traitée par les moyens habituels. La tendance aux lipothymies, qui peut apparaître dès le début du traitement, sera combattue par des aspersions froides, immédiatement avant l'immersion, et l'administration à ce moment d'une potion alcoolique et opiacée; quelquefois cependant on devra recourir simplement au bain tiède. La péricardite est une contre-indication absolue (Tripier et Bouveret).

Le bain froid peut-il aider à la mort subite? Il est évident que quelques malades sont morts dans le bain ou peu après, mais il ne paraît pas prouvé que cette terminaison soit plus fréquente, quand le traitement est appliqué dès le début. La myocardite typhique, comme on le sait, entraîne un grand affaiblissement de l'organe; or, a-t-on dit, le mouvement brusque, la position assise, l'émotion, ne peuvent, dans ce cas, que favoriser la syncope mortelle. Mais, d'autre part, la médication froide est essentiellement tonique et, quand elle est appliquée avec les précautions sur lesquelles nous nous sommes étendu plus haut, tout choc brusque est évité et on met le malade dans les meilleures conditions possibles. En fait, depuis les observations de MM. Blachez, Rambaud, Laure et Mayet, un très petit nombre de faits ont été recueillis, et les statistiques les plus récentes sont toutes d'accord pour montrer que ce mode de terminaison a diminué, quand le traitement est appliqué de bonne heure. Enfin, dernière preuve, la mort subite arrive habituellement au début de la convalescence, c'est-à-dire à un moment où les malades ne sont plus guère baignés; c'est exactement la même chose qui se passe dans la dothiénentérie traitée par les moyens habituels.

Quelquefois, malgré le bain froid, les symptômes cérébraux graves persistent. M. Glénard a résumé la conduite à tenir, dans ces cas, de la façon suivante: on coupera les cheveux du malade, on le portera dans un bain à 32 degrés, dont le niveau ne dépassera pas l'ombilic. Le patient sera énergiquement frictionné dans ce bain avec les mains nues ou armées d'une éponge trempée dans l'eau, et on arrosera la tête et le tronc, d'eau de plus en plus froide. La durée du bain ne doit pas dépasser dix minutes; le malade rapporté dans son lit, on enveloppera ses pieds de flanelles trempées dans de l'eau très chaude qu'on renouvellera toutes les dix minutes pendant deux heures. Ce bain sera répété au plus toutes les deux heures; dans l'intervalle, vessie de glace sur la tête, fortes doses de vin, potion de Stokes dont la base est le cognac. C'est là ce que M. Glénard appelle le *bain des moribonds*. Une fois que le malade a recouvré sa connaissance, on revient peu à peu, prudemment, en passant par le bain chaud graduellement refroidi, à la formule générale (*Bulletin médical*, 1888, p. 22). Dans le coma persistant, MM. Tripier et Bouveret insistent sur l'importance des stimulations vives et prolongées du tégument.

On peut encore citer les convulsions, parmi les complications nerveuses graves: elles indiquent la suspension des bains, l'emploi des compresses froides et des vessies de glace (Glénard).

VI

Nous avons à étudier maintenant les indications qui résultent des complications qui se produisent sur l'*appareil digestif*.

La perforation et la péritonite sont certainement moins fréquentes chez les malades soumis aux bains froids, mais quand elles se produisent elles indiquent la suspension immédiate du traitement. On recourra à l'application continue de la glace sur l'abdomen, à l'opium à hautes doses, etc. Il ne faut pas, quand le malade a la chance de réchapper, songer à appliquer de nouveau la médication.

Les hémorrhagies intestinales doivent être divisées en précoces et tardives. Les premières sont d'origine probablement congestive et nous en avons déjà parlé; elles sont avantageusement combattues par les bains qui, parfois, ont pu les arrêter (cas de Raynaud). L'hémorrhagie tardive commande toujours la suspension immédiate des bains et

l'abstention de tout lavement; les aliments solides et liquides seront réduits au minimum, on appliquera une vessie de glace sur l'abdomen, enfin, on pourra recourir aux injections d'ergotine. Les styptiques sont inutiles. Dans un cas, M. Gibert (du Havre) a sauvé une malade par la transfusion du sang. MM. Tripier et Bouveret pensent que, dans les cas désespérés, on serait autorisé à recourir à la transfusion d'eau salée. L'hémorrhagie étant arrêtée et le collapsus conjuré, on pourra abandonner les bains si la malade touche au déclin de sa maladie; si, au contraire, la fièvre est encore très intense et l'adynamie extrême, il sera peut-être permis de songer à reprendre la médication. Cependant, comme on ne sait jamais si la perte de sang est définitivement arrêtée, il vaut sans doute mieux, dans les cas d'adynamie extrême, se contenter de la quinine et de la réfrigération locale. Malgré tout M. Glénard conseille nettement, les accidents une fois écartés, de revenir à la formule générale.

Nous avons aussi à discuter, à propos de l'hémorrhagie intestinale, l'influence que le bain froid peut avoir sur l'apparition de la complication.

Les statistiques de Brand ont été recueillies par MM. Bouveret et Tripier. Sur 4 995 typhiques traités par les bains froids, le médecin de Stettin relève 155 cas d'hémorrhagie intestinale, dont 35 se sont terminés par la mort. La fréquence de l'hémorrhagie est donc de 3,1 p. 100, et la mortalité, par cette complication sur le nombre total des malades traités, de 0,6 p. 100. Sur 4 890 cas de fièvre typhoïde, non traités par les bains froids, et provenant de divers observateurs, il y a eu 271 hémorrhagies intestinales, ce qui donne une proportion de 5,6 p. 100. Toujours d'après les chiffres empruntés par Brand aux autres observateurs, la mortalité chez les typhiques, traités par les moyens habituels, qui présentent cette complication, est de 50 p. 100. Goltdammer a trouvé un nombre à peu près égal d'entérorrhagies, chez les typhiques traités et non traités, et Wunderlich, sur un petit nombre de cas, a eu une statistique qui montrait que les hémorrhagies sont plus fréquentes chez les malades baignés, tout en reconnaissant que l'accident a été moins grave et moins souvent mortel.

C'est peut-être la seule statistique, portant sur une grande quantité de cas, dont les chiffres soient défavorables quant au nombre; celles de MM. Tripier et Bouveret, du Conseil de santé des armées allemandes, de Vogt, sont favorables. Au début de l'application étendue de la méthode, beaucoup d'auteurs avaient admis l'accroissement des entérorrhagies; c'était l'opinion de Schultze (cité Th. Sonchez et Bertin), de M. Boyer (Th. Paris, 1877), c'était surtout celle de M. Peter (*Bull. de thér.*, 1877), qui cite complaisamment Bierner (de Zurich), d'après lequel l'hémorrhagie intestinale, plus fréquente qu'avec toute autre méthode, causerait la plupart des cas de mort. Bien que les bains paraissent, dans certains cas, avoir causé l'hémorrhagie (Obs. de Libermann, de Glénard) et encore dans ces cas peut-on penser à une coïncidence, bien que certains médecins (Muselli) croient toujours que le bain froid puisse la produire, la plupart, devant les chiffres considérables qui sont à présent réunis, semblent être revenus de leur première opinion, ou du moins laissent se produire, sans protester, les affirmations de ceux qui admettent la décroissance du nombre et de la gravité des hémorrhagies intestinales chez les typhiques traités par les bains froids.

Parmi les complications qui se produisent du côté des voies digestives, nous noterons encore les vomissements, qui, dans certains cas, apparaissent chaque fois que le malade entre dans le bain; M. Juhel-Rénoy a vu l'ingestion de glace en petits fragments, suffire pour amender ce symptôme incommode; la constipation qui sera combattue (Tripier, Bouveret, Glénard) par les lavements froids, les lavements au vinaigre (1/2 cuillerée par 1/2 litre), les lavements de quinine (0,50 à 1 gramme); la diarrhée, contre laquelle on applique la grande compresse froide abdominale, dont l'action sera complétée par l'administration du tannin et de l'opium (Brand) et de la potion de Bouchard. La réfrigération locale de l'abdomen, dans l'intervalle des bains, sera encore le meilleur moyen à employer contre le météorisme. Quelquefois des douleurs abdominales, très violentes, se produisent au moment de l'immersion; elles peuvent forcer à interrompre les bains (deux cas de Tripier et Bouveret).

Lors d'eschares étendues qui exigent des pansements antiseptiques rigoureux, il est indiqué de suspendre et même d'interrompre les bains, qui peuvent être dangereux. M. Peter range cette complication parmi les accidents consécutifs éloignés qui peuvent suivre la médication; la malade dont il donne l'observation, très gravement atteinte d'une fièvre ataxo-adynamique, n'avait eu que deux bains par jour, un le matin et un le soir, et seulement pendant trois jours, ces bains l'avaient laissée comme gélide. En fait les eschares sont très rares chez les malades traités par la méthode de Brand; ses adversaires eux-mêmes le reconnaissent. Les phlegmons de la fesse et du sillon interfessier seront traités par les moyens antiseptiques habituels et le remplacement des bains par les lotions froides et les grandes compresses abdominales. Contre les furoncles on emploiera l'acide borique; contre les abcès, le traitement habituel de cet accident. La gangrène de la vulve n'existe plus à Lyon depuis que l'on emploie le traitement de Brand (*Dict. Jacc.*, art. VAGIN, p. 153).

Très rarement des sueurs abondantes survenant au début de la dothiénentérie forceront à sauter quelques bains; en présence d'accidents graves il ne faudrait, du reste, pas s'arrêter devant elles. L'érysipèle intercurrent, sauf quand il dépend d'une eschare ou d'un phlegmon, ne doit pas faire suspendre le traitement.

Mentionnons encore, comme complication, des arthralgies parfois très vives, que les bains froids exaspèrent parfois à ce point que les malades refusent de continuer. Souvent elles n'apparaissent qu'à la fin de la fièvre et on peut alors adoucir la formule; quand, au contraire, elles se produisent dans le fort de la maladie, il ne faut ni suspendre les bains, ni les espacer davantage; tout au plus pourra-t-on en raccourcir un peu la durée (Tripier et Bouveret).

L'albuminurie, même abondante, et indiquant la néphrite infectieuse (Obs. Richard), même accompagnée d'œdème et d'anasarque, ne contre-indique pas les bains, bien au contraire. M. Renaut l'a prouvé dans la dernière discussion à la Société des sciences médicales de Lyon, le bain froid fait disparaître la néphrite typhoïdique, que l'on rencontre chez tous les sujets morts de dothiénentérie. En quatre ans, sur un peu moins de 100 malades traités par l'eau froide, à laquelle il joint l'antisepsie intestinale, le vin de quinquina, le café et les boissons abondantes, il en a perdu 4 : 2 de laryngo-typhus, 1 de phthisie, 1 de néphrite interstitielle antérieure. La forme éclamptique de la fièvre typhoïde avec néphrite est excessivement rare; eh bien! on a appliqué à Lyon, pendant quelque temps, le traitement par l'antipyrine et aussitôt sont apparus trois nouveaux cas de cette

forme. Et M. Renaut conclut : l'antipyrine forme le rein, s'il est malade, elle l'annule.

Nous en avons fini avec l'étude des complications de la dothiénentérie, on voit que bien peu d'entre elles : la péritonite, la perforation, l'hémorrhagie tardive grave, contre-indiquent absolument la méthode de Brand. Mais ce qui est parfaitement établi par les statistiques que nous avons données, ce que l'on ne saurait se lasser de répéter, c'est que ces complications seront beaucoup plus rares lorsque l'on baignera assez tôt, et que la balnéation, même tardive, est le meilleur moyen de les combattre.

NOTES CHIRURGICALES

Diagnostic et traitement de la syphilis héréditaire. — Chez l'adulte, la syphilis est bien connue, étudiée dans ses manifestations les plus légères et diagnostiquée dans ses moindres symptômes. Mais, chez l'enfant, il n'en est pas de même. L'absence de l'accident primitif, la multiplicité des lésions, une évolution différente, certaines manifestations que l'on ne rencontre point dans la syphilis de l'adulte, l'insouciance ou l'ignorance des parents qui laissent évoluer le mal, sans demander conseil, voilà autant de causes qui font que la syphilis de l'enfance est en général mal connue.

Aussi, c'est avec plaisir que nous avons lu les articles successifs que M. le docteur Mérigot de Treigny vient de faire paraître dans la *Revue générale de clinique et de thérapeutique*. Notre collègue fait là une œuvre utile, et nous n'avons pu résister au désir de le suivre dans le clair exposé qu'il a fait de cette affection, persuadé que nous aiderons à vulgariser un enseignement d'une grande et incontestable utilité pratique.

I. — La *syphilis congénitale* se manifeste peu après la naissance, quelquefois même l'enfant en porte des traces en venant au monde. Elle se distingue de la syphilis acquise par deux caractères :

1° L'absence de chancre et de pléiade ganglionnaire concomitante ;

2° La coexistence des manifestations de la période secondaire ; lésions superficielles, généralisées, habituellement bénignes et atteignant surtout la peau et les muqueuses, avec les lésions dites tertiaires : lésions profondes, en général graves, intéressant le tissu cellulaire et les viscères.

C'est cette lésion viscérale qui domine l'état général, amène la cachexie et trop souvent la mort. Une grande mortalité, portant sur les enfants d'une même famille, serait un des signes les plus caractéristiques de la syphilis héréditaire.

Les lésions secondaires ne tardent pas à s'éteindre et à disparaître, la maladie semble terminée, mais elle n'est qu'assoupie et se réveille bientôt. La phase secondaire a seule disparu, et les manifestations tertiaires apparaissent pour se multiplier et se succéder jusqu'à l'âge adulte. La syphilis peut frapper à coups redoublés, sans interruption, ou bien il peut y avoir un intervalle de dix et même de quinze ans entre ces deux périodes de l'hérédo-syphilis. Les accidents précoces peuvent, à la rigueur, manquer, l'enfant semble avoir échappé à l'hérédité et la première manifestation apparaît tardivement, sous la forme d'une gomme ou d'une lésion osseuse.

II. — *Syphilis héréditaire du premier âge.* — Une des manifestations les plus hâtives, apparaissant rarement après la première semaine, c'est le *pemphigus*. Son siège constant, mais non exclusif, est à la paume des mains ou à la plante des pieds. C'est toujours là qu'il débute, c'est là qu'il présentera les caractères les plus nets. Ce siège avec la coloration foncée de l'auréole qui entoure la bulle, la nature purulente du contenu, sont des attributs du pemphigus syphilitique.

Cette éruption est l'indice d'une syphilis grave, avec lésions viscérales en général mortelles.

La *roséole* est rare et fugitive. Des *cicatrices*, peu accusées d'ailleurs, siègeraient *aux régions lombo-fessière et crurale postérieure*. Mais nous avons vu avec M. Comby (*Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 220) que ces cicatrices n'ont rien de caractéristique et seraient plutôt l'indice de la scrofule.

Les *syphilides papulo-croûteuses et papulo-excoriatives* de la face disposées en placards aux commissures labiales et au sillon mentonnier, par leur forme et leur groupement, seraient, d'après M. Fournier, spéciales à la syphilis héréditaire.

Les *plaques muqueuses* sont très fréquentes sur cet épiderme délicat du nouveau-né, mais elles se montrent principalement aux organes génitaux, au pourtour des narines, sur les lèvres où elles prennent facilement la forme fissurique. Les cicatrices radiées et blanchâtres de ces fissures sillonnent le pourtour de l'orifice buccal et lui donnent l'aspect froncé d'une bourse dont l'ouverture serait fermée par un cordon. Dans les fosses nasales, les plaques muqueuses occasionnent un coryza fréquent et tenace qui donne souvent l'éveil au clinicien.

Sur les os, l'hérédo-syphilis a une manifestation spéciale à la première enfance, c'est la *pseudo-paralysie infantile* due à une fracture juxta-épiphysaire, se révélant par une inertie plus ou moins complète du membre qui devient impotent et immobile. La persistance de mouvements partiels, limités seulement par la douleur, l'existence d'un gonflement péri-articulaire, de mobilité anomale, de crépitation, mettent en garde contre une paralysie d'origine médullaire.

Le *foie* est augmenté de volume, dur et inégal ; l'ascite, l'ictère sont absolument exceptionnels. Cette hypertrophie, en dehors de la cachexie, a une grande valeur séméiologique.

Les reins sont fréquemment atteints de dégénérescence amyloïde. Quand ces lésions viscérales existent, il est fréquent de voir des hémorrhagies soit ombilicales, soit cutanées (*syphilis hemorrhagica neonatorum*, Behrend).

Enfin ces petits êtres affectés de syphilis ont un aspect malingre et chétif tout particulier. Leur peau est ridée, flétrie, leur visage vieillot, leur teint grisâtre, les cheveux rares et fins, les ongles atrophiés ou tombés, leur cri est faible et bref, et les enfants s'éteignent souvent sans maladie apparente.

M. Mérigot rapporte un cas fort intéressant qu'il emprunte à M. Devergie : un homme, marié après un traitement antisyphilitique insuffisant, vit mourir successivement dix enfants peu après leur naissance ; il se soumit ensuite au traitement et eut un onzième enfant absolument sain, qui s'éleva facilement.

III. — La *syphilis héréditaire tardive* n'est bien connue que depuis quelque temps, car jusqu'ici elle avait été confondue avec la syphilis acquise.

Du côté de la peau ce sont des *gommes*, des syphilides *tuberculeuses*, ulcérées ou non, des *ulcérations* à bord hémicirculaire régulièrement tracé, s'observant principalement vers l'âge de quinze ans, au visage, au nez, aux jambes, présentant quelquefois une marche serpigineuse.

Ces syphilides tuberculo-ulcéreuses siègent souvent dans l'arrière-gorge, dans les fosses nasales où elles déterminent la nécrose des parois, l'effondrement du nez, la perforation de la voûte palatine.

Les *os* sont atteints dans plus de la moitié des cas, spécialement le tibia (l'os révélateur de la syphilis). Ces lésions, en général multiples et symétriques, consistent presque toujours en une hyperostose naissant à la jonction de la diaphyse et de l'épiphyse et descendant sur toute la diaphyse. Sous l'influence de ces dépôts successifs, les bords de l'os s'émoussent, l'os *paraît* incurvé comme un tibia rachitique. Toutes ces lésions sont décrites avec le plus grand soin dans la thèse de M. Berne (1). La peau est normale, les douleurs spéciales peuvent s'observer la

(1) Berne. *Manifestations osseuses précoces ou tardives de la syphilis héréditaire*, Paris 1884.

nuit. Le crâne déformé par ces dépôts osseux peut prendre différents aspects qui lui ont valu les noms de *crâne olympien*, *crâne en carène*, *crâne natiforme*.

Mais une lésion spéciale et caractéristique de la syphilis héréditaire consiste en *certaines malformations dentaires*, bien étudiées par Hutchinson.

« Ces malformations sont congénitales et résultent d'un trouble général survenu au moment du développement du follicule dentaire; sous cette influence, il se produit dans la formation de la dentine une lacune qui laissera des traces indélébiles et simulera plus tard une perte de substance, une érosion. Si ces lésions siègent sur plusieurs dents, ce qui est un fait presque constant, elles sont toutes contemporaines, et ont sur chaque dent un siège plus ou moins élevé, suivant qu'elle a un développement plus ou moins précoce, ce qui a fait dire à M. Parrot que: *La dent garde son millésime.* »

La variété d'altération la plus importante au point de vue séméiologique, consiste en une *échancrure semi-lunaire, en coup d'ongle*, siégeant sur le bord libre de la dent qui se trouve excavée et taillée en biseau aux dépens de sa face antérieure; les deux pointes latérales sont émoussées et arrondies, c'est la *dent d'Hutchinson*. Cette déformation complexe siège sur les incisives médianes supérieures de la deuxième dentition.

Les autres déformations sont moins caractéristiques; elles consistent en: *atrophie cuspidienne*, c'est-à-dire atrophie partielle ou totale du bord libre ou du plateau de la dent: *atrophie cupuliforme*, petites dépressions creusées à la vrille sur la face antérieure de la dent, l'*atrophie sulciforme*, le *microdentisme* et l'*amorphisme dentaire*.

A côté de ces lésions dentaires, Hutchinson signale une kératite parenchymateuse qu'il appelle : *kératite interstitielle* débutant insidieusement par l'opacification de la cornée qui prend un aspect nuageux et finit par ne plus laisser pénétrer un seul rayon lumineux; les vaisseaux ne tardent pas à se former, la cornée prend alors une teinte rougeâtre, et s'il se manifeste des symptômes inflammatoires, ils n'atteignent jamais l'acuité de la kératite superficielle. Les deux yeux se prennent en général successivement; la cécité peut alors être absolue, mais il est fréquent de voir les cornées s'éclairer partiellement et ne conserver que des opacités isolées, différentes des cicatrices par leur siège profond.

L'iritis hérédo-syphilitique est rare.

Un troisième signe complète la triade d'Hutchinson. C'est « une *surdité* qui s'établit sans le cortège des otites ordinaires, sans lésions susceptibles de l'expliquer, qui s'annonce brusquement, et se confirme avec une rapidité surprenante, extraordinaire, et qui le plus habituellement persiste à l'état définitif en se montrant rebelle à toute intervention de l'art ».

Les localisations viscérales sont les mêmes que dans la syphilis acquise, c'est-à-dire hépatique, rénale, cérébrale, médullaire.

Enfin il ne faut pas oublier l'association fréquente de la syphilis, avec le rachitisme ou la scrofule.

Il est utile de répéter que la syphilis héréditaire est infiniment plus grave que la syphilis acquise.

IV. — Le *diagnostic* de la syphilis héréditaire ne se fait souvent que par le traitement spécifique et peut cependant se baser sur différents symptômes.

1° Le pemphigus palmaire ou plantaire, les éruptions lombo-fessière, péribuccale, la triade d'Hutchinson: déformation dentaire, kératite interstitielle, surdité, constituent autant de signes en faveur de la syphilis héréditaire.

2° L'état général est rarement grave dans la syphilis acquise, cependant l'infantilisme peut s'observer dans ce cas.

3° La syphilis acquise, à cause de l'incubation, ne peut débuter qu'après plusieurs semaines, elle se manifeste par un chancre primitif, avec sa pléiade ganglionnaire.

La constatation de plaques muqueuses, sur un sujet de plus de six ans, doit faire rejeter l'hypothèse de syphilis héréditaire, puisque c'est toujours un accident précoce.

4° Il est inutile de recommander la recherche de la syphilis chez les parents, mais à défaut de signes certains, on peut tirer quelque conséquence de *la répétition des fausses couches et des accouchements prématurés*. Le docteur Mérigot rapporte un exemple qui dispensera d'insister:

Une femme qui, mariée, trois ans après un chancre, avec un mari sain, n'eut, depuis cette époque, aucune manifestation syphilitique, ne contamina pas son mari et eut cependant en dix ans onze fausses couches consécutives; puis, treize ans et demi après le chancre, accoucha d'un enfant vivant, mais syphilitique.

Ajoutons, pour compléter ces symptômes si bien rassemblés par M. le docteur Mérigot, que M. Hutinel a signalé l'atrophie testiculaire double comme une des manifestations de la syphilis héréditaire.

V. — Le *traitement* prophylactique est d'une importance capitale:

1° Il consiste à empêcher le mariage des syphilitiques jusqu'au moment où l'aptitude à transmettre la maladie aux descendants paraît éteinte et, si l'on n'a pu réussir, à faire subir aux conjoints un traitement régulier.

2° Un enfant né de parents syphilitiques, et ne présentant aucun signe d'infection, ne sera traité que par des soins purement hygiéniques, et si la mère peut nourrir son enfant, elle le devra faire, et cela sans danger pour elle, alors même qu'elle serait restée jusque-là exempte de tout accident spécifique; elle ne peut être contaminée par son propre enfant. Si l'allaitement maternel est impossible, avant de confier l'enfant à une nourrice, il faudra attendre au moins trois mois et, si, après ce temps, on n'a constaté aucun signe, on pourra permettre l'allaitement en prévenant la nourrice.

Si la mère a contracté la syphilis après le septième mois, on doit interdire l'allaitement maternel, le fœtus pouvant ne pas être contaminé.

3° Si l'enfant est syphilitique, il doit être nourri par la mère qui sera mise au traitement. L'enfant sera mis au traitement mercuriel, et au traitement mercuriel seul. On donnera la liqueur de Van Swieten, diluée dans de l'eau ou du sirop, en débutant par un quart de cuillerée à café dans les vingt-quatre heures, pour arriver, en quelques jours, à une cuillerée à café. Ce traitement est, en général, bien supporté; mais, s'il y a de l'intolérance gastro-intestinale, si l'athrepsie menace, il faut en venir aux frictions, qu'on doit faire d'emblée dans les cas graves, frictions exécutées sur le thorax, dans les aisselles avec 1 ou 2 grammes d'onguent mercuriel simple; les bains avec 1 ou 2 grammes de sublimé peuvent être très efficaces.

Dès qu'il se manifeste des lésions tertiaires, il faut associer l'iodure à la dose de 15 à 25 centigrammes par jour. L'hygiène et un traitement réparateur au bout de plusieurs années constituent les auxiliaires les plus efficaces.

Telles sont, résumées dans leurs points essentiels, les différentes notions que nous avons pu puiser dans le mémoire de M. le docteur Mérigot. A. Ricard.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 mai 1888. — Présidence de M. Polaillon.

COMMUNICATIONS

Castration ovarienne. — M. TERRILLON, à propos de la communication de M. Segond, rappelle le travail qu'il a présenté au Congrès de chirurgie, dans lequel il a rapporté six observations d'ovariectomie, dans des cas de fibromes, sur lesquels il a eu cinq guérisons. Il a fait, depuis, deux fois cette opération avec le même succès. Dans cette discussion, il est un point qu'on a laissé de côté, c'est celui des indications. Il croit qu'il importe, à ce point de vue, d'examiner attentivement la cavité utérine. Toute femme, porteur d'un fibrome donnant lieu à des hémorrhagies,

a une cavité utérine augmentée, allant souvent à 15, 18, 20 et 23 centimètres. Plus la cavité utérine est augmentée, plus les hémorrhagies sont fréquentes et abondantes. M. Terrillon croit que la castration agit surtout chez les femmes ayant des cavités utérines peu développées. Il y a donc là une indication.

Dans les cas où la cavité de l'utérus est très développée et où, par conséquent, il s'agit de gros fibromes, la castration ne semble pas indiquée.

M. Terrillon fait connaître le moyen dont il se sert pour mesurer la cavité utérine; il emploie un hystéromètre curviligne qu'il a fait construire par M. Mathieu et qu'il a déjà présenté à la Société. Cet hystéromètre donne non seulement la longueur de l'utérus, mais aussi sa direction et sa position. Il peut être rendu facilement aseptique. Il ne détermine pas d'hémorrhagies. C'est grâce à cet instrument que M. Terrillon est arrivé à poser nettement les indications qu'il vient de faire connaître.

Il y a dix jours, il reçoit dans son service une femme portant un corps fibreux du volume d'une tête d'adulte. Elle perdait peu, mais constamment; elle s'affaiblissait beaucoup et éprouvait de vives souffrances.

Cette femme avait une cavité utérine peu développée; les accidents tenaient donc à la nature même du fibrome. Il s'agissait d'un fibrome sphacelé indépendant de la cavité utérine. C'est la mesure de l'utérus qui a conduit M. Terrillon à préférer, dans ce cas, l'hystérectomie à la castration. M. Terrillon cite un autre cas où l'hystérométrie, telle qu'il la pratique, lui a fourni une indication très nette de la castration, alors qu'on voulait faire à cette malade l'opération d'Alexander. Il s'agissait d'un fibrome là où on avait cru avoir affaire à une rétroversion.

M. RICHELOT se range à l'avis de ceux qui pensent qu'en présence d'un fibrome abdominal, les indications sont variables. Pour les gros fibromes, il n'y a qu'une indication, l'hystérectomie abdominale. Pour les fibromes moyens, les chirurgiens restent hésitants. Il paraît avéré que la castration, quand elle est facile, donne de bons résultats. Mais elle n'est pas toujours facile. Il faut donc d'abord faire une laparotomie exploratrice et se décider pour l'hystérectomie ou la castration, celle-ci devant être toujours préférée quand elle est possible. Dans les cas de petits fibromes pelviens, la castration serait certainement préférable, mais c'est surtout dans ces cas qu'elle est difficile. Il reste alors l'hystérectomie vaginale. Ce sont surtout les fibromes moyens, interstitiels, qui sont justiciables de cette opération.

Il y a deux ans, M. Richelot a opéré une femme de quarante et un ans qui avait plusieurs fibromes dans la cavité utérine et un fibrome rétro-utérin. Ces petits fibromes rétro-utérins, multiples, donnant lieu plus à des douleurs qu'à des hémorrhagies, mieux vaut alors l'hystérectomie vaginale que la castration qui, dans ces cas, est de nulle valeur.

Dans un autre cas, il s'agissait d'un utérus bourrelé de fibromes; M. Richelot fit l'hystérectomie vaginale. La malade mourut six jours après d'urémie, mais l'autopsie démontra que la castration n'aurait pas été possible.

M. Richelot présente un utérus qui était en rétroversion, et pour lequel il a fait l'opération d'Alexander. La malade alla bien pendant quelque temps, puis les accidents reparurent; l'opération d'Alexander n'avait pas réussi. M. Richelot fit la dilatation du col utérin; il constata qu'il s'agissait d'un fibrome de la paroi postérieure. Le 17 mai dernier, il se décida à pratiquer l'hystérectomie vaginale. Il s'agissait d'un fibrome intra-utérin, mais faisant surtout saillie du côté de la paroi postérieure qu'on n'aurait pas pu énucléer. Mais comme il y avait un petit fibrome supplémentaire, M. Richelot ne se repent nullement d'avoir fait l'hystérectomie vaginale totale, car ce petit fibrome, passé inaperçu, se serait certainement développé ultérieurement.

Relativement à la suture abdominale, pour éviter l'accident dont a parlé M. Segond, la réouverture du ventre, M. Richelot a recours à une suture par étages; il fait la suture du péritoine avec du catgut et celle de la peau avec des crins de Florence.

M. TERRIER a fait sept opérations de Battey. Dans un cas, il s'agissait d'un kyste ovarique compliqué d'un fibrome utérin. Il fit l'ovariotomie pour le kyste et enleva l'ovaire sain pour réprimer les hémorrhagies dues au fibrome qu'il laissa dans le ventre. Cette femme n'a plus eu d'hémorrhagies et a très bien guéri, bien que son fibrome ne paraisse pas avoir diminué. Dans un autre cas, il s'agissait de tumeurs papillaires de l'ovaire. Il procéda de la même façon.

Il y a des cas où l'opération de Battey est très difficile à faire; ce sont ceux surtout où il s'agit de fibromes compliqués de salpingite. Dans ces cas, la castration est non seulement très difficile, mais encore très dangereuse. Dans deux faits de ce genre, M. Terrier perdit ses malades d'épuisement deux ou trois jours après l'opération. Dans trois autres cas, il eut affaire à des fibromes sans salpingite; chez ces malades, il fut très facile d'enlever les deux ovaires. Enfin, M. Terrier fit la castration pour un utérus gigantea. Il en obtint un très bon résultat. Toutefois, cet utérus était rempli d'une sécrétion purulente; or cette malade se levait et paraissait guérie quand elle fut prise d'une douleur vive dans le côté; il se forma un abcès qu'il fallut inciser. M. Terrier est convaincu qu'il s'agit là d'une inoculation par la trompe qui était, du reste, très dilatée. Cette malade n'a pas été moins bien guérie de ses hémorrhagies.

M. Terrier ne croit pas, comme M. Terrillon, à l'importance de la plus ou moins grande étendue de la cavité utérine. La question est de savoir si les ovaires sont sains et faciles à enlever.

Quant à la désunion de la suture abdominale, elle n'est seulement pas causée par la tumeur restée dans le ventre, mais aussi par l'état général affaibli que présentent souvent les malades épuisées par des hémorrhagies.

M. POZZI désire faire une simple observation au point de vue des noms à donner aux opérations dont il s'agit. La castration ovarienne peut être faite soit comme antihémorrhagique, soit comme antinerveuse, soit comme antiphlogistique; la première est l'opération d'Heggar, la seconde celle de Battey, la troisième celle de Lawson Tait.

LECTURES

M. CHAVASSE lit une observation d'ostéo-arthrite scapulo-humérale traitée par la résection de l'épaule.

M. BRUN communique un cas d'anévrysme poplité traité avec succès par la ligature antiseptique.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Tumeur du sein. — M. SCHWARTZ présente un sein qu'il a récemment enlevé; ce sein est le siège d'un adénome qui existait depuis dix ans; puis la tumeur avait rapidement grossi, et cet adénome se trouve entouré d'une tumeur sarcomateuse, laquelle est elle-même enveloppée d'une multitude de kystes qui constituent ce que l'on a appelé la maladie kystique de la mamelle.

La Société se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 22 mai 1888, a été nommé dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Bagot, médecin de deuxième classe de la marine, démissionnaire.

— Par arrêté ministériel, en date du 19 mai 1888, ont été nommés :

Officier de l'Instruction publique. — M. Huguet, professeur à l'École de médecine de Clermont-Ferrand.

Officier d'Académie. — M. Cohendy, pharmacien à Clermont-Ferrand.

— *Hôpitaux de Bordeaux.* — Le concours pour une place de médecin-adjoint des hôpitaux vient de se terminer par la nomination de M. le docteur W. Dubreuil.

— *École de médecine de Toulouse.* — Le concours pour une place de professeur suppléant de pathologie externe vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Vieusse.

Le concours pour une place de professeur suppléant de pathologie interne vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Cabadé.

Le concours pour une place de professeur suppléant de clinique obstétricale vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Secheyron.

Le concours pour une place de professeur suppléant de pharmacie vient de se terminer par la nomination de M. Beille.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Padieu, professeur à l'École de médecine d'Amiens.

— M. le docteur Du Castel commencera, le vendredi 1er juin, à neuf heures et demie du matin, ses leçons cliniques sur les maladies syphilitiques, à l'hôpital du Midi, et les continuera les vendredis suivants à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Mémoires de chirurgie, par le professeur Verneuil. Tome V : *Commotion, Contusion, Syphilis et Traumatisme.* 1 vol. in-8°. — Prix : 15 francs. — Paris, G. Masson.

Traité de l'empyème, par L. Bouveret, agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, 1888, 1 vol. in-8° de 900 pages. — Prix : 12 francs. — Paris, J.-B. Baillière.

Traité pratique et clinique d'hydrothérapie, par E. Duval, médecin en chef de l'institut hydrothérapique, 1888, 1 vol. in-8° de 900 pages, avec figures et une préface de M. Peter. — Prix : 10 francs. — Paris, J.-B. Baillière.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

48

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

St dép. dét. à Paris, Phie LEBEAULT, 53, Réaumur.

ENTREPOT GÉNÉRAL : **5, rue Bourg-L'Abbé, Paris.**

50

DRAGÉES DE T. GRAS

à l'**huile** de foie de **Morue phosphatée.**

Phthisie, Scrofule, Anémie, Débilité.

6 *dragées* contiennent 0gr,60 *de phosphate de chaux*. **Plus efficaces** que **l'Huile** de foie de **Morue seule.** — *Assimilation complète.*

Phie T. GRAS, 9, r. Le Peletier, Paris.

70

ÉTABLISSEMENT THERMAL VICHY

(*Allier*) *PROPRIÉTÉ DE L'ÉTAT* (*Allier*)

SAISON DES BAINS (Ouverture le 15 mai).

Bains et Douches de toute espèce pour le traitement des *Maladies de l'Estomac, du Foie, de la Vessie, Gravelle, Diabète, Goutte, Calculs urinaires, etc.*

Théâtre et Concert au Casino; Musique dans le Parc; Cabinet de Lecture; Salon réservé aux Dames; Salons de jeux, de conversation et de billard.

Tous les renseignements sont donnés gratuitement à Paris, 8, boulevard Montmartre; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré.

70

GRANULES FERRO-SULFUREUX

J. THOMAS

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées;* produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant*, sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique.

Paris, pharmacie J. THOMAS, 48, avenue d'Italie.

38

ERGOTINE. DRAGÉES D'ERGOTINE

de **BONJEAN**

La solution d'ERGOTINE BONJEAN est d'après les plus illustres médecins un des meilleurs hémostatiques (Ergotine, 10 grammes; eau, 100 grammes).

Les DRAGÉES D'ERGOTINE BONJEAN sont employées avec le plus grand succès pour *faciliter le travail de l'accouchement*, arrêter les *hémorrhagies* de toute nature (crachements, pertes de sang, etc.), contre les *dysenteries* et *diarrhées chroniques*, et enfin pour combattre la *phthisie pulmonaire* et enrayer sa marche.

Dépôt général : LABELONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

21

PHTHISIE, BRONCHITES

ET CATARRHES PULMONAIRES

TRAITEMENT CURATIF

PAR LES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE

L'EUCALYPTINE LEBRUN

Dépôt génal : Phie Centrale, fg Montmartre, Paris.

22

ANTIPYRINE DU Dr KNORR

Nous offrons par l'entremise des maisons de gros l'**ANTIPYRINE** en boîtes fer blanc de **50** et **100g.**

Exiger notre étiquette, seule garantie de pureté.

Compagnie Parisienne de Couleurs d'Aniline.

31, rue des Petites-Écuries, Paris.

58

ÉLIXIR FERRO-ERGOTÉ MANNET

L'emploi du fer associé à l'ergot de seigle est formellement indiqué dans : *la dysménorrhée des jeunes filles, incontinence d'urine, pollutions et pertes séminales* (Millet, Trousseau, Bretonneau); *dans les accidents multiples de la métrite chronique* (Gallard); *pour éviter les métrorrhagies* (Dujardin-Beaumetz). — 2, pl. Vendôme, Paris.

53

SAINT-RAPHAEL, VIN TANNIQUE

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire

DOSE: Un petit verre après les principaux repas.

DÉPOT : Dans toutes les bonnes pharmacies.— Vente en gros chez tous les droguistes.

62

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

10

SIROP-ZED (A BASE DE CODÉINE PURE, DE TOLU ET D'EAU DE LAURIER-CERISE)

Aux propriétés somnolentes de la codéine s'ajoutent utilement celles si sédatives de l'eau de *laurier-cerise*, agissant là comme l'émulsion d'amandes des loochs; enfin l'action du tolu sur les sécrétions bronchiques, complètent l'ensemble d'un médicament certain.

Le sirop pectoral du docteur Zed est un calmant précieux contre les *accès spasmodiques de toux convulsive, coqueluche, toux des phthisiques, affections des bronches, insomnies*, etc.

Paris, 22 et 19, rue Drouot. Dr. Zed

52

SANTAL CITRIN DE CAVAILLÈS

Capsules à 40 centigr. d'essence pure

Ces capsules, journellement prescrites par les célébrités médicales, ne contiennent que de l'essence de Santal pure rectifiée. Elles remplacent avec avantage le copahu et le poivre cubèbe. — Phie **Rogé-Cavaillès,** 9, r. du 4 Septembre, Paris.

34

SULFUREUX POUILLET

Approuvé par l'Académie de médecine.

Permet d'obtenir *de suite* et *économiquement* une bonne *eau sulfureuse.*

EN BOISSON : **2 fr. 50**	une mesure (12 centigrammes) dans un verre d'eau.
EN BAINS : **1 fr.**	un flacon pour un bain *incolore et sans odeur.*

Vente en gros : 112, rue du Bac, Paris.

91

NAPHTOL-BAILLARD

Produit fabriqué spécialement en vue de l'antisepsie interne et garanti d'une pureté absolue.

Dragées, à 0,20 c. 10 par jour, pour l'antisepsie complète du tube intestinal et des voies urinaires : Fièvre typhoïde, phthisie, dyspepsie, gastralgie, gravelle, cystite, etc. — **Eau.** Liqueur aromatique titrée à 0,40 c. par cuillerée à bouche. Une cuillerée par litre d'eau pour pansements antiseptiques, pour injections aux accouchées, pertes blanches, prurit, blennorrhagie... — **Pommade** à 10 0/0 : Ulcères gangréneux, psoriasis, eczéma sec, dartres du cuir chevelu.

PARIS.—*Baillard, 112, Cherche-Midi.—Marchand, 13, Grenier St-Lazare.*— **Détail :** *Phie Desvignes, 42, fg St-Denis, et d* toutes les bonnes phies.*

23

NÉVRALGIES, MIGRAINES, FIÈVRES.

PILULES DE SAINT-CLOUD

Chaque pilule contient 1/5e de milligramme d'*Aconitine*, du *Valérianate de Quinine* et du *Valérianate de zinc.*

Phie DUFILHO, Saint-Cloud, et tes phaamacies

31

ÉLIXIR GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUE

(*Amers et ferments digestifs.*)

Dyspepsie, anorexie, vomissements de la grossesse, anémie, troubles digestifs de l'enfance, etc. Paris, GREZ, Phien laur. des hôp., 34, r. La Bruyère.

47

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la secrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

65

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

72

PILULES SUISSES

(*Pilules de coloquinte composées*)

PURGATIVES, LAXATIVES, DEPURATIVES

MM. les médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. HERTZOG, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

86

PANCRÉATINE DEFRESNE

Adoptée officiellement par la Marine et les Hôpitaux de Paris.

DÉGOUT DES ALIMENTS.	LIENTÉRIE.
DIGESTIONS DIFFICILES.	GASTRALGIE.
DYSPEPSIE.	GASTRITE, ETC., ETC.

DOSES :
- **Pancréatine Defresne :** en poudre, 4 gr. 2 à 4 cuillerées.
- **Pilules digestives Defresne** . . . . 3 à 5 pilules

Élixir et Sirop.

DÉPÔT : 2, rue des Lombards et tes pharmacies.

DEFRESNE, auteur de la Peptone pancréatique.

67

CACHETS DIGESTIFS H. MOURRUT

PEPSINE ET DIASTASE

Les cachets Mourrut sont la préparation la plus convenable pour administration de la Pepsine et de la Diastase. Ces deux ferments digestifs sont insolubles dans l'alcool, qui les précipite de leur dissolution dans l'eau; on ne doit donc pas les administrer dans un liquide alcoolique (BOUCHARDAT, *Annuaire*, 1880, p. 138).

Phie CHAMPIGNY, 57, r. Clichy; 10, r. Port-Mahon.

99

Rapport favorable de l'Académie de médecine.

VINAIGRE PENNÈS

Antiseptique, cicatrisant, hygiénique.

Purifie l'air chargé de miasmes. Préserve des maladies épidémiques et contagieuses. Précieux pour les soins intimes du corps.

Exiger Timbre de l'Etat. — Toutes pharmacies.

N° 61. — MARDI 29 MAI 1888. 61e ANNÉE. MARDI 29 MAI 1888. — N° 61.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 28 mai 1888.

Chaque mardi M. Richet cède généreusement la parole à son savant chef de clinique, M. Castex, qui a fait une excellente exposition du *squirrhe atrophique* du sein le mardi 22 mai. Après avoir indiqué les symptômes et la marche, et discuté le diagnostic et le pronostic avec une remarquable précision, le jeune professeur a procédé à l'extirpation de la tumeur ulcérée. Il n'a laissé aucune illusion sur l'issue de cette maladie, et en cela nous l'approuvons complètement, car le squirrhe atrophique du sein récidive presque toujours lorsque les tissus du voisinage ne sont pas absolument indemnes et lorsqu'il existe de véritables grains cancéreux dans l'épaisseur de la peau, autour de la lésion principale. Ce pronostic est tellement décourageant, qu'on en arrive à se demander s'il ne vaudrait vraiment pas mieux ne pas intervenir dans de pareils cas.

— L'*ignipuncture dans les tumeurs blanches* est plus encourageante. Nous avons été frappé des résultats obtenus par cette méthode, dans le cas de tumeurs blanches peu avancées, surtout lorsqu'elles ne sont pas compliquées de fistules.

Un homme de soixante ans, couché au n° 21 de la salle Saint-Landry, était tombé il y a deux ans. Le genou se tuméfia et guérit rapidement. Depuis ce temps il ressentit parfois des douleurs vagues, mais, il y a deux mois, l'articulation devint volumineuse et chaude. Il entra à l'Hôtel-Dieu.

M. Richet reconnut la présence de fongosités dans la synoviale, fongosités débordant la rotule de tous côtés, surtout en haut et latéralement.

Sans chloroforme, M. Richet procéda à l'ignipuncture. Il se sert pour cela d'un cautère actuel, qui se termine par une boule surmontée d'une aiguille conique de 4 centimètres de longueur et de 3 à 4 millimètres de largeur à sa base. Saisissant le fer rougi à blanc, il enfonce l'aiguille tout entière dans la substance des fongosités, jusqu'à l'os, sans s'inquiéter de léser la synoviale. Il a pratiqué quinze piqûres sur le genou de l'homme dont nous parlons. Quelques-unes ont laissé écouler une matière purulente et du sang.

Dès le lendemain, le malade était amélioré et, quatre jours après, le genou était déjà en partie dégonflé et beaucoup moins douloureux.

— M. Richet a montré, ensuite, les résultats de l'*électrolyse appliquée aux rétrécissements de l'urèthre*. On n'a pas oublié que M. Richet invita M. Fort à pratiquer deux opérations d'électrolyse, le 1er mai dernier, dans sa clinique. Trois semaines après l'opération, M. Richet a ordonné aux deux malades d'uriner devant son auditoire.

Le premier malade, soixante-quatre ans, qui avait été opéré en trois minutes, a uriné avec un jet naturel. Nous l'avons interrogé. Avant l'opération, il avait un rétrécissement compliqué d'incontinence d'urine, de cystite et de douleurs rénales violentes qui l'avaient forcé à entrer à l'hôpital.

Il passa trois mois dans la salle Saint-Charles et M. Thiroloys, interne du service de M. Empis, ayant constaté la présence d'un rétrécissement très serré, le fit passer en chirurgie. Il fut admis à la salle Saint-Jean.

Il avait la fièvre tous les soirs, il était très affaibli et ne mangeait presque rien. Après l'opération d'électrolyse, M. Fort lui dit d'aller à pied à son lit. On ne l'a pas sondé, on ne l'a soumis à aucun traitement ultérieur, et le malade paraît guéri du rétrécissement, de l'incontinence, de la cystite et des douleurs rénales. Il urinait tous les quarts d'heure avant l'opération; aujourd'hui il n'urine plus que trois fois par jour. Il se sent plus fort et il mange avec grand appétit.

Le second malade, soixante-six ans, qui avait une série de rétrécissements presque infranchissables, a uriné largement aussi, mais avec un jet bifurqué. Il avait été traité une fois par l'uréthrotomie et une fois par la dilatation; il était très souffrant à son arrivée à l'hôpital et il avait la fièvre tous les soirs jusqu'au jour de l'opération. Celle-ci dura six minutes. On ne lui a mis aucune sonde et il n'a subi aucun traitement ultérieur. Il n'a eu aucun accident et il semble complètement guéri. Il urine trois fois par jour, tandis qu'il urinait tous les quarts d'heure avant l'opération.

Ces faits méritent d'être étudiés et il est à désirer surtout que M. Fort les multiplie et suive ses malades de manière à montrer si l'électrolyse, pratiquée par son procédé, peut être préférée à l'uréthrotomie interne et à la dilatation.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. SEGOND.

I. Traumatisme ancien de l'œil droit, perte progressive de la vision, irido-choroïdite, ophthalmie sympathique de l'œil gauche, énucléation de l'œil droit ou sympathisant. — II. Fracture du tibia, saillie de l'un des fragments, résection, application de la pointe de Malgaigne.

I. Le malade ou plutôt la malade, dont j'ai à vous parler aujourd'hui, est une femme de trente-huit ans, d'une très bonne constitution, d'une santé générale parfaite, sans aucune lésion constitutionnelle, mais à laquelle cependant nous devons faire subir une opération assez sérieuse, c'est-à-dire l'énucléation du globe oculaire droit.

Il y a trente-cinq ans, elle avait alors trois ans, cette femme se blessa grièvement à l'œil droit, avec des pointes de ciseaux. Elle conserva néanmoins, pendant de longues années, un certain degré de vision et ce n'est, en réalité, que depuis cinq ou six ans environ, qu'elle a perdu complètement la vue du côté droit. Puis, un an plus tard, sont survenues des douleurs dans l'œil perdu, de véritables crises douloureuses, à caractère névralgique. Enfin, il y a sept mois, elle a eu plusieurs poussées inflammatoires, une irido-choroïdite de l'œil droit.

En même temps, il y a deux ans, la malade a commencé à éprouver des douleurs très vives dans l'œil du côté opposé, dans l'œil gauche, qui était resté jusque-là parfaitement sain, douleurs qui s'accompagnèrent bientôt d'un commencement de diminution de l'acuité visuelle. Ces douleurs ont été surtout intenses au moment où la malade était atteinte d'irido-choroïdite de l'œil droit.

Cette femme alla consulter alors M. Galezowski qui, après l'avoir examinée attentivement, ne vit d'autre traitement à faire que l'énucléation de l'œil droit, point de départ des accidents de l'œil du côté opposé. La malade s'y refusa, reprit ses occupations habituelles jusqu'au moment où, vaincue par la douleur, elle s'est décidée à entrer à l'hôpital. Après examen, je lui ai proposé, comme seule intervention possible et nettement indiquée, l'énucléation de l'œil droit, celle-là même que M. Galezowski lui avait conseillée déjà, dix-huit mois auparavant.

Cette femme, en effet, est atteinte d'une ophthalmie sympathique. Vous savez que l'on appelle œil *sympathisant*, celui qui est la source du mal et, dans le cas présent, c'est l'œil droit, tandis que l'autre œil s'appelle l'œil *sympathisé*. L'œil sympathisant est donc celui qui nous présente l'ancienne lésion de la cornée et dans lequel on voit l'iris enclavé dans le corps ciliaire. De plus, il est démontré depuis longtemps que les lésions traumatiques d'un œil sont le plus souvent le point de départ d'une ophthalmie sympathique, se développant du côté opposé. Le fait se remarque surtout (ceci soit dit en passant) dans les cas de plaie de la cornée, avec pénétration d'un corps étranger. La proportion des origines traumatiques, dans le développement de l'ophthalmie sympathique, serait, d'après les statistiques, de 83 p. 100.

Dans l'œil sympathisé, on observe les phénomènes classiques, c'est-à-dire d'abord la série des troubles fonctionnels, puis celle des troubles véritables et des lésions matérielles.

Notre malade n'en est heureusement encore qu'à la première série. Mais elle a, de plus, un symptôme d'une valeur considérable, au point de vue du diagnostic: l'œil sympathisant étant, au niveau de l'enclavement de l'iris, le siège d'une douleur plus vive que dans le reste du globe oculaire, l'œil sympathisé est aussi, dans un point absolument symétrique, le siège d'une douleur de même nature et de même intensité.

Aussi, je le répète, le diagnostic est des plus évidents et l'indication d'une intervention chirurgicale, de l'énucléation de l'œil sympathisant, parfaitement nette, car la gravité de l'irido-choroïdite, d'un côté, entraîne aussi la perte de la vision du côté opposé, si l'on n'y pare bientôt par cette opération.

Je n'aborderai pas ici la question des théories des ophthalmies sympathiques, cela nous entraînerait trop loin: théorie vasculaire, théorie optique, théorie ciliaire ou théorie des névrites ascendantes, etc., je me bornerai à dire que l'énucléation est la seule opération capable de conserver l'œil sympathisé, c'est celle qui donne le plus de chances de succès. D'ailleurs, l'œil droit est perdu, il ne peut plus rendre à la malade aucun service et même, au point de vue plastique, un œil artificiel conviendra mieux.

Le procédé auquel j'aurai recours est celui de Bonnet, qui conserve intacte la capsule de Tenon et laisse un petit moignon qui permet à l'œil artificiel certains mouvements.

II. Le second malade, que nous allons opérer, nous permet de dire quelques mots sur un point intéressant de pratique. Il s'agit d'une fracture du tibia consolidée dans laquelle l'un des deux bouts, le bout inférieur, fait une saillie assez prononcée, à travers les téguments, saillie que je vais réséquer suffisamment pour repousser le bout inférieur au contact du bout supérieur, après quoi j'aurai recours, pour maintenir la réduction, à la pression exercée par la pointe de Malgaigne. Ce procédé est de beaucoup préférable à tout autre et surtout à la pression en surface.

En effet, chaque fois qu'il est nécessaire d'exercer une pression continue sur les os ou les articulations, il n'y a aucune comparaison à faire entre la pointe de Malgaigne ou clou et les autres moyens; il suffit d'en surveiller l'action, car, après les premières douleurs inhérentes et immédiatement consécutives à son application, cette pointe est généralement très bien tolérée. Tandis que, au contraire, la moindre pression en surface risque toujours de déterminer la production d'eschares.

C'est ainsi que, pour vous citer un exemple récent, actuellement encore dans nos salles, un de nos malades a été victime d'un traumatisme de l'avant-pied qui s'est trouvé immobilisé contre un rail de chemin de fer, et il a eu une entorse ou mieux une luxation de l'extrémité postérieure du premier métatarsien.

C'est la première fois, ceci soit dit entre parenthèses, que j'ai l'occasion de constater un pareil traumatisme et je n'en connais, dans Malgaigne et les différents auteurs que j'ai consultés à cet égard, qu'un seul cas, celui de Liston. Peut-être en existe-t-il d'autres dans la science, en tous cas la lésion est fort rare.

Il y a donc eu effort avec déchirure ligamenteuse, l'avant-pied se trouvant fixé. Or, quand une luxation ou subluxation de ce genre se produit, la réduction en est des plus difficiles, en raison des rapports de la solidarité, que tous les métatarsiens ont entre eux.

Or, lorsque la réduction est obtenue, la difficulté est de la maintenir par une pression continue et prolongée. J'ai cru pouvoir y parvenir à l'aide de rondelles appliquées

au niveau de la luxation. Le moyen a bien réussi, mais au prix de la formation d'eschares. J'ai eu tort, je l'avoue, quoique l'accident n'ait pas eu de gravité, ni de suites fâcheuses, de ne pas recourir immédiatement à la pointe de Malgaigne, qui m'aurait donné d'aussi bons résultats au point de vue de la réduction et aurait évité la mortification de la peau.

Je crois donc devoir insister sur la supériorité incontestée de la pointe de Malgaigne sur tous autres procédés, lorsqu'il s'agit d'exercer une pression prolongée sur un fragment osseux.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. A. PONCET.

Plaie par coup de couteau de l'artère carotide externe droite; mort par hémorrhagie.

(Observation recueillie par M. A. CHAINTRE, interne des hôpitaux.)

Les blessures de l'artère carotide externe se présentent assez rarement : du moins les observations publiées sont en petit nombre, et nous croyons intéressant de rapporter un cas que nous avons eu l'occasion de voir dans le service de M. le professeur Poncet.

Le nommé L. M..., âgé de trente ans, est frappé dans la rue d'un coup de couteau, qui l'atteint au côté droit du cou. Il s'affaisse et tombe, une hémorrhagie violente se déclare. Deux médecins du voisinage, appelés en toute hâte, appliquent un pansement compressif sur la plaie et font transporter le blessé d'urgence à l'Hôtel-Dieu. En raison de la distance, il arrive à l'hôpital trois quarts d'heure après environ. Tout le long du chemin qu'il a parcouru, il a perdu une quantité considérable de sang, et l'hémorrhagie s'est arrêtée d'elle-même. Voici ce que l'on constate au moment de l'entrée. Le blessé est un homme d'apparence robuste, dont la face est exsangue et les muqueuses décolorées; il est dans un état d'affaissement presque complet et ne répond pas aux questions qu'on lui adresse. Il porte, au côté droit du cou, une blessure située sur le bord antéro-interne du muscle sterno-cléido-mastoïdien, à 4 centimètres au-desssus du lobule de l'oreille. La plaie est longue de 3 centimètres, à bords nets un peu écartés; elle est dirigée de haut en bas et d'avant en arrière; son extrémité antérieure se dirige vers l'angle du maxillaire inférieur, dont elle est distante d'environ 1 centimètre. L'hémorrhagie étant arrêtée, on voit que la plaie doit être profonde, mais on s'abstient de toute exploration.

Pendant que l'on place un pansement sur la blessure, le malade fait un effort violent, se dresse sur le lit d'opérations, malgré les infirmiers qui cherchaient à le contenir, et le sang s'échappe à nouveau de la plaie par un jet de la grosseur d'un tuyau de plume. L'interne de garde fait comprimer l'artère carotide primitive et envoie immédiatement prévenir M. Poncet. Pendant ce temps, supposant que le sang vient de la carotide externe, il incise les téguments sur le trajet de celle-ci pour lier les deux bouts dans la plaie. Mais le blessé reprend encore des convulsions et succombe presque immédiatement. La respiration artificielle, l'électrisation de ses muscles inspirateurs et des injections d'éther répétées, etc., ne peuvent le rappeler à la vie.

L'autopsie, pratiquée par M. le professeur Poncet, a donné lieu aux constatations suivantes :

Toute la région carotidienne du côté droit est augmentée de volume. Le muscle sterno-cléido-mastoïdien est élargi et tuméfié. Nous ne revenons pas sur les caractères extérieurs de la plaie que nous avons décrits plus haut. La blessure file dans sa profondeur vers l'angle de la mâchoire. Les deux tiers antéro-internes des faisceaux du muscle sterno-mastoïdien sont sectionnés, la gaine et les fibres elles-mêmes du muscle sont infiltrées de sang, qui descend jusque vers la clavicule. La veine jugulaire externe n'a pas été atteinte. Le couteau a glissé contre la veine jugulaire interne sans la perforer et a traversé l'artère carotide externe de part en part sans la couper. Cette perforation présente un orifice externe oblique, comme la direction de la plaie elle-même, orifice qui mesure 8 millimètres environ. L'orifice interne, c'est-à-dire placé au côté interne de l'artère, mesure seulement 4 millimètres.

La plaie artérielle est située directement au milieu d'un bouquet vasculaire constitué par l'artère faciale, l'artère linguale et un petit tronc innominé, que fournit à ce niveau la carotide externe. La carotide externe, placée comme elle doit l'être normalement, à la partie externe et un peu en avant de l'autre branche de bifurcation, n'a pas été touchée. Le nerf pneumogastrique et le grand sympathique cervical sont également indemnes de toute lésion. La pointe du couteau s'est arrêtée après avoir perforé la carotide externe, elle n'a pas lésé les muscles du cou qui s'appliquent sur la colonne vertébrale.

Les autres résultats de l'autopsie n'indiquent qu'un seul fait, la perte énorme de sang qu'a faite le blessé. Les viscères sont pâles, les ventricules du cœur presque vides de sang, ainsi que les différents vaisseaux. Aucune autre particularité à signaler. Lorsque l'homme a été blessé, il était dans un état de santé parfaite, et tout montre qu'il était d'une constitution robuste et résistante.

Comme nous le disions au début de cette observation, les blessures de la carotide externe sont des plus rares. Dans la thèse de M. Robert (1), nous en trouvons mentionnés seulement cinq cas. Hibenstreit l'a sectionnée en enlevant un squirrhe de la parotide; il fit sur-le-champ la ligature du tronc de l'artère, qui fut suivie de guérison. Un second cas a trait à un soldat anglais, qui eut une section complète de ce vaisseau produite par une balle : un chirurgien lia l'artère au-dessus et au-dessous et sauva le blessé. Larrey (2) cite un cas où la compression seule arrêta l'hémorrhagie, produite par une section complète. Chassaignac (3) coupa également la carotide externe pendant une extirpation de la parotide. Widmer de Toronto (4) rapporte un cas absolument semblable. Engel de Czernovitz (5), dans une blessure très étendue du cou, lia un faisceau de parties molles qui comprenait, dit-il, la carotide externe et la thyroïdienne supérieure; l'opération fut suivie de guérison. Cette observation nous semble au moins sujette à caution; il fut impossible au chirurgien de trouver le vaisseau d'où provenait l'hémorrhagie. Quand on opéra le malade, il avait déjà perdu 10 livres de sang (?).

Enfin Maschka [de Prague] (6) a observé un cas analogue au nôtre. Il s'agit d'un coup de couteau en avant de l'oreille, ayant sectionné la carotide externe; mort par hémorrhagie.

Dans les six observations que nous mentionnons succinctement, trois fois l'artère carotide a été sectionnée par le chirurgien. Il reste donc trois cas seulement de blessures ayant intéressé ce vaisseau, et encore, dans l'observation de Engel, il n'est pas sûr qu'il y ait eu lésion de la carotide externe. On peut, en conséquence, considérer ces plaies comme absolument exceptionnelles.

L'artère carotide externe est, du reste, assez bien protégée contre les coups d'instruments tranchants, non qu'il

---

(1) *De la ligature de la carotide externe*, Thèse de Paris, 1873, p. 9.
(2) *Clinique chirurgicale*, t. II, p. 129.
(3) *Bulletins de la Société de chirurgie*, 1849.
(4) *L'Expér.*, t. II, p. 336.
(5) *Osterr. med. Wochenschrift*, 1842, n° 22.
(6) *Viertelj. f. gericht. med. und off. saint.*, nouv. série, XXX, p. 236.

faille diviser une grande épaisseur de parties molles pour la léser, mais parce qu'elle se trouve dans une région où la pointe d'un couteau aura grande chance de glisser sans l'intéresser. Dans le cas qui a fait le sujet de notre observation, il est assez remarquable que la carotide externe ait été seule atteinte, alors que le couteau avait effleuré seulement la veine jugulaire interne. En voyant l'instrument dont s'est servi le meurtrier, on se demande, du reste, comment le coup a pu atteindre des régions profondes et devenir mortel. C'est un couteau grossier, sans virole, dont la lame n'est même pas en acier et manque presque absolument de pointe et de tranchant. Nous avons essayé sur le cadavre de pénétrer dans la région carotidienne avec ce couteau, et, en frappant même avec force, nous n'avons pu y parvenir. Le coup a donc dû être porté avec une grande violence, et sur le vivant les conditions de pénétration sont tout autres que sur le cadavre.

L'hémorrhagie à laquelle a succombé le blessé a été considérable. D'après les renseignements qui nous ont été donnés, il a perdu une quantité de sang énorme dans les premières minutes qui ont suivi l'attentat. Il est facile de comprendre que l'hémorrhagie ait causé la mort : la plaie était située dans les plus mauvaises conditions pour que l'hémostase spontanée pût se produire. L'artère étant traversée de part en part, sans section complète, ses tuniques ne pouvaient se rétracter. De plus, la présence de la blessure juste au niveau du bouquet artériel collatéral, qui s'échappe de la carotide externe, augmentait encore les causes de l'hémorrhagie et rendait l'hémostase spontanée à peu près impossible.

L'indication urgente était de lier les deux bouts du vaisseau perforé dans la plaie, et, comme nous le faisait remarquer M. Poncet, en tenant compte du siège de la blessure, il eût également fallu lier dans la même plaie la faciale et la linguale. Lorsque le blessé fut apporté à l'Hôtel-Dieu, il était trop tard, aucune compression n'avait été exercée sur la carotide primitive correspondante, aucun secours intelligent n'avait été apporté à ce malheureux ; il succombait sous nos yeux, dans les dernières convulsions de l'agonie, trois quarts d'heure environ après la blessure.

HÉMOGLOBINURIE, PATHOGÉNIE ET TRAITEMENT.

Par M. le docteur A. Robin.

Une femme de cinquante-trois ans, présentant tous les signes d'un rétrécissement de l'œsophage avec dilatation de l'estomac, fut prise, dans le cours d'une pneumonie, d'un premier accès d'hémoglobinurie avec polyurie. Cet accès dura quarante-huit heures, puis disparut. La malade présenta des troubles gastro-intestinaux avec une intolérance gastrique absolue. Elle fut prise d'un nouvel accès d'hémoglobinurie avec albuminurie et anurie ; elle n'émettait plus que 50 grammes d'urine dans les vingt-quatre heures. Elle succomba rapidement avec des accidents d'urémie. On trouva à l'autopsie, outre le rétrécissement œsophagien et la dilatation gastrique, un rein atrophié et l'autre considérablement congestionné et atteint de néphrite interstitielle. M. Robin envoya à M. Renaut (de Lyon) une portion de ce rein. M. Renaut y trouva tous les caractères d'une néphrite interstitielle de nature scléreuse et un œdème aigu congestif, lésion récente. A ce point de vue, ce rein présentait tous les caractères anatomiques d'une néphrite scarlatineuse.

Il s'agissait donc d'une néphrite interstitielle latente, méconnue, n'ayant donné lieu d'ailleurs à aucun symptôme apparent, puis d'un œdème aigu ayant amené une insuffisance rénale aiguë avec coïncidence d'hémoglobinurie. C'est donc bien là une hémoglobinurie d'origine rénale. Ce rein a été, selon l'expression de M. Renaut, annulé par un coup d'œdème congestif. La congestion rénale a été bien évidemment la cause locale efficiente de l'hémoglobinurie. Pourquoi, dans ce cas, y a-t-il eu hémoglobinurie et non hématurie? Cette malade, par suite de son rétrécissement œsophagien, se trouvait dans des conditions de nutrition tout à fait défectueuse ; elle n'émettait que 9 grammes d'urée, et l'analyse des matériaux solides de l'urine révélait également cette nutrition tout à fait insuffisante. Or, c'est cette déchéance de la nutrition qui explique la production de l'hémoglobinurie.

M. Robin fait suivre cette observation des considérations générales suivantes sur l'hémoglobinurie :

On peut, dit-il, dès à présent, tenter de classer les diverses hémoglobinuries en deux classes :

1° Les hémoglobinuries vraies, qui réclament deux actes pathogéniques associés : l'un, d'ordre général et prédisposant, est caractérisé par tout trouble de la nutrition qui a pour résultante d'amoindrir la vitalité des hématies ; l'autre, d'ordre local et déterminant, est une poussée congestive du côté du rein.

Cette première classe peut, elle-même, se subdiviser en trois variétés :

A. L'hémoglobinurie paroxystique provoquée par le froid ou la marche. La modification nutritive antécédente est produite par la syphilis, l'impaludisme, l'uricémie, etc., ou par tout autre état pathologique influençant les échanges de façon à diminuer la résistance des globules rouges, soit directement, soit indirectement. L'acte déterminant, c'est la poussée congestive rénale. Qu'il soit direct ou réflexe, il a pour caractère essentiel d'être passager, et c'est précisément cette sorte d'instantanéité, suivie d'une prompte détente, qui cause et caractérise l'allure paroxystique de cette première variété d'hémoglobinurie.

B. Si l'acte rénal prend la forme d'un réel et durable mouvement congestif, l'hémoglobinurie ne sera plus paroxystique au sens propre du mot. Elle pourra durer plusieurs jours et ne constituer, dans la plupart des cas, que le premier acte de la congestion rénale aiguë primitive ; cette congestion rénale elle-même pourra parcourir rapidement ses divers stades ou dégénérer en une véritable néphrite d'origine congestive.

C. La troisième variété peut être représentée par l'observation que je viens de résumer, c'est-à-dire par l'accès d'hémoglobinurie, non paroxystique, survenant au cours d'une néphrite d'ancienne date et provoquée par une poussée congestive du côté du rein.

A ces trois variétés d'hémoglobinurie, on pourrait donner les dénominations suivantes :

Hémoglobinurie paroxystique simple ;
Hémoglobinurie prénéphrétique ou prébrightique ;
Hémoglobinurie postnéphrétique ou postbrightique.

2° Les hémoglobinuries de la seconde classe n'ont pas besoin, pour se produire, du concours de deux facteurs pathogéniques. La diminution de résistance des globules rouges entre seule en ligne de compte. L'acte rénal n'a nul besoin d'intervenir ; l'hémoglobine, dissoute dans le plasma sanguin, filtre à travers le glomérule ou les cellules à bâtonnets des tubuli contournés, en vertu de ses propriétés exosmotiques, et si les autopsies ont alors révélé des altérations rénales, elles étaient certainement secondaires, soit à l'élimination du poison destructeur des globules rouges, soit à l'irritation produite dans le rein par l'excrétion d'un produit anomal, tel que l'hémoglobine, pour le rein.

Toute cette seconde classe d'hémoglobinuries ressortit aux hémoglobinuries toxiques. Incontestablement, ici, il s'agit d'abord d'une hémoglobinémie. Certains poisons détruisent les globules rouges dans le sang lui-même ; c'est le cas de l'hydrogène arsénieux, du chlorate de potasse, du naphtol, de l'acide pyrogallique, de l'iode, de la glycérine, de certains champignons, etc. ; d'autres paraissent ne pas détruire complètement les globules rouges, mais seulement en séparer la matière colorante ; ainsi l'aniline dissocie l'hémoglobine du stroma, qui apparaît alors sous forme d'un anneau globulaire.

Les considérations que je viens d'exposer éclairent, je crois, d'un jour nouveau le traitement de l'hémoglobinurie.

Jusqu'à présent, aucune règle fixe ne paraît avoir présidé à cette thérapeutique. Sauf le traitement antisyphilitique, aucun des nombreux traitements ne s'est imposé; chacun d'eux compte à son actif autant d'insuccès que de réussites.

Il me semble que cette incertitude de la thérapeutique provient précisément des hésitations de la pathogénie. Ici, plus que partout ailleurs, une médication purement symptomatique n'a aucune raison d'être, et c'est la pathogénie seule qui doit faire les indications du traitement.

D'abord, il faudra déterminer la nature du processus d'ordre général qui, par l'intermédiaire d'un trouble de la nutrition, diminue la résistance des globules rouges du sang. La diversité de ces processus explique, jusqu'à un certain point, pourquoi les médications les plus variables ont réussi ou échoué, selon qu'elles s'adressaient ou non à l'indication pathogénique.

Voici, en effet, comment se décompose l'étiologie prédisposante de 40 cas d'hémoglobinurie, dans lesquels il y avait assez de renseignements pour que l'on pût avoir quelques données sur l'état général antécédent du malade.

Syphilis seule, 11 cas; syphilis et tuberculose pulmonaire, 1; impaludisme seul, 4; impaludisme et rhumatisme, 1; rhumatisme, 2; uricémie, 1; anémie très marquée, 1; anémie et hérédité, 1; alcoolisme, 1; rachitisme, 2; gangrène des extrémités, affection cardiaque, 1; maladie de Bright ou néphrites diverses, 7; affections du cœur, 4; artério-sclérose et affection cardiaque, 1; scarlatine et néphrite secondaire, 1; pleurésie, 1.

Quant à préciser la nature du trouble des échanges qui sert d'intermédiaire entre ces divers états et la diminution de résistance globulaire, la chose me paraît actuellement impossible.

Le médecin n'en devra pas moins faire une minutieuse enquête sur son malade afin de diriger, contre l'affection générale ou locale prédisposante, toutes les ressources de la thérapeutique.

Aux syphilitiques, on opposera le traitement spécifique; aux paludéens, les préparations de quinquina et le sulfate de quinine; aux anémiques, les toniques et les ferrugineux; aux uricémiques, les benzoates et les arsénieux, etc. En un mot, on traitera la maladie prédisposante, considérée en elle-même et dégagée de sa complication hémoglobinurique.

Mais nous savons que le concours d'un second facteur est indispensable pour produire l'hémoglobinurie. Ce facteur, c'est la congestion rénale. Il importe donc maintenant de rechercher les causes qui peuvent la produire, puis de soustraire le malade à toutes ces influences.

Dans quarante observations j'ai pu relever la cause déterminante :

Refroidissement, 25 cas; marches, fatigues, efforts, 10; marche et refroidissement, 1; excès vénériens, 1; traumatisme lombaire, 2; excès alcooliques, 1.

Par conséquent, le malade sera tenu au repos. On évitera sévèrement toute occasion de refroidissement; il sera vêtu de flanelle. Barlow avait proposé d'habituer peu à peu les sujets à l'action du froid, et il cite le cas d'une enfant qui retira un réel bénéfice de l'usage des bains froids. Ralfe recommande au contraire les bains de mer chauds ou les douches d'eau tiède qu'on refroidit progressivement. Je ne saurais adopter cette pratique, car il paraît réel, à la lecture de plusieurs observations où ce traitement a été adopté, que les douches et les bains ont plutôt aggravé la maladie.

On supprimera aussi les boissons alcooliques, et l'on engagera le malade à s'abstenir pendant un certain temps de tout acte vénérien.

Il importera aussi de surveiller de très près l'alimentation et de soumettre chaque malade à un régime qui variera suivant l'affection générale prédisposante qu'on aura dépistée. En tout état de cause, les aliments oxaliques (oseille, tomates, etc.), ceux qui renferment beaucoup de matières extractives (viandes marinées, charcuterie, etc.), ceux qui exercent une action spéciale sur le rein (asperges, épices, thé, café, bière) devront être interdits.

Pendant les paroxysmes, le séjour au lit et le régime lacté feront tous les frais de la médication.

Dans le cas d'hémoglobinurie provoquée par la marche que j'ai eu à traiter, l'application de ces principes m'a donné un résultat aussi satisfaisant qu'il est possible, puisque trois années se sont écoulées depuis la complète guérison du malade et que celui-ci n'a cessé de jouir d'une santé parfaite.

Cette sanction, en quelque sorte expérimentale, des vues pathogéniques que je viens d'exposer, est l'appoint le meilleur que l'on pouvait leur apporter; mais, si certaines qu'elles me paraissent, elles ne pourront défier toute objection que le jour où l'on connaîtra les troubles de nutrition qui modifient la vitalité des globules rouges et où une thérapeutique appropriée permettra de les combattre avec succès.

L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

DANS LE CAS DE CANCER DE L'UTÉRUS.

Par M. le docteur F. Terrier, chirurgien des hôpitaux.

Conclusions. — L'hystérectomie vaginale pour cancer est une opération sérieuse, puisqu'elle nous a donné 22 p. 100 de mortalité.

Elle paraît plus rationnelle que les amputations partielles de l'utérus, qui toutefois sont plus faciles au point de vue opératoire et probablement moins graves primitivement.

L'hystérectomie vaginale ne paraît pas être plus grave que l'hystérectomie complète, mais ses résultats paraissent aussi insuffisants que toute autre opération incomplète.

L'hystérectomie vaginale pour cancer est souvent suivie de récidive (70 p. 100) d'après nos observations, et cette récidive est le plus ordinairement rapide (de un mois et demi à plus de six mois).

Enfin, dans quelques cas (30 p. 100), on peut obtenir une véritable guérison du mal, la nature maligne de celui-ci ayant été constatée cliniquement et par l'examen anatomo-pathologique.

Les statistiques correspondantes d'ablations partielles avec examen anatomo-pathologique pourraient seules faire juger de la supériorité de l'une de ces méthodes sur l'autre. Or, ces statistiques restent à faire, quoi qu'on en ait dit. (*Rev. de chir.*)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 25 mai 1888. — Présidence de M. Siredey.

COMMUNICATIONS

Hémoglobinurie; pathogénie et traitement. — M. ROBIN fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 568.)

M. RENDU dit que le fait de M. Robin est très intéressant, car c'est le seul qui ait été suivi d'autopsie.

Mais à côté d'un fait il y a, dans la communication de M. Robin, une théorie sur laquelle il convient de faire des réserves. Si, en effet, deux facteurs sont nécessaires à la production de l'hémoglobinurie, à savoir, une congestion rénale et un trouble nutritif antérieur, comment comprendre que des états cachectiques graves, avec troubles profonds de la nutrition, ne soient pas suivis d'hémoglobinurie? Comment aussi expliquer ces hémoglobinuries *a frigore* survenant brusquement chez des sujets en pleine santé?

M. MILLARD fait observer que c'est précisément le cas de la malade dont il a parlé, une femme de trente ans, vraiment superbe et d'une santé merveilleuse. C'était aussi le cas du confrère cité par M. Hayem et celui encore du coiffeur de M. Bucquoy, qui n'avait qu'à aller de la rue Taitbout au boulevard des Italiens par un temps froid pour avoir un accès d'hémoglobinurie.

M. ROBIN répond que l'objection de MM. Rendu et Millard est incontestablement la plus sérieuse que l'on puisse faire à sa

théorie. Aussi bien n'a-t-il donné cette théorie que comme une hypothèse appuyée sur des faits. Du reste, l'apparence la plus complète de bonne santé peut dissimuler un trouble nutritif réel. Ainsi en était-il chez le jeune collégien dont il a rapporté l'observation. L'examen clinique seul n'aurait pu faire soupçonner l'exagération considérable de la désintégration organique que révéla seul l'examen urologique. Qui sait s'il n'en était pas de même chez la malade de M. Millard et dans les cas de MM. Hayem et Bucquoy.

M. BALLET dit qu'on peut diviser en trois groupes les auteurs qui se sont occupés de l'hémoglobinurie : les uns admettant, avec M. Lépine, que l'hémoglobinurie est la conséquence de l'hémoglobinémie; d'autres ne reconnaissant, avec M. Hayem, que l'origine rénale de l'hémoglobinurie; d'autres enfin, plus éclectiques, admettant, avec M. Robin, les deux variétés, l'hémoglobinurie d'origine hémoglobinémique et l'hémoglobinurie d'origine rénale.

M. Ballet a récemment observé, chez un enfant de onze ans, l'apparition d'un accès d'hémoglobinurie dans le cours d'un ictère grave.

Cet enfant fut pris un jour d'un certain malaise; le lendemain, il présentait de l'ictère et tombait dans un abattement profond; la nuit suivante, il rendait des urines rouges. On examina ces urines et l'on reconnut qu'il s'agissait d'une hémoglobinurie. Était-elle d'origine rénale ou consécutive à une hémoglobinémie? M. Ballet admet cette dernière origine et croit que l'hémoglobinurie, dans ce cas, était le résultat d'une toxémie déterminée par l'ictère grave, dont était atteint cet enfant qui fut emporté en deux jours. Ce fait vient donc à l'appui de l'origine hémoglobinémique de l'hémoglobinurie.

M. ROBIN fait observer que ce fait est très intéressant; il n'a jamais vu jusqu'ici d'accès d'hémoglobinurie survenant dans le cours d'un ictère grave.

M. SIREDEY demande à M. Ballet quel était l'état antérieur de cet enfant.

M. BALLET répond que cet enfant avait eu une première atteinte d'ictère, à la suite de laquelle il avait conservé un certain degré d'hypertrophie du foie. Toutefois il était resté bien portant. Le mercredi, il eut un peu de constipation qui l'obligea à prendre une purgation; il retourna en classe jusqu'au samedi, jour où apparut l'ictère; le samedi soir, il était prostré; dans la nuit, apparut l'hémoglobinurie et il succombait en deux jours.

Traitement de la céphalée hystérique par la compression. — **M. FÉRÉ** présente un appareil destiné à exercer une compression sur la tête dans les cas de céphalée chez les hystériques et aussi chez les épileptiques. On sait que la compression est un moyen très souvent efficace de calmer les douleurs apparaissant chez les hystériques ou les épileptiques. M. Féré, pour exercer cette compression, se sert d'une calotte à double paroi dans laquelle se trouve du plomb de chasse. En plaçant cette calotte sur la tête pendant un quart d'heure à vingt minutes, il est arrivé à calmer les céphalées si fréquentes chez les hystériques et les épileptiques.

Périostite varioleuse. — **M. BARIÉ** communique quatre observations de périostite varioleuse. Il a fait de nombreuses recherches bibliographiques sur ce sujet et n'en a trouvé aucune description précise. C'est pour combler cette lacune qu'il a réuni les quatre observations suivantes qui lui sont personnelles. Dans le premier cas, observé pendant la guerre de 1870, à l'ambulance de Grenelle dirigée par M. Brouardel, il s'agit d'un jeune soldat qui, au trentième jour d'une variole, fut pris de périostite du tibia gauche qui se termina en deux semaines par résolution. Dans le second, il s'agit d'une jeune fille qu'il vit à l'hôpital Saint-Antoine en 1874. Cinq semaines après une variole, cette jeune fille entra à l'hôpital pour une périostite de la jambe gauche; elle eut une légère rechute et guérit sans qu'il y eût d'abcès. Le troisième fait a trait à une femme qui, cinq semaines également après une variole, eut une périostite du radius gauche qui se termina assez rapidement par résolution et fut suivie d'une nouvelle poussée sur le tibia gauche. Enfin la quatrième observatino est celle d'une femme qui eut, six semaines après la variole, une périostite de l'humérus gauche, laquelle se termina aussi par résolution.

Résumant les diverses particularités qu'il a relevées chez ces quatre malades, M. Barié fait une description générale de la périostite varioleuse. Cette complication, dit-il, apparaît dans la convalescence de la variole entre la cinquième et la sixième semaine après l'évolution de l'exanthème. Le début est lent, la progression croissante. Elle se caractérise par une douleur vive, bien localisée, avec un léger gonflement, un certain degré d'empâtement, jamais de fluctuation. La peau, à ce niveau, ne présente ni rougeur ni chaleur. Cette périostite se développe sur les os longs, au niveau de la diaphyse ou à l'union de celle-ci avec l'épiphyse; elle paraît atteindre de préférence le côté gauche et apparaître plus particulièrement chez des femmes. Elle n'entraîne aucun retentissement fâcheux sur l'état général. Chez un seul malade la température est montée à 38 degrés. Chez les autres, l'apyrexie a été la règle. Il y a parfois une rechute ou une extension à d'autres parties du squelette. Dans un cas, elle a été suivie de périostose. Sa durée varie de quinze à trente ou quarante jours. Le diagnostic en est facile; l'étiologie obscure. La marche est la même que pour la périostite rhumatismale. La terminaison se fait toujours par résolution. Le traitement, très simple, consiste dans le repos et les cataplasmes laudanisés.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 24 mai 1888, ont été nommés dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. les médecins auxiliaires de deuxième classe, docteurs en médecine, Beaurac et Rouch.

— Par arrêté ministériel, en date du 25 mai 1888 :

M. le docteur Verneau, préparateur au Muséum, est nommé officier de l'Instruction publique.

MM. Chancre, chef des bureaux de l'Académie de médecine, et Thominot, préparateur au Muséum, sont nommés officiers d'Académie.

— *École de médecine de Clermont-Ferrand.* — M. le docteur Fouriaux, suppléant des chaires de médecine, est nommé professeur de pathologie interne, en remplacement de M. Bourgade de la Dardye, décédé.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La chirurgie journalière. Leçons de clinique chirurgicale, par Armand Desprès, chirurgien de l'hôpital de la Charité. 3e édition, 1888, 1 vol. gr. in-8° de 85 pages, avec 46 fig. intercalées dans le texte. — Prix : 12 fr.— Paris, J.-B. Baillière et fils.

Scènes de la vie médicale, par Jules Cyr, médecin-inspecteur adjoint, à Vichy, 1888, 1 vol. in-16 de 300 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 62. — JEUDI 31 MAI 1888. 61e ANNÉE. JEUDI 31 MAI 1888. — N° 62.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie, après avoir procédé à l'élection de M. Magitot dans la section des associés libres, a entendu plusieurs communications intéressantes. C'est d'abord une lecture de M. Saboya (de Rio-de-Janeiro), récemment élu membre correspondant, sur l'extirpation totale de l'utérus et de ses annexes. Dans la partie bibliographique de ce travail, M. Saboya nous semble avoir un peu trop négligé les chirurgiens français. On en trouvera les conclusions au compte rendu.

M. Cornil a fait ensuite l'analyse d'un important travail de M. Doyen (de Reims), sur la fièvre puerpérale, l'érysipèle et le streptococcus pyogènes. De l'étude expérimentale et clinique comparative des trois organismes de ces affections, il ressort, d'après M. Doyen, que c'est le même streptococcus qui les produit, ce qui a fait dire spirituellement à M. Peter que c'était un streptococcus à tout faire. Ainsi que l'a fait justement observer M. Cornil, la clinique n'a pas attendu la bactériologie pour faire connaître les rapports de l'érysipèle et de l'infection puerpérale. Toutefois, ces recherches bactériologiques, quoique encore bien hésitantes, tendent à expliquer, dans une certaine mesure, des faits que l'on s'était, jusqu'ici, contenté d'enregistrer. Ces rapports d'origine entre l'érysipèle et l'infection puerpérale se trouvent encore confirmés dans un travail de M. Widal sur l'identité des différentes formes d'infection puerpérale, dont M. Cornil a également fait l'analyse.

L'Académie a écouté avec un vif intérêt une communication de M. Leloir sur la lèpre, que nous donnons plus loin *in extenso*.

Enfin, M. Delorme (du Val-de-Grâce) a fortement captivé l'attention des trop rares membres restés à la fin de la séance, par la lecture d'un travail, avec pièces à l'appui, sur les lésions produites par la balle du fusil Lebel. Il résulte des expériences de M. Delorme, que cette balle a bien injustement été appelée humanitaire.

HOPITAL DU MIDI. — M. Charles Mauriac.

Syphilis tertiaire du poumon (1).

V

Quand on a étudié attentivement dans tous leurs détails les faits les plus authentiques de pneumosyphilose, quand on les a comparés sous toutes leurs faces, on arrive à conclure qu'il existe un trop grand nombre de variétés et de formes pour qu'on parvienne à constituer des groupes, dont les modalités symptomatiques soient nettement délimitées et toujours identiques à elles-mêmes. La syphilose du poumon est essentiellement protéiforme et c'est ce qui fait qu'elle échappe si facilement à l'observation ou qu'elle est méconnue.

Dans quelques cas, et ce sont les plus nombreux, elle restera apyrétique, latente, jusqu'aux phases ultimes du processus; dans d'autres, au contraire, elle prendra les allures d'une inflammation aiguë ou subaiguë des bronches et des poumons. Après avoir évolué à froid, elle deviendra phlegmasique ou bien, après avoir été phlegmasique, elle tombera dans la torpeur des affections les plus chroniques. A certains moments, elle prendra le dessus sur toutes les autres déterminations spécifiques qui coexistent avec elle, ou bien elle se dérobera pour ainsi dire et les laissera au premier plan. L'analyse des phénomènes physiques fournis par la percussion et l'auscultation nous fournit sans doute quelques données importantes sur les formes et les variétés anatomiques, mais ces différences dans les lésions n'impliquent pas une autonomie clinique réelle. Le particularisme est la règle et empêche de créer des catégories nettement tranchées.

Ce qui contribue encore à individualiser ces cas, c'est le hasard des coïncidences spécifiques sur d'autres viscères. Leurs symptômes se combinent avec ceux des pneumosyphiloses et arrivent à créer, non plus des formes et des variétés de pneumopathies spécifiques, mais des *types de tertiarisme viscéral*. Dans mon étude sur les néphrosyphiloses, j'ai montré que la plus étroite affinité existait entre les affections tertiaires du rein, du foie et de la rate, de telle sorte qu'il en résultait une espèce de trilogie spécifique presque inévitable, avec cachexie ultime et dégénérescence amyloïde de l'intestin. Des associations à peu près semblables, sans être aussi fréquentes, se montrent quelquefois

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 499.

dans la pneumosyphilose. Parmi elles vient en première ligne celle qui englobe dans le même processus le larynx, la trachée et les bronches; c'est le type complet de la *syphilose respiratoire*, qui est l'analogue de la syphilose abdominale. Dans quelques observations, on voit que toutes les parties constituantes de l'appareil de la respiration sont prises simultanément ou successivement, depuis l'épiglotte jusqu'à la plèvre costale, y compris les ganglions. En pareil cas, les troubles laryngo-trachéaux priment presque toujours, comme date et comme importance, les troubles pulmonaires.

Il est à remarquer que, dans les syphiloses pulmonaires les plus graves, avec néoplasie scléro-gommeuse diffuse, la gêne de la circulation dans l'artère pulmonaire ne devient jamais assez considérable pour déterminer l'hypertrophie et la dilatation du ventricule droit, comme dans la sclérose ordinaire (Jullien). Sans doute l'asystolie peut se produire, mais aux phases ultimes seulement et par faiblesse cachectique du muscle cardiaque, plutôt que par entrave de la circulation dans le poumon. Il n'existe donc pas, dans la syphilose thoracique, de type bien tranché *cardio-pulmonaire*.

Une des syphiloses avec lesquelles s'associe fréquemment celle du poumon, c'est la syphilose du foie. Est-ce une simple affaire de hasard? Y a-t-il dans ce fait une raison anatomo-physiologique? Nous ne la voyons pas bien nettement. Toujours est-il que le type de syphilose viscérale *thoraco-abdominal* existe. Il mérite d'être signalé, mais il ne faudrait cependant pas lui accorder une importance exagérée.

Nous en dirons autant, et avec plus de raison encore, de l'association des pneumosyphiloses avec les cérébropathies spécifiques. Là, c'est une coïncidence trop fortuite pour qu'on en fasse un type. On ne peut pas même invoquer le voisinage pour l'expliquer, comme on aurait quelque raison de le faire, à la rigueur, pour le poumon droit et pour le foie. Aucun rapport anatomique, aucune solidarité fonctionnelle n'expliquent la coexistence de ces deux déterminations. Si je la mentionne, c'est qu'elle est l'analogue de la phthisie pulmonaire compliquée de méningite granuleuse et de tubercules encéphaliques.

Parmi les complications les plus communes sont celles qui s'effectuent du côté de la plèvre. Mais les pleurésies sèches, les hyperplasies scléro-gommeuses de la séreuse costo-pulmonaire et diaphragmatique ne font-elles pas partie du processus? Il n'y a réellement complication que lorsqu'il se forme un épanchement considérable, ce qui arrive très rarement.

Il n'est pas douteux que certaines syphiloses pulmonaires très circonscrites évoluent avec une telle lenteur et irradient autour d'elles si peu de jetées fibro-caséeuses inflammatoires, que l'organisme n'en éprouve aucun trouble et que l'affection pulmonaire ne donne lieu qu'à des signes locaux à peine perceptibles pendant la vie. Les autopsies exposent alors à des surprises. C'est ainsi que MM. Ranvier et Cornil eurent l'occasion, dans une épidémie de choléra, de rencontrer plusieurs fois des gommes dans les poumons d'individus syphilitiques qui n'avaient jamais eu d'accidents pulmonaires.

Par contre, d'autres pneumosyphiloses débutent et évoluent presque comme une phlegmasie aiguë broncho-pulmonaire et conservent longtemps cette allure aiguë, soit d'une façon continue, soit sous forme de paroxysmes. On dirait que de temps en temps il se fait de nouvelles poussées syphilomateuses, ou que les anciennes, un moment assoupies, se réveillent et poursuivent leur processus interrompu.

Au début, les altérations restent latentes, puis elles se décèlent par des troubles fonctionnels. Dès lors les modifications du parenchyme pulmonaire peuvent être plus ou moins nettement révélées à l'aide de la percussion et de la palpation. Plus tard, à une époque indéterminée et qu'il est difficile de définir, surviennent les troubles de la nutrition et la cachexie terminale. En général, l'évolution des pneumosyphiloses est plus longue que celle de la phthisie commune. Cependant il n'en est pas toujours ainsi.

« Quand il s'agit de la pneumonie diffuse ou interstitielle, dit avec raison M. Landrieux, de cette forme *fibro-caséeuse* qui n'est qu'une variété d'expression de la pneumonie chronique, dès l'origine apparaissent des phénomènes généraux qui se traduisent le plus souvent par une fièvre quotidienne intermittente, avec exaspérations vespérines, par une température fébrile, enfin par tout ce qui traduit une perturbation exagérée (amaigrissement rapide, dénutrition, augmentation de l'urée). De plus, les phénomènes physiques qui, au début, sont ceux d'une simple congestion ou du catarrhe bronchique, revêtent assez rapidement une autre allure; la percussion fournit une matité qui, d'abord incomplète, devient bientôt absolue; les râles du début disparaissent, puis on ne perçoit plus que les signes d'une induration pulmonaire, c'est-à-dire toutes les variétés du souffle et de la voix tubaires » (*Pneumopathie syph.*, p. 58).

A l'époque très variable où s'opère la transformation caséeuse des néoplasies gommeuses, interstitielles, intra-alvéolaires, ganglionnaires, etc., le processus général s'accentue plus ou moins rapidement dans le sens de la cachexie, et l'on observe des phénomènes qui rappellent complètement ceux de la phthisie tuberculeuse arrivée à la troisième période.

Les associations spécifiques et les complications viennent souvent troubler l'évolution naturelle des pneumosyphiloses et en altérer la physionomie. Souvent ce sont les troubles laryngés qui attirent les premiers l'attention et qui prédominent toujours plus tard.

Si l'affection syphilitique du poumon était abandonnée à elle-même, il est peu probable qu'elle guérît spontanément, tandis qu'elle s'amende très vite, et souvent avec une prodigieuse rapidité, dès qu'on la traite par l'iodure de potassium et par le mercure. Il y a des cas qui se montrent très dociles à l'action des spécifiques; d'autres, au contraire, y sont réfractaires, sans qu'on sache trop pourquoi. Ni la cachexie ni la désorganisation plus ou moins avancée du parenchyme pulmonaire ne sont la cause unique de cette différence dans les résultats de notre intervention thérapeutique.

On a pu ressusciter des malades atteints de pneumosyphilose arrivée au dernier terme du phagédénisme pulmonaire et du marasme qui en est la conséquence. D'autres, moins profondément atteints, succombent malgré le traitement. Ce sont d'ordinaire ceux qui ont, en même temps que la pneumosyphilose, des cirrhoses spécifiques du foie et des reins ou des cérébropathies. Le poumon est parmi les viscères celui qu'influencent le plus favorablement et le plus vite les deux spécifiques.

Dans le tableau synoptique que M. le docteur Carlier a mis à la fin de sa thèse fort remarquable sur la syphilis

pulmonaire, il y a 62 cas où la terminaison est notée : 38 fois il y a eu mort et 24 fois guérison. Sur les 38 cas qui se sont terminés par la mort, il n'y en a eu que 14 de pneumosyphilose isolée et sans autre coïncidence spécifique. Dans 11 cas il y avait une affection du foie, dans 4 du larynx, dans 1 du cerveau, dans 2 du cœur et dans 2 ou 3 des reins. Plusieurs fois les reins et le foie étaient atteints en même temps que le poumon. C'est sans doute à la multiplicité des déterminations viscérales spécifiques qu'on doit attribuer, en grande partie, la terminaison funeste. Et ce qui le prouve bien, c'est que, dans les 24 cas qui se sont terminés par la guérison, la pneumosyphilose était 20 fois seule et exempte de toute coïncidence ou association spécifique. Dans 2 cas il existait des troubles cérébraux et, dans 2, des lésions osseuses dont une avec phagédénisme énorme du pied.

DE LA LÈPRE.

Par M. le docteur H. LELOIR.

Je commencerai par féliciter M. Le Roy de Méricourt de son remarquable rapport et par le remercier de la façon réellement trop élogieuse dont il a parlé de mon *Traité de la lèpre*. Qu'il me permette cependant de lui demander sur quoi M. le docteur Van Leent (dont il nous cite l'opinion à la page 650 du *Bulletin de l'Académie*, séance du 15 mai 1887), s'appuie pour ne pas vouloir faire de la lèpre une névrite bacillaire. Quand M. Van Leent dit lèpre il doit, je pense, dans ce cas avoir en vue la lèpre systématisée nerveuse (lèpre dite anesthésique), car je ne vois pas bien ce que la lèpre systématisée tégumentaire (lèpre dite tuberculeuse) viendrait faire en cette affaire.

Je dois, tout d'abord, faire observer que l'honneur d'avoir le premier décrit des bacilles lépreux dans les nerfs de la lèpre systématisée nerveuse appartient non pas à Arning, mais à M. le professeur Cornil. Il y a longtemps que Virchow, au point de vue anatomique, et M. le professeur Charcot au point de vue clinique avaient fait prévoir que la lèpre anesthésique (lèpre systématisée nerveuse) a pour substratum une altération du système nerveux périphérique.

Je crois avoir démontré il y a sept ans (par conséquent longtemps avant le docteur Eisenlohr) et redémontré depuis dans mon *Traité de la lèpre*, page 151, que la lèpre systématisée nerveuse (lèpre dite anesthésique) n'est autre chose dans l'immense majorité des cas qu'une polynévrite bacillaire spécifique des nerfs périphériques. Cette opinion se trouve actuellement adoptée par tous ceux qui ont étudié la lèpre d'une façon précise au point de vue anatomo-pathologique, par MM. Cornil, Unna, Lang, Neisser, etc., etc., et par le docteur Eisenlohr. Il serait donc désirable que le docteur Van Leent nous fasse savoir sur quels faits cliniques et anatomo-pathologiques il s'appuie pour ne pas vouloir faire de la lèpre une névrite bacillaire.

J'avais eu l'intention de prendre longuement la parole dans cette discussion qui m'intéresse de près.

Mais, tout bien réfléchi, je préfère ne pas faire de longue lecture; car je ne saurais que me répéter. Que pourrais-je en effet ajouter à ce que j'ai déjà dit en 1886, sur la contagiosité de cette maladie?

Je crois avoir suffisamment prouvé : 1° que l'hérédité ne pouvant à elle seule expliquer la propagation de la lèpre, on devait rattacher une grande partie des cas de lèpre observés à une origine extérieure et acquise; 2° que les nombreuses causes hygiéniques et autres (mauvaise hygiène, mauvaise nourriture, mauvais habitat) mises en avant par les médecins anti-contagionnistes pour expliquer l'origine de la lèpre non héréditaire, de la lèpre acquise, ne sauraient être invoquées sérieusement un seul instant comme pouvant amener la génération spontanée de la lèpre (elles peuvent simplement favoriser la propagation du mal lorsque la lèpre existe déjà dans le pays); 3° que l'étude géographique et historique de la lèpre montre que : A. La lèpre a eu un foyer primitif, peut-être deux, d'où elle s'est répandue dans l'univers. — B. La lèpre ne s'est jamais montrée dans un pays sans y avoir été apportée par des hommes malades de la lèpre. Elle a toujours suivi les grands courants humains, militaires et commerciaux. — C. Chaque fois qu'une nation souillée par la lèpre a été mise en contact avec un peuple vierge jusque-là de lèpre, ce peuple a été infecté, à quelque race qu'il appartînt. Et réciproquement, chaque fois qu'un peuple a évité le contact avec la nation envahissante ou immigrante infectée, il a échappé à la lèpre. — D. L'influence du climat, du sol, etc., etc., n'exerce aucune action sur la production de la lèpre (je ne dis pas sur sa propagation). — E. Dans nombre de cas, l'envahissement d'un pays par la lèpre a été tellement rapide que l'hérédité seule est impuissante à expliquer une pareille multiplication. — F. La propagation et le développement de la lèpre semblent avoir été en raison inverse des mesures d'isolement prises par les peuples infectés. La maladie a disparu le plus vite des pays où les mesures d'isolement les plus rigoureuses ont été prises.

Les faits précédents suffiraient à eux seuls pour porter à croire que la lèpre fut et est encore une maladie contagieuse.

La mauvaise hygiène ne pouvant créer la lèpre, la lèpre n'étant pas une maladie tellurique, il est de toute évidence que les foyers lépreux ne produisent la lèpre que parce qu'ils renferment des lépreux. Or l'hérédité étant insuffisante pour expliquer l'apparition d'un grand nombre de cas observés, force nous est d'admettre que les cas où l'hérédité ne peut être invoquée sont le résultat de la contamination directe ou indirecte, immédiate ou secondaire.

Mais, bien plus, l'étude des épidémies modernes de lèpre (îles Sandwich, cap Breton, Louisiane, etc.); enfin et surtout les cas où des individus habitant des pays non lépreux, n'ayant jamais habité des pays infectés par la lèpre, sujets nés d'ailleurs de parents sains, ont été contaminés après avoir eu des rapports avec des malades revenus des colonies atteints de lèpre (cas publiés par les docteurs Hautrey Benson, Edmunson Atkinson, Munro; que l'on trouvera relatés en détail aux pages 307 à 310 de mon livre), constituent des exemples absolument démonstratifs de la nature contagieuse du mal.

Quant aux objections que l'on a cru faire à la doctrine contagionniste en disant que : les médecins des pays lépreux ne croient pas à la contagion; la lèpre n'a été jusqu'ici inoculée ni à l'homme, ni aux animaux; des sujets sains peuvent cohabiter pendant de longues années avec des sujets lépreux, sans devenir pour cela lépreux eux-mêmes; les lépreux qui habitent dans les pays non lépreux, ne transmettent jamais la lèpre autour d'eux;.. je crois y avoir répondu suffisamment aux pages 235, 298 à 306 de mon Traité pour ne pas y revenir ici.

De tout ce qui précède — et je suis prêt à défendre successivement, avec preuves à l'appui, les diverses propositions que j'ai émises, et qui résultent des nombreux faits et documents que j'ai accumulés dans mon *Traité de la lèpre* — je crois être en droit de conclure que : bien que jusqu'ici l'inoculabilité de la lèpre ne soit pas encore démontrée, on ne peut expliquer la multiplication et la propagation de cette maladie, autrement que par la contagion et en partie par l'hérédité.

La contagion a peut-être pour origine la contamination directe ou indirecte du sujet sain par le virus des lépreux. Il se pourrait aussi, comme je l'ai fait observer en 1886, que les lépreux en disséminant leur virus (bacilles et spores) dans le sol, les eaux, infectent une région pour un temps plus ou moins long. C'est de cette façon que, bien que seule la lèpre reproduise la lèpre, s'expliqueraient en partie les influences climatériques auxquelles M. Hardy fait jouer un si grand rôle. C'est de cette façon aussi (et en outre en tenant compte de la bonne hygiène), que l'on pourrait interpréter, en partie tout au moins, la difficulté qu'éprouve la lèpre à prendre dans certaines régions. Il y

aurait peut-être ici quelque chose d'analogue à ce qui se passe pour la fièvre typhoïde, le choléra, le charbon, comme l'ont montré pour cette dernière affection les magnifiques expériences de notre grand Pasteur.

La lèpre est donc une maladie contagieuse. Comme je l'ai dit en 1886: « La lèpre vient de l'homme et retourne à l'homme. La lèpre est un produit de l'homme; l'homme transporte la lèpre avec lui. »

Reste à savoir si la lèpre est contagieuse *d'emblée* d'individu à individu, en un mot si le bacille de la lèpre (car il est difficile, il me semble, de nier l'origine parasitaire de cette affection) peut transmettre directement la maladie à l'homme; ou si au contraire il ne la transmet que *secondairement*, c'est-à-dire sous une forme de fructification qui nous est inconnue et qui se développe probablement en dehors de l'homme. Développé chez l'homme, après avoir quitté celui-ci, il lui faudrait un stade de développement intermédiaire, dans un milieu que nous ignorons, pour redevenir contagieux et inoculable.

On pourrait aussi se demander si le virus lépreux est inoculable à toutes les périodes de l'évolution de la lèpre ou s'il ne l'est qu'à certaines périodes, comme cela paraît être pour le virus syphilitique, par exemple.

Quoi qu'il en soit, qu'elle soit contagieuse d'emblée ou secondairement, la lèpre est une maladie contagieuse, faiblement je le veux bien, mais contagieuse.

La contamination secondaire expliquerait peut-être les résultats négatifs obtenus jusqu'ici en inoculant la lèpre à l'homme (Danielssen, Profeta, etc.) et aux animaux (Neisser, Damsch, Ortmann, Leloir, Unna, Campana, etc.). Je n'ai pas besoin d'insister sur l'importance pratique de cette hypothèse, si des recherches ultérieures venaient en démontrer le bien fondé. Les craintes de l'inoculation vaccinale de la lèpre disparaîtraient en partie, et peut-être M. Le Roy de Méricourt lui-même deviendrait-il aussi constagionniste... secondaire.

Mais jusqu'à ce que cette hypothèse ait été confirmée par l'expérience, il faut nous conduire comme si le mal était contagieux d'emblée et secondairement. C'est ce qu'ont fait avec le plus grand profit pour l'hygiène publique les nations soucieuses de la santé de leurs habitants et en particulier la Norwège.

Les résultats obtenus par ces mesures prophylactiques, résultats que j'ai longuement exposés dans mon Traité, suffiraient à eux seuls pour démontrer la nature contagieuse du mal.

D'ailleurs, maintenant, la plupart des médecins qui se sont occupés de la lèpre, en pays lépreux, sont contagionnistes.

Quelques-uns d'entre eux, considérés comme anti-contagionnistes par M. C. Paul, dans la dernière discussion sur la lèpre à l'Académie (1885), s'ils l'ont jamais été, ce qui me paraît douteux d'après les conversations que j'ai eues avec eux à la même époque, — je veux parler entre autres du docteur Kaurin de Molde, — le sont depuis 1887, comme le prouve un cas de contagion de la lèpre que m'a communiqué le docteur Kaurin de Molde, cas publié dans les *Annales de dermatologie*.

Enfin, depuis 1887, nous voyons également les médecins de la marine française commencer à se rattacher à la doctrine contagionniste, je n'en veux pour preuve que l'excellente thèse du docteur P.-L. Simond: *La lèpre et ses modes de propagation à la Guyane française*, Bordeaux 1887. Il est difficile, après la lecture de ce remarquable travail, de ne pas être convaincu de l'origine contagieuse de la lèpre dans les Guyanes. Pour cet auteur, ex-directeur de la léproserie de la Guyane, la contagion est la seule cause de propagation du mal. Que dis-je? M. Le Roy de Méricourt n'est-il pas aussi contagionniste, lui qui admet la contagion sexuelle, une des formes de la contamination directe?

Mais ne serait-ce pas insister trop longuement sur cette démonstration de la contagion de la lèpre dans cette enceinte, quand celle-ci retentit encore de l'admirable rapport sur cette maladie que M. le docteur Besnier y a lu en 1887?

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 mai 1888. — Présidence de M. Hérard.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. Combalat, qui se porte candidat à la place vacante dans la classe des membres correspondants (section de chirurgie);

2° Une lettre de M. Romanowski, relativement à l'ozone.

PRÉSENTATIONS

Méco-narcéine. — M. LABORDE présente, d'une part, la narcéine pure, cristallisée, et, d'autre part, un produit duquel ont été extraits la morphine, la codéine et les alcaloïdes convulsivants de l'opium, et qui confère à la narcéine une solubilité que n'a pas le produit pur. C'est là la méco-narcéine qui n'est point, comme l'a dit M. Constantin Paul, un simple produit de laboratoire, mais le meilleur narcotique. M. Laborde ajoute que la teneur en narcéine est de 1 gramme par kilogramme d'opium.

M. CONSTANTIN PAUL dit que la quantité de narcéine contenue dans 1 kilogramme d'opium varie de 5 à 25 centigrammes.

La méco-narcéine est associée à des alcaloïdes qui ne sont pas suffisamment étudiés; son emploi doit, par conséquent, être réservé.

Le vin d'orge. — M. CHATIN présente, au nom de M. Jacquemin (de Nancy), un mémoire sur le vin d'orge obtenu par l'auteur en faisant fermenter le malt par le saccharomycès, ferment du vin. Ce dernier est obtenu par sélection, pur de toute trace de ferment de bière (mycoderma cerevisiæ).

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'un membre associé libre.

Le nombre des votants étant 92, majorité 47;

Au premier tour de scrutin, M. Magitot obtient 47 suffrages, M. Lereboullet 30, M. E. Rivière 10, M. Blache 3, et M. Galezowski 1. Un bulletin blanc.

En conséquence, M. Magitot est proclamé élu.

LECTURES

Hystérectomie. — M. SABOYA (de Rio-de-Janeiro) lit un travail sur l'extirpation totale de l'utérus et de ses annexes. En voici les conclusions :

L'extirpation totale de l'utérus est justifiable : 1° dans certains cas de myo-fibromes, d'inversion irréductible et de cancer; 2° elle est préférable à l'amputation partielle ou cunéiforme dans les cas de cancer ayant envahi les parois internes du canal cervical ou commencé par elles, et, par contre, l'amputation partielle doit être employée de préférence pour les cas de cancer de la portion vaginale du corps, parce que la récidive aura lieu après l'une ou l'autre de ces opérations, mais la femme est exposée à moins de dangers avec l'amputation partielle; 3° l'extirpation par le vagin est préférable à celle par l'abdomen; 4° l'extirpation doit comprendre les annexes de l'utérus, afin de diminuer les chances de récidive et empêcher les troubles produits par les règles sur le processus de réparation; 5° le mouvement de bascule fait d'arrière en avant pour tirer, au cours de l'opération, le corps de l'utérus au dehors, rend le dégagement de l'organe plus facile qu'en le basculant d'avant en arrière; 6° la suture de la plaie est inutile et peut être dangereuse; 7° la ligature des vaisseaux est moins gênante pour la femme que les pinces laissées à demeure; 8° les tubes à drainage ne présentent pas des avantages bien remarquables.

Fièvre puerpérale et érysipèle. — M. CORNIL fait un rapport sur une communication de M. Doyen (de Reims), relative à la fièvre puerpérale et à l'érysipèle.

De cette étude expérimentale et clinique comparative des trois

organismes de l'érysipèle, de la fièvre puerpérale et des streptococcus pyogènes, M. Doyen conclut :

1° Que le streptococcus pyogène évolue souvent avec une lymphangite et une rougeur érysipélateuse des plus évidentes.

2° Que le streptocoque puerpéral peut occasionner soit la péritonite puerpérale, soit diverses formes d'infection plus bénignes, phlegmons, pleurésie purulente, etc., et même de véritables érysipèles bien caractérisés.

3° Que le streptococcus erysipelates est l'origine de l'érysipèle franc, mais qu'il peut être le point de départ de phlegmons et de péritonite purulente.

4° D'après les résultats de l'expérimentation, ces trois organismes causent toujours un petit abcès et presque toujours l'érysipèle du lapin, toutefois avec une virulence variable, en rapport avec leur provenance.

On serait donc porté à confondre ces trois streptococcus, que d'ailleurs il est impossible de distinguer par l'examen microscopique, non plus que par leurs cultures.

M. Doyen s'est posé ensuite cette question : d'où vient le parasite de la fièvre puerpérale? est-il dans le vagin? est-il apporté par l'air ou par la contagion directe, s'exerçant par la main ou les instruments de l'accoucheur, par le linge, etc.?

L'examen du mucus vaginal, avant et après l'accouchement, chez les femmes saines, montre souvent le staphylococcus aureus et toujours des bactéries saprogènes, surtout lorsqu'on a affaire à des lochies fétides, mais jamais le streptococcus. Au contraire, toutes les femmes atteintes d'accidents puerpéraux avaient le streptococcus dans le vagin.

D'après l'observation de M. Doyen, le streptococcus serait exceptionnel dans le vagin à l'état normal et serait la seule cause de l'infection puerpérale, par l'intermédiaire de la plaie utérine. Il ne viendrait pas dans le vagin par l'air; par contre, la transmission par le toucher est surabondamment prouvée.

En résumé, l'infection puerpérale et l'érysipèle peuvent être engendrés l'une par l'autre. La clinique n'avait pas attendu la bactériologie pour donner cet enseignement, et démontrer que la fièvre puerpérale est due à l'invasion des streptococci.

Tout en souscrivant à cette manière de voir, M. Cornil fait observer que M. Doléris a décrit aussi des bâtonnets dans la fièvre puerpérale, que MM. Fraenkel, Passet ont fait jouer un rôle aux bactéries saprogènes, que M. Arloing a isolé également des bâtonnets. Aussi M. Cornil hésiterait-il à dire que les accidents puerpéraux ne peuvent pas être causés par une autre bactérie que le streptococcus.

M. CORNIL lit, en outre, une note sur l'identité des différentes formes de l'infection puerpérale par M. Widal. Des faits expérimentaux qu'il mentionne, M. Widal tire les conclusions suivantes :

1° Entre le streptocoque de l'infection puerpérale et celui de l'érysipèle, il n'existe, jusqu'à présent, aucun caractère distinctif et, dans l'état actuel de la science, il serait impossible de distinguer l'un ou l'autre de ces organismes.

2° Le streptococcus pyogenes suffit à produire différentes formes de l'infection puerpérale, et le polymorphisme des lésions qu'il occasionne, est un des points les plus intéressants de son histoire. C'est par exception qu'un microbe différent du streptocoque, trouvant une porte d'entrée dans la plaie utérine ou vaginale, peut déterminer une infection chez la nouvelle accouchée. Depuis plus d'une année nous étudions les microbes rencontrés à l'autopsie des femmes mortes de fièvre puerpérale, et dans un cas seulement, à forme hyperpyrétique (43 degrés avant la mort), n'ayant pas trouvé le streptocoque, nous avons isolé des organes à l'état de pureté un bâtonnet. Cet organisme très virulent pour les animaux et déterminant chez eux des suppurations rapides et étendues sera décrit ailleurs.

DISCUSSION

M. PETER. M. Cornil a parlé d'une forme de fièvre puerpérale sans pyémie. Quels étaient, dans cette forme, les symptômes observés? étaient-ce ceux de la fièvre typhoïde?

M. CORNIL. La fièvre puerpérale septicémique est caractérisée par des symptômes se rapprochant beaucoup de ceux de la fièvre typhoïde. Il s'agit d'un empoisonnement général qui ne présente pas dans sa marche, et surtout dans la courbe thermométrique, ces sursauts qu'on observe dans la forme pyémique. La septicémie puerpérale se termine d'ailleurs rapidement, quelquefois brusquement par la mort et, à l'autopsie, on ne trouve rien du tout.

M. PETER. La forme septicémique de la fièvre puerpérale est, au contraire, la seule forme qui puisse guérir; l'autre est, par contre, toujours mortelle. Le streptocoque pyogenes me paraît ici mal dénommé, puisque tantôt il fait du pus, tantôt il n'en fait pas, d'où je veux simplement retenir ceci, c'est que, dans ces cas, c'est l'organisme et non le micro-organisme qui fait le pus.

M. CORNIL. Je ne partage pas l'avis de M. Peter et pense, contrairement à lui, que la pyémie puerpérale peut guérir, surtout si elle n'apparaît que huit ou dix jours après l'accouchement. On voit certaines suppurations localisées au petit bassin, des pleurésies purulentes se terminer par la guérison. Quant à l'origine de la suppuration, le streptococcus n'est pas seul en cause. En bactériologie, on désigne les micro-organismes souvent par leurs effets; c'est ainsi que le streptocoque prend le nom de pyogenes quand il produit la pyohémie, de puerpéral quand il produit la septicémie puerpérale, d'erysipelates quand il donne l'érysipèle.

M. PETER. C'est un streptocoque à tout faire.

M. GUÉNIOT. Je ne saurais accepter l'opinion émise par M. Cornil, à savoir que la septicémie puerpérale est toujours mortelle. C'est une forme curable de la fièvre puerpérale. La forme péritonique est seule incurable, mais elle devient de plus en plus rare depuis la généralisation des méthodes antiseptiques. A ce point de vue, j'appellerai l'attention sur des faits d'empoisonnement par des lieux d'aisance, les cabinets de toilette, les coffres à linge sale, etc. Je reviendrai sur ces faits dont je possède de nombreux exemples. Mais la septicémie puerpérale est une des formes de fièvre puerpérale contre laquelle nous avons le plus d'action.

M. VERNEUIL. Il en est de même en obstétrique qu'en chirurgie; les affections septicémiques s'observent à des degrés divers, il en est qui, quoi que vous fassiez, emportent fatalement les malades en quarante-huit heures, il en est d'autres qui guérissent très bien.

M. SIREDEY. La forme grave de la fièvre puerpérale est la forme suppuratrice. Dans toutes les autopsies que j'ai faites dans ces cas, j'ai toujours trouvé du pus. Je n'ai jamais vu d'autopsies négatives, quelle qu'ait été la rapidité de la mort.

De la lèpre. — M. LELOIR fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 575.)

RAPPORT

La mouche tzétzé. — M. LABOULBÈNE fait un rapport sur une mouche tzétzé de l'Afrique intertropicale qui a été transmise à l'Académie par M. le ministre de l'instruction publique. Cette mouche est remarquable par des organes buccaux formant une sorte de trompe allongée avec des palpes engainants permettant de piquer avec force. Les animaux sauvages n'éprouveraient rien de ces piqûres, tandis que le cheval, l'âne, le bœuf, le mouton, le chien seraient fatalement atteints et succomberaient rapidement.

M. Laboulbène propose de remettre cette mouche à M. Straus pour rechercher si les parties buccales renferment un micro-organisme inoculable aux animaux et produisant une maladie spéciale.

Des lésions produites par la balle du fusil Lebel. — M. DELORME fait une communication sur ce sujet. (Sera publiée.)

La séance est levée.

MINISTÈRE DE LA GUERRE

Décision ministérielle relative à l'appel des médecins de réserve en 1888.

A la date du 27 mai 1888, le ministre de la guerre a décidé que l'appel des médecins de réserve aura lieu, en 1888, dans les conditions suivantes (le 19e corps d'armée excepté) :

230 médecins seront convoqués à l'époque des manœuvres d'automne, savoir :

211 médecins aides-majors de première ou de deuxième classe ;

19 médecins-majors de deuxième classe.

Ces médecins seront désignés par les généraux commandant les corps d'armée auxquels ils sont affectés, quel que soit leur domicile, et seront pris parmi ceux qui n'ont pas encore été appelés, en commençant par les plus jeunes de grade.

S'il y a lieu, M. le gouverneur militaire de Paris mettra à la disposition de chacun de MM. les généraux commandant les 5e, 9e et 12e corps d'armée, un médecin-major de deuxième classe, appartenant à son gouvernement.

La durée du stage sera de vingt-huit jours, dans tous les corps d'armée ; l'appel devra s'opérer de telle sorte qu'il se termine au moment de la clôture des manœuvres d'automne.

Aucune dispense d'appel ne pourra être accordée, si ce n'est pour des cas de force majeure ou dans l'intérêt des populations.

Les demandes qui seraient formulées à ce sujet devront être adressées à MM. les généraux commandant les corps d'armée et ne seront accueillies qu'autant que les motifs sur lesquels elles s'appuieront paraîtront nécessiter *impérieusement* qu'il y soit fait droit.

Les intéressés seront, d'ailleurs, prévenus que s'ils n'accomplissent pas leur stage en 1888, ils y seront astreints l'année suivante.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le Conseil de la Faculté de médecine de Paris, dans sa dernière séance, a entendu un rapport de M. le professeur Damaschino, sur la spécialisation des agrégés. Il a approuvé les conclusions de ce rapport qui demande la spécialisation de trois agrégés sur cinq, à la suite des concours à venir.

Les premières chaires dont les agrégés seront spécialisés, sont les chaires d'ophthalmologie, de pathologie expérimentale et comparée, d'anatomie pathologique, d'hygiène, de médecine légale, des maladies mentales, des maladies cutanées et syphilitiques.

Plus tard on donnera des agrégés spéciaux aux chaires de thérapeutique, des maladies nerveuses et des maladies des enfants.

— Par décret, en date du 26 mai 1888, M. le docteur Coffignon, maire de Marle (Aisne), est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— M. Mackiéwicz, médecin-major au 72e régiment d'infanterie, vient de recevoir une médaille d'argent de deuxième classe pour son courageux dévouement dans un incendie, où il a été grièvement blessé.

— M. le docteur Hénon, conseiller municipal à Ville-la-Grand (Haute-Savoie), est nommé chevalier du Mérite agricole.

— Par décret, en date du 26 mai 1888, ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Gouvernement militaire de Paris. — *Au grade de médecin aide-major de première classe.* — M. Selle, médecin aide-major de deuxième classe.

1er corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. Lecerf, médecin aide-major de première classe.

2e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Dauchez, chef de clinique adjoint de la Faculté de médecine de Paris, et Gilles de La Tourette, chef de clinique de la même Faculté.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — M. Charrin, médecin aide-major de deuxième classe.

3e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. Jarjavay, médecin aide-major de deuxième classe, prosecteur de la Faculté de médecine de Paris.

4e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Leroux, chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris; Coudray, chef de clinique adjoint de la même Faculté; Poirier, professeur agrégé et chef des travaux anatomiques de la même Faculté.

5e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. Chervin, médecin aide-major de première classe; Feulard, médecin aide-major de deuxième classe, chef adjoint de la clinique des maladies cutanées et syphilitiques de la Faculté de médecine de Paris.

8e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. François, médecin aide-major de première classe.

11e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Duplaix, chef de clinique médicale de la Faculté de médecine de Paris; Queyrat, chef de clinique des maladies des enfants; Chaslin, médecin-adjoint à l'hospice de Bicêtre.

Au grade de pharmacien-major de deuxième classe. — M. Villejean, pharmacien aide-major de deuxième classe, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu.

13e corps d'armée. — *Au grade de pharmacien aide-major de première classe.* — M. Gautrelet, pharmacien aide-major de deuxième classe.

14e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. Dufourt, médecin aide-major de deuxième classe, chef de clinique de la Faculté de médecine de Lyon.

15e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. Dorf, médecin aide-major de première classe; MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Balestre, professeur agrégé près la Faculté de médecine de Montpellier; Camoin, chef de clinique obstétricale à l'École de médecine de Marseille.

Au grade de pharmacien-major de deuxième classe. — M. Martin, pharmacien aide-major de deuxième classe, pharmacien-chef des hôpitaux de Marseille.

16e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe.* — M. Ducloux, médecin aide-major de deuxième classe.

— Vendredi prochain, 1er juin, à neuf heures du matin, s'ouvrira, à la Faculté de médecine de Paris, un concours pour la nomination à deux emplois de suppléants des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École de médecine de Tours. Le jury se composera de MM. Mathias-Duval, président; Charles Richet, Rémy, Danner et Ledouble, de l'École de médecine de Tours, juges titulaires, et de MM. Cornil et Reynier, juges suppléants.

Les candidats, au nombre de deux, sont MM. Révol et Gilles.

— Le concours du prosectorat de la Faculté de médecine de Paris s'ouvrira lundi prochain 4 juin 1888. Le jury se composera de MM. les professeurs Guyon, Duplay, Mathias-Duval, Farabeuf et Charles Richet, juges titulaires, et de MM. Verneuil et Lannelongue, juges suppléants.

Les candidats, au nombre de onze, sont : MM. Chevalier, Delbet, Janesco, Leguen, Lyot, Potherat, Récamier, Regnauld, Rieffel, Sébileau et Thierry.

Une boîte pour trachéotomie, 300 francs; — une boîte de divers instruments, daviers, dynamomètres, ventouses à robinet, etc. 700 francs; — une boîte de trocarts, 100 francs; — une boîte pour la taille, 100 francs; — deux thermocautères, 150 francs; — un aspirateur de Potain, 40 francs; — une boîte d'instruments pour oculiste, 250 francs; — une boîte pour embaumements, 120 francs — un sphygmographe, 30 francs; — un masque et un flacon pour la chloroformisation, 25 francs; — Douze yeux artificiels de Boissonneau, 30 francs; — un aspirateur Bigelow pour lithotritie, 45 francs; — un forceps, 15 francs; — un appareil d'Esmarch, 15 francs; — trois douzaines de pinces hémostatiques variées, 60 francs; — deux ophthalmoscopes, 10 francs chaque.

S'adresser au bureau du journal.

La variole et le croup à Montluçon, par M. le docteur P.-M. Dechaux. 1 vol. in-16. — Prix : 2 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 63. — SAMEDI 2 JUIN 1888. 61e ANNÉE. SAMEDI 2 JUIN 1888. — N° 63.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** D. — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Des greffes cutanées et épidermiques dans le traitement des plaies ulcérées.

Par M. H. DELAGÉNIÈRE, interne des hôpitaux.

I

L'histoire des greffes cutanées et épidermiques est liée intimement à celle de la greffe animale, dont elle fait partie en quelque sorte. Nous ne l'en avons séparée que parce qu'elle offre un intérêt pratique de premier ordre et qu'elle constitue, en somme, une des principales applications à la pathologie de la méthode dite *de la greffe animale*. Dans ce travail, nous ne nous occuperons pas des opérations chirurgicales qui constituent l'anaplastie avec ses trois méthodes : *française*, *indienne* et *italienne*. Ces opérations sont réglées; leurs indications se tirent surtout de la situation de la région et des modifications qui pourraient survenir dans le fonctionnement de tel ou tel organe. A ce titre, elles ne sont donc qu'une application particulière de la méthode générale des greffes cutanées et épidermiques.

II

Nous rappellerons, en quelques mots seulement, l'historique de la question auquel se rattachent les points les plus importants de la pathogénie et de la physiologie pathologique. Cette étude aura l'avantage de mieux faire saisir les indications, et, en outre, elle nous permettra d'établir, sur des bases plus sérieuses, notre appréciation sur les différents procédés employés.

C'est au mois de décembre 1869, que J.-L. Reverdin présenta, à la Société de chirurgie, un mémoire sur le mode de greffes épidermiques qui porte son nom. Il avait été amené à cette découverte importante par les considérations suivantes. D'une part, en présence de la lenteur que mettent certaines plaies ulcérées à se cicatriser, aussi bien les plaies résultant de vastes brûlures superficielles, de larges vésicatoires mal pansés, que les ulcères variqueux eux-mêmes, il s'était demandé si on ne pourrait pas aider à la cicatrisation et diminuer ainsi la durée du traitement.

D'autre part, en s'appuyant sur certains faits de clinique et de pratique journalières, il avait eu l'idée de recourir aux greffes épidermiques. Depuis longtemps, en effet, on avait remarqué que, sur certains ulcères résultant le plus souvent de brûlures, il se faisait par places des sortes d'îlots épidermiques qui devenaient de véritables centres de cicatrisation épidermique. Cette cicatrisation rayonnait de l'îlot épidermique et allait à la rencontre de la pellicule cicatricielle qui venait des bords de l'ulcère. Celui-ci se trouvait cicatrisé beaucoup plus vite.

Lasègue, en se fondant sur ce fait et dans le but de laisser un îlot central sur les plaies épidermiques produites par l'application de vésicatoires, faisait dans l'emplâtre un trou central. Ces vésicatoires annulaires avaient l'avantage de guérir beaucoup plus vite que les autres et l'on voyait manifestement la cicatrisation se faire dans deux sens; du centre à la périphérie pour l'îlot central, de la périphérie au centre pour les bords de la plaie.

La greffe épidermique fut dès lors très souvent pratiquée, et des observations nombreuses et concluantes furent publiées. C'est ainsi que l'on voit la greffe employée avec succès à Strasbourg, pour une vaste brûlure, par A. Reverdin et Hergott, puis à Lyon par M. Ollier qui modifia le procédé et, au lieu de faire des greffes de petites dimensions et nombreuses comme J.-L. Reverdin, fit des greffes plus volumineuses avec de larges morceaux d'épiderme.

Un an après la communication de Reverdin, la méthode des greffes épidermiques s'était déjà vulgarisée en Angleterre. Elle passa ensuite en Allemagne, et fut à Vienne l'objet d'études spéciales de la part de Czerny. Enfin, on la voit apparaître en Russie et en Amérique.

En parcourant ces diverses étapes la greffe épidermique subit, de la part des chirurgiens qui l'étudièrent, de nombreuses modifications dans son mode d'application. C'est ainsi que de la greffe épidermique telle que l'avait conçue Reverdin, on passe à l'étude des greffes cutanées, des greffes dermo-épidermiques, enfin des greffes faites avec de la peau de grenouille, de la peau de lapin ou de chien, etc.

Nous allons étudier maintenant ces différentes greffes qui constituent autant de méthodes particulières. Nous n'insisterons que sur celles qui présentent un véritable intérêt pratique, et qui, par suite, méritent seules d'être prises en sérieuse considération.

III

La greffe épidermique de J.-L. Reverdin (de Genève) est, en somme, une greffe dermo-épidermique, puisque la partie

greffée, ainsi qu'on va le voir, se compose d'une petite portion du derme recouvert de son épiderme. Néanmoins nous lui conserverons le nom que l'usage lui a consacré.

La greffe peut être prise sur le malade lui-même, ou sur une autre personne, et, dans ce cas, il faudra de préférence s'adresser à un sujet jeune. On a en effet attribué certains insuccès à ce fait que la greffe avait été prise sur des sujets âgés. Enfin, on a pris des greffes sur des animaux.

La greffe doit remplir les conditions suivantes : elle doit être petite, mesurer en moyenne de 3 à 4 millimètres carrés; enfin, elle doit contenir la couche de Malpighi qui est la partie vivante de l'épiderme. M. Mathias Duval insiste sur ce fait. Il semble avoir été méconnu par de nombreux auteurs qui auraient dû y chercher l'explication de leurs insuccès. D'ailleurs la couche de Malpighi se moule en quelque sorte sur les papilles du derme en pénétrant dans les dépressions qui existent entre elles, de telle sorte que pour obtenir, avec la greffe, la couche de Malpighi, il faudra nécessairement inciser les papilles; l'écoulement du sang sera donc fatal et pourra servir de guide pour prendre la greffe dans de bonnes conditions.

La greffe peut se prendre sur le bras ou sur la jambe. Dans certains cas de plaies traumatiques, lorsque la peau du voisinage n'est pas altérée, on peut la prendre autour de la plaie. Cela présente l'avantage de dispenser de faire un deuxième pansement pour une petite plaie insignifiante qu'il ne serait cependant pas prudent de laisser à l'air libre.

La peau, sur laquelle on prendra les greffes, devra être soigneusement lavée et stérilisée avec un liquide antiseptique. Ces préparatifs une fois terminés, le lambeau peut être détaché de plusieurs manières. Reverdin se sert d'une lancette qu'il enfonce d'abord perpendiculairement dans la peau jusqu'à ce que la pointe ait atteint les limites profondes du derme. A ce moment il renverse la lancette pour la rendre horizontale et fait ressortir la pointe à quelques millimètres de la première ponction. Il obtient ainsi des petits lambeaux à forme triangulaire. Cette petite manœuvre demande une certaine habitude.

Un procédé plus simple encore consiste à saisir un morceau d'épiderme avec une pince à griffes, à le soulever légèrement et à couper la partie soulevée avec des ciseaux courbes.

Enfin, on peut se servir du rasoir, du bistouri, mais avec ces instruments on obtient des greffes plus volumineuses et on rentre alors dans les cas de greffes dermo-épidermiques.

La greffe, une fois séparée, doit être déposée sur la plaie. Celle-ci doit remplir certaines conditions sans lesquelles le succès serait compromis. Il faut, d'après les auteurs, qu'elle ne présente pas de pus, et, pour cela, ils conseillent des lavages antiseptiques avec de l'eau phéniquée, du chlorure de sodium, du perchlorure de fer; puis les bourgeons charnus doivent être confluents, petits et vivaces, mais ils ne doivent pas saigner. Enfin la cicatrisation doit être commencée, c'est-à-dire que l'on doit voir s'étendre des bords de la plaie une mince pellicule épidermique.

C'est sur ces bourgeons charnus que l'on dépose les greffes par leur face cruentée. Leur nombre sera variable avec la surface à recouvrir, il faut se rappeler que chacune est destinée à devenir un centre de cicatrisation et que par conséquent on a tout intérêt à en augmenter le nombre. En outre, chaque îlot ne se développe pas indéfiniment, mais atteint seulement en moyenne l'étendue d'une pièce de 20 ou de 50 centimes.

On devra donc en parsemer la plaie en les mettant plus rapprochées les unes des autres vers le centre de la plaie, en vertu de ce fait singulier signalé par Reverdin et qu'il est facile de vérifier. L'îlot épidermique obtenu par chaque greffe s'étend surtout par son côté le plus rapproché d bord de la plaie, comme s'il y avait attraction de l'îlot par le bord de la plaie.

Les greffes ainsi disposées, on peut les laisser sans pansement en les préservant avec un verre de montre; mais il est plus sûr et plus simple de les maintenir sur la plaie à l'aide d'un pansement approprié. On employait des bandelettes de diachylon qu'on laissait en place quatre jours. On obtient d'aussi bons résultats et l'on évite mieux la suppuration en employant des morceaux de lint boriqué légèrement enduits de vaseline boriquée au cinquième. Il est alors indispensable de faire sur la plaie une légère compression pour éviter les déplacements possibles du pansement. On pourrait aussi fixer les greffes avec un morceau de papier d'étain par-dessus lequel on ferait un pansement antiseptique.

Il nous reste maintenant à étudier l'évolution de la greffe. Les détails suivants sont empruntés en grande partie à Reverdin.

La greffe adhère vite; au bout de vingt-quatre heures, il est déjà difficile de la détacher de la plaie, mais elle a perdu son aspect primitif, sa coloration n'est plus la même, elle offre une teinte livide et ses bords se distinguent déjà moins nettement. Son épiderme ou plutôt sa couche cornée se flétrit, puis tombe, laissant au-dessous la greffe qui offre une coloration rouge vif pendant un temps très court, car il se reproduit bientôt une nouvelle couche épidermique.

Au bout de quarante-huit heures, on voit déjà tout autour de la greffe une zone étroite, d'un gris pâle, qui se colore de plus en plus en rouge, de telle sorte que, le quatrième jour, elle est rouge foncé, lisse et d'aspect luisant. Le point sur lequel elle est implantée est déprimé, les bourgeons voisins sont situés sur un plan plus élevé. Le lendemain, la zone rouge a perdu sa coloration et est devenue gris nacré, mais une nouvelle zone rouge s'est formée autour. Ce mode d'évolution se continue et la greffe épidermique s'est dès lors transformée en un îlot cicatriciel.

Tels sont les faits observés. On en a donné un grand nombre d'explications théoriques que nous résumons ainsi d'après M. Mathias Duval.

1° Virchow et ses élèves admettent une prolifération des cellules transplantées;

2° Robin, Julius Arnold, Cadiat affirment que la greffe, par sa présence, produit un blastème dans lequel apparaissent des noyaux qui seront plus tard des cellules épidermiques;

2° D'après Colrat, M. Poncet (de Lyon), Reverdin, l'épiderme transplanté détermine par sa présence la transformation des cellules embryonnaires des bourgeons charnus en cellules épidermiques. Ce sont les cellules de la couche de Malpighi qui jouent le rôle principal dans cette transformation; elles agissent par une sorte d'action de présence : *force catabiotique* (Gubler).

Les avantages obtenus par les greffes épidermiques sont aujourd'hui admis de tout le monde. La plaie se cicatrise beaucoup plus vite, et on obtient même la cicatrisation de plaies qu'aucun traitement n'aurait pu guérir. Indépendamment de ces avantages immédiats, il faut en signaler d'autres tout aussi importants et qu'on pourrait considérer

comme consécutifs. Les cicatrices obtenues par les greffes sont plus souples et plus solides que les autres, de telle sorte que la récidive, si fréquente dans les plaies ulcéreuses, sont moins à craindre lorsqu'on les a traitées par la méthode des greffes.

Il est un fait d'observation sur lequel nous voulons attirer tout particulièrement l'attention, et qui offre une grande importance pratique. On a remarqué que la cicatrice était beaucoup plus solide au niveau des points où étaient les greffes, de plus les cicatrices obtenues étaient d'autant plus souples que les greffes avaient été plus nombreuses et plus rapprochées. Il est donc naturel que les chirurgiens se soient proposé de recouvrir tout l'ulcère avec de larges greffes pour obtenir une cicatrice à la fois parfaitement souple et solide; double condition essentielle pour éviter les récidives de certains ulcères.

Ces résultats si encourageants de la greffe de Reverdin ne sont malheureusement pas constants. Il n'est pas rare d'échouer dans les tentatives que l'on fait. Les greffes ne tiennent pas, elles disparaissent, elles sont comme résorbées par la plaie. Les causes de ces insuccès sont faciles à trouver, mais bien moins aisées à éviter. Il suffit de se rappeler les conditions dans lesquelles se font les greffes pour être convaincu. La plaie, sur laquelle est déposé l'épiderme transplanté, est couverte de bourgeons charnus qui sécrètent du pus en plus ou moins grande abondance. Ce pus doit être enlevé avec soin et la plaie soigneusement désinfectée, sans quoi la réunion immédiate ne pourra pas se faire, et la greffe sera entraînée par la suppuration. Or, il est facile de prévoir à quelles difficultés pratiques on se heurtera lorsqu'on voudra désinfecter ces bourgeons charnus sans les faire saigner, et sans laisser sur la plaie un antiseptique puissant, qui empêche également la greffe de réussir. Ceci revient à dire qu'on peut échouer souvent dans ces tentatives de greffes faites sur des bourgeons charnus. Cet inconvénient n'existe pas dans la greffe dermo-épidermique comme la fait Thiersch, car il enlève les bourgeons charnus avec la curette.

IV

Avant d'aborder l'histoire des greffes dermo-épidermiques, nous rappellerons sommairement celle des greffes cutanées, qui consistent dans la transplantation de morceaux de peau avec la totalité du derme.

En se plaçant au point de vue purement expérimental, Paul Bert s'était prononcé contre la greffe cutanée. Sur vingt-deux expériences il n'avait obtenu qu'une seule réussite et deux cas douteux. Mais cette question a été remise à l'étude par M. Ollier, qui a donné des détails précis sur la façon dont cette greffe devait être pratiquée. Quelques changements insignifiants ont été apportés dans sa technique, par Hickl et Busch.

M. Ollier, pour faire ses greffes, prenait de la peau sur des membres amputés. Mais on peut aussi en prendre sur le malade lui-même. Dans tous les cas, l'épiderme de cette peau doit être soigneusement lavé avant de détacher la greffe cutanée. On taille ainsi des lanières de peau comprenant toute l'épaisseur du derme, mais on prend soin de ne pas laisser dans le derme de tissu graisseux sous-cutané. En effet, M. Georges Martin a bien démontré, dans sa thèse, que l'interposition d'une couche de tissu cellulaire entre la plaie et la greffe cutanée enlevait les chances de succès. Il en donne l'explication suivante. Pour obtenir une greffe, il faut que les deux surfaces, mises en contact, soient riches en vaisseaux capillaires, afin que des anastomoses, ou tout au moins des communications, puissent s'établir rapidement entre ces vaisseaux. La vitalité des tissus sera dès lors assurée. Or le derme est riche en vaisseaux capillaires, tandis que le tissu sous-cutané en est presque dépourvu et ne renferme guère que les troncs vasculaires qui fournissent les capillaires au derme.

La greffe cutanée sera donc enlevée au bistouri, en ayant soin de tracer des limites beaucoup plus étendues que la surface à recouvrir. En effet, lorsque le lambeau est complètement détaché il revient sur lui-même et perd environ la moitié de sa surface.

La greffe cutanée, ainsi détachée, ne doit pas, comme la greffe de Reverdin, être déposée sur la surface de la plaie. Ici, tous les éléments de la peau sont transplantés; il importe donc fort peu de respecter les parties de la peau qui sont en voie de réparation. C'est pourquoi on enlèvera avec une curette tous les bourgeons charnus, jusqu'à ce qu'on arrive sur une surface saine non bourgeonnante, résistante, mais saignante. En un mot, ce n'est pas une greffe à proprement parler que l'on fait, mais une véritable autoplastie, par la méthode italienne. Le grattage des bourgeons charnus offre encore l'avantage de supprimer toutes les parties souillées par le pus, et, par là même, assure l'asepsie de la plaie, condition essentielle pour obtenir un succès complet.

Le morceau de peau, ainsi transporté, sera maintenu en place, soit avec des bandelettes de diachylon, soit plutôt par quelques points de suture, placés sur les bords et au niveau des angles. On assurera le contact des autres parties de la greffe à l'aide d'un pansement ouaté légèrement compressif.

En général, au bout de deux jours, la greffe cutanée devient violacée, elle semble froide au contact de la main, mais peu à peu cet état asphyxique disparaît, et la partie transplantée reprend sa coloration normale. Parfois, l'épiderme se détache sous forme de petites phlyctènes, mais ce phénomène n'a par lui-même aucune importance.

Lorsque la greffe cutanée réussit, le résultat est excellent, car tous les accidents des cicatrices ne sont plus à craindre. Il n'y a pas de rétraction, et la plaie est recouverte par de la peau aussi souple, aussi solide et résistante, que la peau normale.

Malheureusement les succès ne sont pas constants. Il n'est pas rare de voir la peau transplantée se sphacéler et laisser la plaie dans les mêmes conditions qu'avant l'opération. Indépendamment de ce grave inconvénient, il faut encore tenir compte de la difficulté où se trouve le chirurgien pour se procurer de la peau. Si cette peau est empruntée à un membre amputé, on court les chances, ainsi que l'a démontré Czerny, d'inoculer à son malade la syphilis ou la tuberculose. Si elle est prise sur le malade lui-même, il en résulte une plaie importante, qui sera longue à se cicatriser et qui laissera une trace indélébile. Il est vrai que, pour remédier en partie à cet inconvénient, on a réuni par des points de suture les deux bords de la plaie cutanée, lorsqu'on pouvait les amener en contact. Il faudra toujours avoir recours à cette pratique quand on le pourra.

On a voulu remplacer la peau humaine par des peaux d'animaux, notamment la peau de lapin, de cochon d'Inde, de chien, etc. Mais ces tentatives n'ont pas été très encourageantes, nous y reviendrons à propos des greffes dermo-épidermiques, à l'étude desquelles elles se rattachent plutôt.

V

La greffe dermo-épidermique a pris, depuis quelques années, une grande importance. Dès 1872, M. Mathias Duval la préférait déjà aux greffes de Reverdin, et, à cette époque, on était bien loin d'avoir les résultats que l'on obtient aujourd'hui. On avait cependant déjà reconnu que les cicatrices obtenues par cette méthode étaient plus souples, plus solides que celles des greffes épidermiques, mais les résultats n'étaient pas constants. On avait de fréquents insuccès, ce qui tenait surtout à la façon dont on pratiquait ces greffes.

Nous allons décrire successivement les greffes dermo-épidermiques comme on les faisait autrefois, et comme elles sont en général encore pratiquées, puis nous étudierons les modifications qui ont été apportées par Thiersch, en y insistant tout particulièrement, à cause des résultats remarquables qu'on peut obtenir par cette méthode. Enfin, nous passerons en revue, sommairement, les greffes pratiquées avec les peaux de différents animaux.

Greffe dermo-épidermique. — La greffe est prise dans les mêmes conditions que les greffes de Reverdin, avec les mêmes minuties au point de vue de l'asepsie de la peau qui doit la fournir. On la détache avec un couteau à cataracte, ou bien avec un bistouri. Pour cela on fait une petite incision à la peau, comprenant l'épiderme en totalité et une partie du derme, puis, avec une pince à griffes, on saisit une des lèvres de l'incision et on la soulève afin de pouvoir faire avec le bistouri l'excision d'un lambeau plus ou moins étendu, et présentant une épaisseur totale de 1^{mm} 1/2. En général, on faisait des lambeaux présentant une largeur moyenne de 10 à 15 millimètres. C'était, en somme, une greffe de Reverdin, plus volumineuse et plus épaisse.

On la déposait de la même façon sur la plaie dont on respectait aussi les bourgeons charnus, à peine les lavait-on, car pour rien au monde il ne fallait les faire saigner. Peut-on s'étonner qu'avec une semblable pratique, on ait le plus souvent échoué, puisqu'aucune précaution n'était prise en vue d'empêcher la suppuration de la plaie. Souvent on voyait les greffes disparaître sur place; M. Folet (de Lille) admettait alors qu'elles étaient résorbées par la plaie, plutôt que de chercher la cause de ce phénomène dans la suppuration qui les désagrégeait et les entraînait.

En outre, toute la plaie n'était pas recouverte avec ces greffes qui étaient destinées à faire des îlots cicatriciels volumineux, mais agissant de la même façon que les greffes épidermiques de Reverdin.

Lorque le lambeau dermo-épidermique prenait, la cicatrisation marchait rapidement, et les parties restées dénudées se recouvraient bientôt d'épiderme, mais dans des conditions analogues à celles des greffes de Reverdin, c'est-à-dire que le malade était encore condamné à un séjour au lit plus ou moins prolongé, atteignant parfois plusieurs semaines.

Greffe dermo-épidermique de Thiersch. — Cette greffe n'est, pour ainsi dire, que le perfectionnement de la précédente et de la méthode des greffes en général. En effet :

1° La partie transplantée présente les meilleures conditions pour continuer à vivre;

2° Elle est toujours prise sur le malade lui-même;

3° Elle recouvre la totalité de la plaie à laquelle elle fournit un épiderme avec toutes les parties constituantes de la peau. D'où rapidité extrême du résultat qui revient presque à une réunion par première intention.

La méthode de Thiersch est assez répandue en Allemagne; Socin la pratique avec succès à Bâle, après avoir introduit certaines modifications; Czerny la préconise à Vienne, enfin, à Paris, M. Monod l'a pratiquée récemment à l'hôpital Saint-Antoine, après l'avoir étudiée à Bâle dans le service de Socin. Nous allons la décrire telle que nous l'avons vu souvent pratiquer par notre maître et telle qu'il nous l'a enseignée.

La greffe se prend sur le malade lui-même et Czerny considère cette précaution comme un des points les plus importants de la méthode. De cette façon on est toujours sûr d'éviter des inoculations de syphilis et de tuberculose. On peut tailler le lambeau sur la face externe du bras comme le fait Thiersch, ou mieux sur la partie antéro-externe de la cuisse comme le font Socin et M. Monod. Ce lambeau est détaché de la façon suivante. La peau de la région est soigneusement lavée, d'abord avec du savon ou de la décoction de panama, pour la débarrasser des matières grasses qu'elle peut contenir, puis on exerce de fortes frictions avec un linge imbibé de solution phéniquée au 20e, afin d'enlever toutes les parties d'épiderme exfolié. Ceci fait, il faut tendre la peau de la cuisse avec la main gauche passée au-dessous, puis on applique à plat, sur la peau tendue, un rasoir à coupes dont la lame est humectée de solution phéniquée au 40e. On imprime ensuite au rasoir des mouvements bien parallèles et égaux de va-et-vient, de façon à lui faire tailler un lambeau dermo-épidermique de 20 à 25 millimètres de largeur sur une longueur proportionnée à l'étendue de la plaie à recouvrir. En général, Thiersch les fait de 10 centimètres de long, mais il n'y a aucun inconvénient à les faire plus petites ou, au contraire, plus longues. Comme épaisseur la greffe doit comprendre tout le corps papillaire et une partie du derme, d'où il résulte que les parties sur lesquelles on l'a prise doivent saigner, et que la greffe elle-même contient un grand nombre de vaisseaux capillaires. Le lambeau, à mesure qu'il est taillé, se pelotonne sur le rasoir avec lequel on le transporte sur la plaie qui a été, au préalable, préparée pour le recevoir.

On conçoit facilement que cette plaie doit être aseptique et qu'en outre elle doive présenter une surface saignante, c'est-à-dire riche en vaisseaux capillaires. Il faut bien s'entendre sur ce qu'on appelle asepsie de la plaie, car cette question est actuellement encore très controversée. Thiersch, d'une façon générale, bannit les antiseptiques et recommande d'employer les solutions de sel marin. M. Pozzi dernièrement, à la Société de chirurgie, émettait le même avis. Enfin, toujours dans le même ordre d'idées, Socin, dans le but d'empêcher l'action des substances antiseptiques sur la greffe, pratique celle-ci avec un morceau de papier d'étain.

Il est certain qu'une substance antiseptique puissante, telle que l'acide phénique en solution au vingtième ou l'iodoforme, altère l'épiderme et doit avoir une action nocive sur une greffe aussi mince; mais il est tout aussi évident que le lambeau transplanté, pour vivre sur la plaie, doit trouver celle-ci aseptique, c'est-à-dire dans des conditions telles que la suppuration ne puisse pas s'établir. Or nous ne voyons pas par quels moyens on pourrait obtenir une plaie aseptique sans employer des substances capables de détruire les germes, c'est-à-dire des substances antiseptiques.

Nous sommes donc d'avis, et les résultats que nous avons vus semblent confirmer cette manière de voir, qu'il faut employer des antiseptiques puissants, mais pour désinfecter la plaie seulement. Lorsque ce résultat est obtenu, on a tout intérêt à soustraire la greffe à l'action directe des antiseptiques et à se contenter de la préserver des germes. C'est du reste à peu près la méthode suivie par Socin.

Voyons donc maintenant la façon dont la plaie doit être traitée pour recevoir la greffe. Thiersch et Socin se contentent d'enlever avec la curette tous les bourgeons charnus, puis de laver la surface avec une solution de sel marin. La plaie est à peu près aseptique, puisque les bourgeons charnus sont enlevés, mais on court de grands risques d'inoculer la surface saignante avec ces mêmes bourgeons charnus. Le fait est que, fréquemment, les greffes ne réussissent pas, ou réussissent incomplètement ainsi que nous avons eu l'occasion de le constater sur des malades du service de M. Monod, et toujours, dans ces cas, il était facile de constater la présence du pus sous la greffe ou une portion de la greffe. C'est pour éviter cet inconvénient que les modifications suivantes ont été apportées dans la manière de traiter la plaie, et, jusqu'à présent, les résultats obtenus, quoique encore peu nombreux, sont du moins très encourageants.

Deux ou trois jours avant de pratiquer la greffe, on lave soigneusement la plaie avec de la solution phéniquée au vingtième ou du sublimé, puis on la badigeonne dans toute sa surface avec du chlorure de zinc au dixième. Ceci fait, on applique un pansement antiseptique à l'iodoforme qu'on ne doit enlever que le jour de l'opération. A ce moment, on trouve les bourgeons charnus flétris, pas de pus, ou presque pas à leur surface, par endroits même, ils semblent recouverts par une pellicule cicatricielle, mais ceci n'est qu'une apparence, comme nous avons pu nous en convaincre en laissant évoluer une de ces plaies sous un pansement antiseptique. La cicatrisation s'est effectuée mais avec lenteur, sans qu'on ait pu voir d'îlots cicatriciels à proprement parler.

Avant d'enlever les bourgeons charnus avec la curette, on lave, avec la solution phéniquée au vingtième, la surface de la plaie et la peau avoisinante, puis on enlève toutes les parties fongueuses jusqu'à ce qu'on arrive sur des tissus résistants, et ayant une apparence fibreuse. On relave encore une fois cette nouvelle plaie avec la solution phéniquée, puis on applique dessus, pendant quelques instants seulement, une éponge dans le but d'arrêter le sang. C'est seulement alors qu'on est en droit de considérer la plaie comme aseptique et que l'on peut sans crainte étaler à sa surface le lambeau transplanté.

Ceci constitue un temps assez délicat, car il faut s'arranger de façon à recouvrir la plaie dans sa totalité; en outre, il faut bien étaler la greffe pour qu'elle ne fasse pas de plis et pour que les surfaces cruentées soient partout en contact, car il ne faut pas perdre de vue que l'on doit avoir une réunion par première intention. On arrive facilement à ce résultat en employant des aiguilles à dissocier ou bien simplement deux bistouris dont on utilise la pointe seulement.

Lorsque la greffe est bien étalée, il faut avec l'éponge exercer dessus une légère compression pour assurer son contat avec la plaie et pour enlever le sang qui a pu s'accumuler au-dessous. Puis il faut la fixer dans la situation qu'elle occupe, et pour cela on la recouvre avec un carré ou des bandelettes de papier d'étain, qui a séjourné un certain temps dans la solution forte. Avec l'éponge on assure le contact du papier sur la greffe et sur la peau avoisinante. Le lambeau est donc immobilisé, il ne peut pas glisser sur la plaie de sorte que la réunion cherchée peut s'obtenir. En outre ce papier d'étain joue le rôle de *protective*, il empêche l'action directe et irritante des antiseptiques sur la greffe. On peut donc faire sans crainte un pansement antiseptique sur ce papier et ainsi assurer l'asepsie de la plaie. M. Monod a d'abord employé la gaze iodoformée, mais, plus récemment, il s'est contenté de sachets faits avec la poudre de M. Lucas-Championnière.

Le pansement doit être compressif et pour cela il faut employer beaucoup d'ouate. L'ouate de tourbe rend de réels services pour cette compression, car elle semble conserver son élasticité beaucoup mieux que l'ouate ordinaire. Si la compression est mal faite, insuffisante, il en résulte que certaines parties de la greffe peuvent se décoller. En effet, il n'est pas rare, quand on enlève le premier pansement, de voir en certains points des espèces de petites phlyctènes qui correspondent précisément à des endroits où le papier d'étain a été trouvé gaufré.

Il n'y a rien de spécial à dire sur la manière de panser la plaie de la cuisse. Il suffit de la recouvrir d'un morceau de lint boriqué enduit de vaseline boriquée. Elle est complètement guérie vers le dixième jour.

Lorsque toutes ces précautions ont été prises, la greffe semble devoir toujours réussir. Il nous est impossible d'être plus précis sur ce point, vu le petit nombre d'observations que nous avons. Néanmoins nous pouvons avancer que nous n'avons pas vu d'insuccès en procédant ainsi, tandis que nous avons observé des échecs, lorsque les greffes étaient faites par la méthode de Thiersch.

Nous serons bref aussi sur le mode d'évolution de ces greffes, pour cette raison que jamais nous n'avons eu l'occasion d'en suivre une jour par jour. Lorsqu'on fait le premier pansement, c'est-à-dire du quatrième au huitième jour après l'opération, on constate, lorsque la greffe réussit, que le lambeau est déjà complètement adhérent et résiste à une friction assez énergique. La plaie est complètement cicatrisée, mais la cicatrice n'offre pas complètement l'aspect de la peau saine. Par endroits, qui correspondent aux points où la coupe était la plus épaisse, on observe une teinte violacée plus ou moins accentuée, tandis que dans les autres parties l'épiderme a conservé son aspect normal. Par places aussi, on remarque des petites phlyctènes, produites cette fois non pas par un soulèvement partiel de la greffe, mais par un soulèvement de la couche cornée de l'épiderme. Ces phlyctènes disparaissent sans laisser de traces et sans que la vitalité de la greffe paraisse avoir eu à en souffrir. Parfois la greffe manque par endroits et, dans ces points, on observe le débris du lambeau plus ou moins altéré. En général, on trouve de la suppuration et une couche nouvelle de bourgeons charnus qui surpassent le niveau de la greffe dans les parties où elle adhère. Ce phénomène était très facile à observer sur un malade que M. Monod a présenté, le 28 mars dernier, à la Société de chirurgie.

A ce moment, il suffit de recouvrir la greffe avec un morceau de lint boriqué enduit de vaseline boriquée au cinquième. On renouvelle le petit pansement une fois ou deux à quelques jours d'intervalle, de telle sorte que quinze jours environ après l'opération, la guérison est complètement obtenue.

Les résultats obtenus par cette méthode sont donc excellents. On peut les résumer en quelques mots : la guérison est rapide, la cicatrice est solide et souple, de sorte que la récidive, toujours si redoutée dans les plaies ulcérées, n'est plus désormais à craindre. Mais, à côté de ces avantages, il faut reconnaître qu'elle présente un grave inconvénient en ce qu'elle nécessite l'emploi du chloroforme.

Greffes faites avec la peau de différents animaux. — Ces greffes ont été faites avec de la peau de chien ou de lapin, dont on avait préalablement rasé les poils. Il n'y a rien de spécial à signaler sur la façon dont on les pratique. Elles réussissent rarement, et même lorsqu'elles semblent avoir pris, il n'est pas rare de les voir s'altérer et disparaître, au point que Darolles n'hésite pas à les considérer comme inutiles. Nous n'y insisterons pas davantage.

Une réserve paraît cependant devoir être faite pour les greffes pratiquées avec de la peau de poulet et auxquelles on semble revenir un peu.

Houzé de l'Aulnoit a fait aussi des greffes animales avec la muqueuse de la joue du lapin et du bœuf. Les résultats qu'il a obtenus sont plus satisfaisants que les précédents. Il pratiquait les greffes muqueuses comme on faisait alors les greffes dermo-épidermiques. Ses tentatives étaient surtout fondées sur le fait physiologique bien connu de la transformation de l'épithélium d'une muqueuse dermo-papillaire en épiderme lorsqu'il est longtemps et constamment exposé à l'air. D'ailleurs les greffes d'Houzé de l'Aulnoit, quand elles ont réussi, ont toujours fourni un épiderme souple et résistant et présentant les caractères de l'épiderme normal.

Nous abordons maintenant l'histoire d'une greffe très intéressante et qui a beaucoup préoccupé les chirurgiens ; nous voulons parler de la greffe faite avec la peau de grenouille.

Ces greffes ont été pratiquées assez fréquemment depuis quelques années et par des procédés assez différents. C'est ainsi qu'Allen les pratique exactement d'après la même méthode que Reverdin. Il applique des petits lambeaux de peau de grenouille sur la surface bourgeonnante des plaies. Il obtient ainsi des résultats satisfaisants. Pétersen, un peu plus tard, modifie légèrement le procédé d'Allen en cherchant surtout à immobiliser les greffes sur l'endroit où on les a déposées. Pour cela il enlève des fragments de la peau du ventre de la grenouille, les place par leur face externe sur un morceau de papier glacé, puis, après avoir bien lavé la plaie avec du sublimé, il la recouvre avec le papier de sorte que les greffes s'appliquent sur la plaie par leur face cruentée. Enfin il maintient le papier avec un emplâtre. M. Vincent insiste sur la nécessité de donner aux greffes une certaine dimension. Il obtient d'excellents résultats en appliquant des lambeaux qui mesurent 1 centimètre carré. Enfin tout récemment MM. Dubousquet-Laborderie et Baratoux ont publié des observations encourageantes. Le premier de ces auteurs a fait d'abord une sorte de semis en étalant sur la plaie des cellules épidermiques de la grenouille obtenues par le râclage. Il a ainsi réussi trois fois sur huit tentatives. Il a ensuite eu recours aux lambeaux transplantés, et chez un malade sur lequel il avait fait pour la même plaie des greffes humaines et des greffes avec de la peau de grenouille, ces dernières avaient réussi plus vite, et le résultat définitif avait été meilleur. On comprend que, pour juger définitivement la question, il faudrait pouvoir établir son jugement sur un plus grand nombre de faits.

Avant de terminer cette étude des greffes animales, nous attirerons l'attention du lecteur sur la greffe éponge. Cette greffe a été pratiquée avec succès en Angleterre et en Amérique, voici en quoi elle consiste. Au lieu de peau ou de lambeaux dermo-épidermiques, pour recouvrir la plaie, on se sert d'une couche mince d'éponge préparée et rendue parfaitement aseptique. Les éléments de cette éponge se laisseraient pénétrer par les vaisseaux de nouvelle formation qui trouveraient ainsi une sorte de soutien. L'exubérance des bourgeons charnus serait empêchée et la cicatrisation de la plaie se ferait plus rapidement, malgré la présence de l'éponge. Hamilton, Perkins, Acland, Briggs se déclarent partisans de cette méthode, par laquelle ils auraient obtenu de nombreux succès.

VI

Parmi toutes les méthodes de greffe, que nous avons passées en revue et dont nous avons fait ressortir les principaux avantages, il nous reste à faire un choix.

Les greffes cutanées donnent des résultats inconstants et pour être pratiquées nécessitent une opération sérieuse qui peut faire courir certains dangers au malade. Elles ne conviennent donc pas aux cas qui nous occupent et nous les laisserons pour ceux où l'anaplastie trouve ses indications particulières.

Les greffes de Reverdin et les greffes dermo-épidermiques restent donc en présence et c'est entre elles seulement que nous avons à nous prononcer.

Assurément le fait d'emprunter à un animal, ou à un corps inerte comme l'éponge, le lambeau à transplanter, constituerait un perfectionnement considérable dans la méthode des greffes. Pas de nouvelles plaies douloureuses pour le malade ; plus de crainte d'inoculer la syphilis ou la tuberculose en empruntant le lambeau à un autre individu, à un membre amputé, ou encore, comme cela a été fait, au cadavre quelques moments après la mort. Mais malheureusement les observations ne sont pas très nombreuses et à côté de quelques faits isolés et favorables, il en est encore un plus grand nombre où l'insuccès a été observé. C'est pourquoi, étant donné l'état actuel de la question, nous n'hésitons pas à donner la préférence aux greffes humaines.

Parmi celles-ci nous éliminons systématiquement les greffes prises sur un autre individu, puisque Deubel a cité des cas non douteux d'inoculation de la syphilis et que Czerny a signalé des exemples de développement de tuberculose après des greffes cutanées.

Il reste donc comme méthode de choix, d'une part la greffe de Reverdin, d'autre part la greffe dermo-épidermique, surtout celle de Thiersch qui est la plus parfaite. Chacune présente ses avantages et par conséquent ses indications spéciales. Elles ne s'excluent donc pas l'une l'autre, mais, au contraire, elles se complètent pour ainsi dire, en ce sens que les cas où la dernière est contre-indiquée, conviennent parfaitement à la première.

Voyons donc maintenant les indications spéciales de ces deux méthodes.

La greffe de Thiersch se trouve surtout indiquée pour les plaies étendues, pour les vastes ulcères variqueux dont la cicatrisation se fait mal ou très lentement. Elle rendra aussi les plus grands services lorsqu'on aura à craindre la rétraction de la cicatrice, comme lorsqu'il s'agit de vastes

brûlures. Enfin sa grande rapidité, comme résultat, la rend surtout recommandable chez le vieillard, pour lequel le séjour prolongé au lit constitue un danger sérieux. Malheureusement, c'est dans la vieillesse que se rencontrent la plupart des contre-indications de ce procédé de greffes. En effet, c'est à cette période de la vie que l'on rencontre particulièrement les affections chroniques du poumon, telles qu'emphysème, bronchite chronique, etc., et les affections cardiaques; or, dans ces cas, l'administration du chloroforme est dangereuse et par suite la greffe dermo-épidermique n'est plus praticable en raison de la douleur vive qu'elle cause au malade, non seulement par le râclage des bourgeons charnus, mais encore par la taille du lambeau.

C'est dans ces cas-là qu'il conviendra de recourir à la greffe de Reverdin qui est beaucoup moins douloureuse et qui offre encore l'avantage d'exiger moins d'habileté et de soins consécutifs. Il en sera de même pour les plaies de petites dimensions, surtout quand la récidive de l'ulcère ne sera pas à craindre, comme, par exemple, dans les plaies traumatiques.

Ces considérations nous amènent donc à conclure de la façon suivante:

Chaque fois qu'on sera en présence d'une plaie ulcérée importante et dont la guérison devra se faire attendre longtemps, on devra avoir recours à la greffe dermo-épidermique par la méthode de Thiersch, à moins de contre-indication pour l'administration du chloroforme. Dans ce cas et aussi pour les plaies moins étendues, il faudra pratiquer des greffes par la méthode de Reverdin.

En terminant, il nous a paru utile d'indiquer au lecteur les principales sources auxquelles nous avons puisé et où il pourra trouver nombre de détails intéressants sur la question.

Pour la bibliographie antérieure à 1872, nous ne saurions mieux faire que de renvoyer à l'article GREFFE ANIMALE et GREFFE ÉPIDERMIQUE, par M. Mathias Duval, dans le *Dictionnaire de Jaccoud*, et à l'article GREFFE ANIMALE, de M. Cadiat, du *Dictionnaire encyclopédique*. Cependant, nous ferons remarquer que la bibliographie, dans ce dernier article, s'arrête aussi en 1872. C'est donc à partir de cette époque que nous allons énumérer les principaux travaux qui ont paru.

G. MARTIN. *De la durée de la vitalité des tissus, etc.*, Th. Paris, 1873, n° 41. — BRYANT THOMAS. On skin grafting, *Guy s hospital reports*, 1873, third series, vol. XVII, p. 237. — SPANTIGATI. Greffe épidermique, *Mém. de l'Acad. méd. de Turin*, 10 juin 1874, n° 16. — BERRUTI. Greffes épidermiques, *Journ. de l'Acad. de Turin*, 20 juillet 1874. — DAROLLES. Des greffes de lapin et de leur inutilité en chirurgie, *Gaz. hebd.*, 1874, p. 400. — THIERSCH (de Leipzig). Sur les greffes épidermiques, *Berlin. klin. Wochens.*, 20 juillet 1874, n° 29. — O. KAPPELEN. Sur les greffes de Reverdin, *Corresp. Blatt. f. schweiz Ærzte*, 1er octobre 1874, n° 19. — PRESCOTT HEWET. Greffes épidermiques; leur évolution, *Lancet*, 23 janvier 1875. — VÉDRÈNES. De la greffe épidermique, *Recueil des Mém. de méd. milit.*, t. XXXI, p. 1875. — HICKL. Greffe de morceaux de peau dépouillés de la couche sous-cutanée, *Wiener med. Wochens.*, 1876, n° 31. — BUSCH. Transplantations de gros lambeaux de peau, *Berlin. klin. Wochens.*, septembre 1876, n° 37, p. 509. — J. BŒCKEL. Des greffes dermo-épidermiques, etc., *Gaz. med. de Strasbourg*, 1875, nos 7 et 8. — HOBART NATHANIEL. Sur la greffe épidermique, *Dublin Journ. of med. science*, avril 1876. — ARMAIGNAC. *De la greffe animale et de ses applications en chirurgie*, Th. Paris, 1876. — G. BEARDSLEY. De la greffe épidermique, *Philad. med. and surg. Report*, octobre 1876. — MEYER. Expériences faites avec des greffes de peau colorée, *Chicago med. Journ.*, avril 1878. — MONOD (Ch.). Des greffes cutanées autoplastiques, rapport présenté à la Société de chirurgie, *Thérap. contemp.*, Paris 1881, I, p. 725-729. — HAMILTON. On sponge grafting, *Edinburg. med. Journ.*, novembre 1881, p. 385. — DEUBEL. Inoculation de la syphilis par les greffes, *Un. méd.*, 11 décembre 1881. — HAMILTON. Note sur l'application pratique de la greffe éponge, *Brit. med. Journ.*, janvier 1884, p. 7. — PERKINS. La greffe éponge, *Brit. med. Journ.*, janvier 1884, p. 31. — ACLAND. Deux cas de greffe éponge, *Brit. med. Journ.*, février 1884, p. 205. — ALLEN. Greffes avec la peau de grenouille, *Lancet*, novembre 1884. — BRIGGS. La greffe éponge, *Journ. of Americ. med. assoc.*, 31 janvier 1885. — PETERSEN. Greffe avec la peau de grenouille, *Vratch*, 1885, n° 33. — THIERSCH. Greffe cutanée, *Centr. f. Chir.*, 1886, n° 24. — CZERNY. Développement de la tuberculose après des greffes cutanées, *Centr. f. Chir.*, 1886, n° 24. — THIERSCH et CZERNY. Des greffes cutanées, *Berlin. klin. Wochens.*, 26 avril 1886, n° 17, p. 279. — VINCENT. Greffes de peau de grenouille, Société des sciences de Lyon, janvier 1887, et *Lyon méd.*, 20 mars 1887. — BARATOUX et DUBOUSQUET-LABORDERIE. Greffe animale avec de la peau de grenouille, *Progrès méd.*, 9 avril 1887. — GRANGE. Observation de greffe animale à l'aide de la peau de grenouille, *Un. méd.*, 9 avril 1887. — KIRIAC. Greffes épithéliales de l'agneau à l'homme, *Arch. roumaines de méd.*, 15 juillet 1887. — WICH VON MURALT. Greffe cutanée par la méthode de Thiersch, *Corresp. Blatt. f. schw. Ærzte*, 15 avril 1887. — BERGER. *Observation de greffes cutanées*, Société de chirurgie, 18 janvier 1888. — MONOD. *Observation de greffe par la méthode de Thiersch.*, Société de chirurgie, 28 mars 1888.

ÉCOLE DU VAL-DE-GRACE. — M. DELORME.

Notes sur les lésions produites par la balle du fusil Lebel.

Les quelques chirurgiens qui, jusqu'ici, ont parlé des effets des balles de petit calibre ont avancé, les uns, qu'elles produisaient des lésions très limitées, d'où le nom de balles humanitaires qu'ils leur ont donné; d'autres, qu'elles déterminaient des traumatismes épouvantables.

La première assertion, toute théorique d'ailleurs, est basée sur une appréciation erronée des effets que produisent les balles animées de grandes vitesses ; la seconde est exacte, mais en partie seulement. Quand on tire à courte distance, comme l'ont fait ces expérimentateurs, des balles du fusil à calibre de 8 millimètres, on observe des dégâts étendus, effrayants. Ce phénomène n'a rien de spécial, il s'observe avec les balles de 11 millimètres aux mêmes distances, mais seulement à ces distances.

Nous avons fait à l'École du Val-de-Grâce des expériences dans des conditions toutes différentes et normales, utilisant la méthode qui nous a fourni déjà de si utiles résultats. Nous avons tiré sur des cadavres des projectiles animés de la vitesse qu'ils possèdent aux distances ordinaires du tir de combat: à 600 mètres, 400, 200 mètres, et aussi à des distances exceptionnelles, à bout portant, à 1 000 mètres, 1 400, 1 600, 2 000 mètres. D'une façon générale, il résulte de ces expériences, qu'à part quelques différences minimes et d'ordre secondaire, les projectiles du fusil de 8 millimètres produisent des effets semblables à ceux qu'on obtient avec le fusil de 11 millimètres.

Nous allons résumer très rapidement les résultats de ces expériences, et indiquer sommairement les lésions produites par ces balles sur les tissus mous et les os.

Les orifices d'entrée et de sortie des sétons cutanés musculaires se présentent avec leurs caractères usuels ; à l'entrée, perforation nette circulaire habituellement de 4 à 6 millimètres, c'est-à-dire d'un diamètre inférieur à la balle,

cet orifice diminue de diamètre quand la vitesse s'abaisse, au point de n'avoir plus, à la portée de 1 600 mètres, que la faible étendue du méplat de la balle; il augmente au contraire quand cette vitesse s'élève. Orifice de sortie, soit régulièrement circulaire, soit de forme variée, en étoile, en T, en L, suivant les régions traversées. Le diamètre de ce dernier est un peu supérieur à celui de l'orifice d'entrée.

Les perforations faites à travers les aponévroses sont variables de forme et d'étendue, suivant la constitution de ces aponévroses, et la vitesse du projectile, comme elles le sont, lorsqu'elles ont été produites par les balles du fusil Gras.

Les perforations musculaires ont des dimensions un peu supérieures à celles des orifices cutanés, comme dans le tir avec la balle ancienne.

A des distances inférieures à 300 mètres, surtout à la portée de 200 mètres et au-dessous, on peut observer des effets explosifs, des orifices cutanés et musculaires, des perforations musculaires très agrandies, parfois énormes, que les os soient d'ailleurs ou non fracturés. Ce sont les plaies d'enfilades produites par les balles animées de cette vitesse qui semblent présenter le plus d'extension.

Sur les os, on retrouve toutes les lésions typiques que produisent les balles du fusil Gras.

Pour les diaphyses, les lésions ordinaires entrent dans la classe des gouttières et des perforations à grandes esquilles plus ou moins subdivisées, suivant la vitesse dont le projectile est animé, et plus ou moins étendues suivant que l'os a un tissu compact plus épais, un canal médullaire de moindres dimensions, et pour les grosses diaphyses que la vitesse du projectile est moindre. Comme nous l'avons indiqué à propos des projectiles anciens, les dimensions diamétrales des orifices de sortie renseignent le chirurgien sur l'état plus ou moins comminutif de la fracture et l'utilité de la recherche des esquilles.

Des orifices de sortie du diamètre du petit doigt ou de l'index indiquent une fracture comminutive avec esquilles libres.

Il n'est pas jusqu'aux fractures simples transversales ou obliques sans esquilles qu'on ne puisse rencontrer, comme vous pouvez le constater sur cet humérus et sur ce cubitus, frappés pourtant par des balles animées d'une grande vitesse.

Mais à l'encontre de ce qu'on observait avec la balle du fusil Gras, ces fractures ne peuvent plus guère être produites par le contact direct de la balle qui frappe l'os en plein, elles sont surtout déterminées par des balles qui frappent tangentiellement. Et comme les balles du calibre de 8 millimètres ne se déforment pas par ce contact, ainsi que cela arrivait avec les balles du fusil Gras, il en résulte que les dimensions et l'aspect des orifices de sortie ne peuvent plus servir de guide pour établir le diagnostic de ces fractures, qui souvent ne s'accompagnent pas de déplacement des fragments.

L'abrasion en gouttière de crêtes peut être accompagnée de félures longitudinales comme cela arrivait autrefois. Avec les balles du fusil Gras les lésions épiphysaires, quel que soit leur degré de communication et leur type, étaient d'ordinaire limitées à la portion de l'os sous-jacente au cartilage d'accroissement ou à la portion d'os sous-jacente aux points que le cartilage occupait; et quand des félures dépassaient ce niveau, elles étaient peu étendues.

La lésion était par contre plus complexe, prolongée par des fissures sur la diaphyse et ressemblait aux fractures du corps de l'os quand la balle avait pénétré au delà de la ligne du cartilage. Les mêmes caractères des lésions osseuses épiphysaires se retrouvent sur les os frappés par les balles de 8 millimètres.

Les os courts se laissent perforer, sillonner, échancrer, par les nouvelles balles comme avec les anciennes. Les sillons et les perforations sont plus ou moins nets ou compliqués d'éclatement de l'os. De même les perforations des os plats, crâne, os iliaque, omoplate, se présentent avec leurs caractères habituels. On a avancé que les balles de calibre réduit, de plomb dur et à enveloppe métallique, ne se fragmentaient pas au contact des os, à l'encontre des autres balles cylindro-coniques de plomb mou qui se divisaient si aisément. Ce qu'il y a de certain c'est que si des balles à enveloppe métallique peuvent traverser des diaphyses sans subir ni déformation notable ni segmentation, elles peuvent aussi, dans une proportion que nous ne pouvons établir, subir des déformations de pointe, ou se fragmenter, ce qui arrive assez souvent. Dès que la balle à enveloppe métallique subit une faible déformation de pointe, son enveloppe se déchire, la balle se fragmente alors avec la plus grande facilité en nombreux morceaux qu'il est difficile de retrouver dans le foyer de fracture, alors même qu'on l'a mis à découvert par de grandes incisions.

En faisant nos expériences, nous avons constaté un fait singulier qui semble venir à l'appui de la théorie du projectile-air de Melsens. On sait que cet expérimentateur a admis que la balle pousse devant elle une certaine quantité d'air et que ce phénomène a surtout lieu quand la balle est arrivée à une grande vitesse et qu'elle présente un méplat à sa partie antérieure.

Pour nous rendre compte de la force de pénétration de la balle de 8 millimètres, nous avons successivement tiré contre un peuplier de 65 centimètres de diamètre, trois balles chassées par une charge pleine.

La première balle est restée dans l'arbre, les deux autres l'ont perforé.

Examinant l'arbre immédiatement après le coup, nous constatâmes par l'orifice d'entrée de la balle qui n'avait pas perforé l'arbre, l'issue et l'éclatement bruyant de grosses bulles d'air; ce phénomène dura assez longtemps, peut-être deux minutes, puis quand les bulles d'air cessèrent de sortir, nous entendîmes, les assistants et moi, un sifflement perceptible à deux pas, lequel sifflement s'arrêta après quelques secondes.

Après la perforation complète de l'arbre par les deux autres balles, perforation faite dans des points très distants de celui où avait porté la première balle, nous ne constatâmes plus le même phénomène. Il n'était donc pas possible de l'expliquer par l'issue des gaz de l'arbre, car nous l'eussions aussi bien constaté, sinon mieux, après les perforations complètes. Nous serions plutôt tenté de l'expliquer par l'issue de l'air propulsé au devant de la balle.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 mai 1888. — Présidence de M. Polaillon.

COMMUNICATIONS

Hystérectomie et castration ovarienne. — M. TILLAUX préfère l'hystérectomie à la castration. Cette dernière opération n'est pas si inoffensive, puisqu'elle a donné 14 p. 100 de mortalité.

L'hystérectomie, au contraire, devient de moins en moins grave. M. Tillaux a eu, l'an dernier, cinq succès sur six opérations, et encore la sixième eut une hémorrhagie par sa faute. La castration, a-t-on dit, est plus facile; oui et non. Quand l'ovaire vient, c'est bien; mais il est des cas où il est impossible de le découvrir. On ne peut pas, à ce sujet, donner de règles précises. Le grand reproche à faire à la castration, c'est qu'elle n'atteint pas, à coup sûr, son but. Le résultat en est incertain ou temporaire. En outre elle ne pare pas aux accidents de compression. L'hytérectomie est plus sûre. Peut-être y a-t-il une indication spéciale de la castration pour combattre les hémorrhagies. M. Tillaux la réserverait pour ces cas là, encore ne serait-il pas certain de réussir.

En présence d'un fibrome, M. Tillaux fait la laparotomie avec l'intention de pratiquer l'hystérectomie; il ne se résout à la castration que s'il juge l'hystérectomie impossible ou trop difficile et trop dangereuse.

M. Tillaux profite de cette occasion pour présenter à la Société une énorme tumeur qu'il a opérée chez une fille vierge, de quarante-quatre ans. Il croyait avoir affaire à une tumeur de l'utérus. C'était une tumeur fibreuse du ligament large, du poids de 13 livres, adhérente au côlon transverse, à l'épiploon. Derrière cette tumeur se trouvait en outre une varicocèle des veines ovariennes. La malade a bien guéri.

M. MONOD communique l'observation d'une femme de trente-neuf ans, atteinte d'un fibrome de moyen volume, qui donnait lieu à des hémorrhagies dangereuses pour la vie.

M. Monod lui pratiqua l'ablation des deux ovaires, en s'appliquant tout particulièrement à les enlever tous les deux dans leur totalité. Les pertes furent très diminuées, mais elles durèrent encore pendant seize mois; puis elle eut de nouvelles hémorrhagies abondantes pendant trois mois. Pendant les cinq mois suivants, il y eut une interruption complète des pertes et depuis elle a des règles ordinaires. Le fibrome a diminué de volume; la malade a repris des forces, de l'embonpoint et peut se livrer à ses occupations habituelles. Les métrorrhagies ne présentent plus de caractères redoutables. Toutefois voilà un fait dans lequel l'ablation des deux ovaires n'a pas complètement arrêté les hémorrhagies. Plusieurs chirurgiens, M. Terrier, entre autres, expliquent ces faits en disant qu'on n'a pas complètement enlevé les ovaires. Or, dans ce cas, M. Monod est parfaitement convaincu de n'avoir pas laissé de tissu ovarien, ayant pris soin de placer sa ligature bien au-dessous des deux ovaires. Ces faits de persistance des hémorrhagies après la castration ne sont d'ailleurs pas absolument rares et M. Monod en fait connaître plusieurs exemples empruntés à des statistiques étrangères. Il n'en pense pas moins que la castration ovarienne reste une précieuse ressource pour le chirurgien dans les cas de fibromes hémorrhagiques de moyen volume.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE proteste contre l'affirmation de M. Monod et continue à croire que la persistance des pertes tient à ce qu'on a laissé une partie d'ovaire. Il y a une double action, celle qui s'exerce sur les métrorrhagies et celle qui a lieu sur les ménorrhagies. Dans le cas de M. Monod, ce sont surtout les ménorrhagies qui ont persisté. Pour M. Lucas-Championnière il est extrêmement difficile d'être certain de n'avoir pas laissé un peu de tissu ovarien. L'explication donnée par M. Terrier reste donc entière.

Il cite un cas où il a refait un second pédicule plus bas que le premier, et il a trouvé, dans celui-ci, du tissu ovarien. Cela s'explique par ce fait que l'ovaire a une queue qui se prolonge du côté de l'utérus. C'est généralement cette portion qui est forcément négligée, quelque bon opérateur que l'on soit. Or, il est démontré qu'il suffit d'une très petite portion de tissu ovarien pour entretenir les règles.

Quant aux indications de la castration, on ne peut pas toujours déterminer d'avance ce que l'on fera, si l'on choisira la castration, l'hystérectomie abdominale ou l'hystérectomie vaginale. On fait ce qu'on peut et non toujours ce qu'on veut.

Dans tous les cas où M. Lucas-Championnière a fait la castration, il a toujours trouvé des ovaires très volumineux, œdématiés, ce qui est une nouvelle justification de cette opération.

M. TERRIER confirme ce que vient de dire M. Lucas-Championnière. Chaque fois qu'il y a persistance des métrorrhagies, c'est qu'on a laissé de l'ovaire. Il cite des exemples qui lui sont personnels et dans lesquels il est convaincu, malgré toutes les précautions qu'il a prises, d'avoir laissé du tissu ovarien.

M. MONOD fait observer que, dans son cas, il n'a pas dit avoir constaté la persistance des règles, mais bien la persistance d'un suintement sanguin et d'hémorrhagies assez abondantes, en dehors des règles ordinaires.

M. BOUILLY a pratiqué huit fois l'ablation des annexes pour des fibromes utérins. Cinq fois ces annexes étaient sains. Il ne parlera que de ces cinq cas aujourd'hui. Chez ces cinq malades, qui toutes avaient des hémorrhagies dangereuses pour la vie, les résultats immédiats de l'opération ont été des plus satisfaisants. Quant aux suites éloignées de l'opération, il y a eu, dans tous les cas, suppression des hémorrhagies abondantes, diminution du fibrome, mais presque toujours persistance des règles. En résumé, la castration est une bonne opération dans les cas de fibromes; elle met fin aux accidents hémorrhagiques redoutables, diminue les douleurs et le volume du fibrome.

RAPPORTS

Sarcome du bras. — M. LE DENTU fait un rapport sur une observation de M. Boiteux, relative à un sarcome du bras étendu dont il fit l'extirpation. Il y eut récidive. M. Boiteux fit alors la désarticulation de l'épaule; il y eut encore récidive et la malade eut une survie d'un an. C'est généralement ainsi que les choses se passent, le sarcome récidivant bien au delà des parties amputées.

Chloroforme et trachéotomie. — M. LE DENTU fait un rapport sur une communication de M. Casteix, relative à une trachéotomie chez l'adulte, pour un rétrécissement syphilitique. Après quelques bouffées de chloroforme, le malade est tombé raide. C'est là un cas malheureux, mais d'une manière générale on ne peut condamner l'emploi du chloroforme dans la trachéotomie. M. Le Dentu a eu un fait analogue sans chloroforme. Ces faits ne sauraient donc constituer une contre-indication de l'emploi du chloroforme.

DISCUSSION

M. TERRIER croit, avec M. Le Dentu, que ce fait ne prouve rien contre l'indication de l'emploi du chloroforme. On a dit que l'incision du milieu du cou donnait lieu à des phénomènes d'inhibition et à une anesthésie de cette région. M. Terrier n'en croit rien.

M. SEGOND cite, à cette occasion, l'exemple d'une femme adulte à laquelle il a pratiqué la trachéotomie après lui avoir fait une injection sous-cutanée de cocaïne. Cette malade a affirmé n'avoir rien senti.

M. CHAUVEL, ayant employé le chloroforme pour faire une trachéotomie chez l'adulte, a dû y renoncer à cause de spasmes inquiétants.

M. SCHWARTZ a, au contraire, obtenu de très bons résultats de l'emploi du chloroforme; il a même vu la respiration devenir plus régulière dès les premières bouffées de chloroforme.

M. QUENU n'a eu également qu'à se louer de l'emploi du chloroforme dans ces cas.

M. RECLUS est très partisan de l'emploi de la cocaïne pour beaucoup d'opérations de courte durée, telles que la trachéotomie, la castration, l'opération de l'hydrocèle, etc.

M. HERGOTT (de Nancy) a employé la cocaïne avec succès dans un cas d'opération de fistule vésico-vaginale.

La séance est levée.

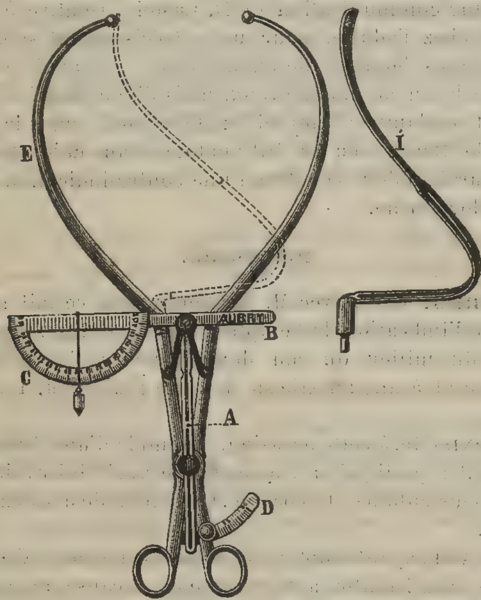
INSTRUMENTS ET APPAREILS

Axi-pelvimètre du docteur Marius Rey.

Cet instrument a essentiellement pour but de faire connaître la direction exacte de l'axe du détroit supérieur, et en général celle d'un plan pelvien antéro-postérieur quelconque. Il est fondé sur cette proposition de géométrie élémentaire que, dans un triangle isocèle, la ligne qui joint le sommet au milieu de la base est à la fois perpendiculaire sur cette base, et bissectrice de l'angle sommet. Réciproquement, la bissectrice du sommet est perpendiculaire sur la base.

Si donc on prend un compas d'épaisseur, dont les extrémités des branches soient à la même distance de l'articulation, la ligne bissectrice du sommet sera constamment perpendiculaire au milieu de la base, c'est-à-dire au milieu de la ligne qui joint les extrémités des branches du compas.

Pour réaliser mécaniquement cette disposition, rien n'est plus simple ni plus facile. Il suffit de faire glisser dans l'articulation du sommet une tige rectiligne, qui sera maintenue à la même distance des branches du compas par deux ailettes mobiles, de longueur égale, placées de chaque côté, sur chaque branche, à la même distance du sommet. La direction de cette tige, A, sera constamment perpendiculaire à la droite qui joint les extrémités du compas. Si donc, ces extrémités sont placées, l'une sur le point sus-pubien (extrémité antérieure du diamètre promonto-sus-pubien), l'autre sur le promontoire (extrémité postérieure du même diamètre), cette tige A sera perpendiculaire au milieu de ce diamètre. Plaçant alors le plan de l'instrument dans le plan antéro-postérieur, la tige A se trouvera à la fois dans un plan perpendiculaire au plan du détroit supérieur et perpendiculaire à une droite située dans ce plan. Elle sera par conséquent perpendiculaire au plan, [illegible] elle se confondra avec l'axe du détroit



Légende. — A. Tige d'inclinaison de l'axe. — B. Tige d'inclinaison du diamètre. — C. Cercle gradué muni d'un fil à plomb, donnant l'inclinaison axile du diamètre. — D. Cercle gradué mesurant le diamètre saisi. — I. Branche interne pouvant se substituer à la branche externe E, ainsi que l'indique le pointillé.

supérieur. Si les extrémités du compas, au lieu d'être placées exactement aux extrémités du diamètre promonto-sus-pubien, sont placées en des points différents, par exemple, au point sus-pubien et sur l'apophyse épineuse de la cinquième lombaire, la ligne A ne donnera, sauf correction, que la direction de l'axe et non l'axe lui-même.

L'instrument porte deux branches, l'une externe E et l'autre interne, I, que l'on peut remplacer l'une par l'autre, suivant qu'on prendra le promontoire ou l'apophyse épineuse de la cinquième lombaire pour point de repère.

La tige A porte, à son extrémité supérieure, une tige B qui lui est perpendiculaire et qui, par conséquent, est parallèle au diamètre examiné. Cette tige diamétrale est munie d'un cercle gradué et d'un fil à plomb qui permet de savoir immédiatement l'inclinaison des tiges A et B sur la verticale ou sur l'horizon.

L'instrument construit, avec le plus grand soin, par M. A. Aubry, est des plus simples et, grâce aux dispositions ingénieuses des poignées, d'un maniement commode. Une graduation permet de savoir la distance qui sépare les extrémités du compas.

La tige A est, dans la pensée de l'auteur, ce qu'il y a de plus intéressant dans l'instrument; car, si l'on connait la direction de l'axe et si l'on peut avoir l'axe même du détroit supérieur, on saura d'avance, dans une application de forceps, la direction qu'il convient de donner à la traction.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1887-1888.

216. M. Dubar. Indications opératoires dans les luxations anciennes du coude. — 217. M. Nodot. Sarcome ostéoïde. — 218. M. Minovici. Étude médico-légale sur la mort subite à la suite de coups reçus sur l'abdomen et le larynx. — 219. M. Lemoine. Quelques observations médicales recueillies pendant une campagne au Gabon. — 220. M. Le Page. Des résultats éloignés de la cure radicale des hernies épigastriques. — 221. M. Cayet. Fistules biliaires hépato-bronchiques. — 222. M. Bonifas. Des suites rénales de la fièvre typhoïde.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 30 mai 1888, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin en chef. — M. le médecin principal Michel.

Au grade de médecin principal. — MM. les médecins de première classe Aube et Barret.

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe Piton, Clavel et Guillarmou.

Au grade de pharmacien de deuxième classe. — M. le pharmacien auxiliaire de deuxième classe, pharmacien universitaire de première classe Lainé ; MM. les aides-pharmaciens, pharmaciens universitaires de première classe Pluchon et Monmoine.

— Par décret, en date du 30 mai 1888, a été nommé dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin en chef. — M. Léon, médecin en chef de la marine en retraite.

— Par décret, en date du 30 mai 1888, M. Gavarret est nommé, pour quatre ans, membre du conseil supérieur de l'instruction publique et de la section permanente de ce conseil ; — MM. Berthelot et Brouardel sont nommés, pour quatre ans, membres de la section permanente dudit conseil.

— Par arrêté ministériel, en date du 26 mai 1888, M. le docteur Dupont, conseiller général de la Haute-Savoie, est nommé officier d'Académie.

— Par arrêté ministériel, en date du 30 mai 1888, M. Berthelot est nommé vice-président, pour l'année 1888, du conseil supérieur de l'instruction publique, et M. Liard est nommé secrétaire dudit conseil.

— Par arrêté ministériel, en date du 30 mai 1888, M. le docteur Paul Berger, chirurgien du lycée Lakanal, est nommé officier d'Académie.

— Par arrêté ministériel, en date du 31 mai 1888, un concours

s'ouvrira, le 4 décembre 1888, à l'École supérieure de pharmacie de Montpellier, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'École de médecine d'Alger.

— Par arrêté ministériel, en date du 31 mai 1888, la chaire d'anatomie de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille est déclarée vacante.

— *Faculté de médecine de Paris.* — MM. les docteurs en médecine qui seraient dans l'intention de faire un cours libre à la Faculté pendant le premier semestre de l'année scolaire 1888-1889, voudront bien se rappeler qu'aux termes de l'article 10 du règlement, les demandes de cours libres, pour le premier semestre de l'année scolaire, doivent être remises au secrétariat de la Faculté, avant le 1er juillet, en sorte que le Conseil de la Faculté et le Conseil général des Facultés puissent en délibérer avant le 1er août.

— Un concours pour les emplois vacants de chefs de clinique médicale, de chefs de clinique des maladies cutanées et syphilitiques, et de chefs de clinique des maladies des enfants, s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 25 juin 1888, à neuf heures du matin.

Il sera pourvu : 1° pour le clinicat médical, à la nomination de deux chefs de clinique titulaires et de deux chefs de clinique adjoints; 2° pour le clinicat des maladies syphilitiques et cutanées, à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint; pour le clinicat des maladies des enfants, à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint.

Sont admis à concourir tous les docteurs en médecine qui n'ont pas plus de trente-quatre ans, au jour d'ouverture du concours.

Un concours pour les emplois vacants de chefs de clinique chirurgicale s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 25 juin 1888, à neuf heures du matin. Il sera pourvu à la nomination de trois chefs de clinique titulaires et de trois chefs de clinique adjoints.

Sont admis à concourir tous les docteurs en médecine qui n'ont pas plus de trente-huit ans, au jour d'ouverture du concours.

Les candidats à ces divers concours devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, avant le 17 juin 1888. Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours de midi à trois heures. Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur. Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin ou de chirurgien des hôpitaux, de prosecteur ou d'aide d'anatomie. Pour tous autres renseignements s'adresser au secrétariat.

— M. Henri Lochert soutiendra devant la Faculté des sciences de Paris, le 9 juin, à huit heures et demie, pour obtenir le grade de docteur ès sciences physiques, une thèse intitulée : « Étude sur les acétals des glycols. »

— M. Bureau, professeur de botanique au Muséum, fera sa prochaine herborisation, le dimanche 3 juin 1888, à Vaucresson. Le départ aura lieu à onze heures un quart, par la gare Saint-Lazare.

— M. le professeur L. Guignard fera sa prochaine herborisation le dimanche 3 juin 1888. Le rendez-vous est à la gare Saint-Lazare, à huit heures du matin, pour le train partant de Paris à huit heures vingt-cinq minutes pour la station de Mantes. On sera rentré à Paris à sept heures. On est prié de se faire inscrire, en vue du déjeuner, au Secrétariat de l'École de pharmacie.

— M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste au Muséum, fera sa prochaine excursion géologique publique, le dimanche 3 juin 1888, à Cresnes, au Ruel, au Quonian et à Haravilliers. Le rendez-vous est à la gare Saint-Lazare où l'on prendra à six heures cinq minutes le train pour Chars. On sera rentré à Paris à neuf heures du soir. On est prié de s'inscrire au laboratoire de géologie avant samedi quatre heures.

— M. Mulnier-Chalmas, sous-directeur du laboratoire de géologie à la Sorbonne, fera une excursion géologique, dimanche prochain 3 juin 1888, à Pont-Sainte-Ma[illegible]
à la gare du Nord, à huit heures vingt-trois minutes du matin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 64. — MARDI 5 JUIN 1888. 61e ANNÉE. MARDI 5 JUIN 1888. — N° 64.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 4 juin 1888.

Une transformation complète s'est opérée depuis quelques années dans l'organisation et dans le fonctionnement du service de santé de l'armée. Aux médecins, dont les attributions se bornaient exclusivement au traitement des malades, est incombée la mission de prendre la direction et la responsabilité de tout ce qui se rattache, personnel et matériel, au service dans les régiments, dans les hôpitaux et dans les ambulances; d'où la nécessité pour les officiers de santé militaires, de connaître à fond les règlements nouveaux et multiples qu'a entraînés ce récent et important état de choses.

Pour répondre à ce besoin impérieux, le ministre de la guerre a institué une chaire d'administration spéciale, où viennent s'initier les jeunes docteurs qui se destinent à la carrière de médecins d'armée. Dans le programme de ce cours, il a recommandé de faire un exposé succinct de l'histoire de la médecine militaire, dans lequel on rappellerait, comme devant servir d'encouragement, les noms des médecins, chirurgiens et pharmaciens, dont les services et les travaux ont le plus honoré le corps de santé. Trente noms ont été indiqués dans ce but; la liste commence par Ambroise Paré et se termine par le nom de Maillot. Entre ces deux noms, nous relevons ceux de Sabatier, Percy, Desgenettes et Larrey, ces deux illustres chefs de l'expédition d'Égypte; de Broussais, ce grand réformateur du dix-neuvième siècle; de Baudens, ce brillant chirurgien de l'armée d'Afrique; de Lévy, dont les recherches sur l'hygiène ont été si appréciées; de Sédillot, qui a laissé dans la science un si éclatant souvenir.

Il nous a paru intéressant de rechercher, en raison de son actualité, quelle est aujourd'hui la pensée des médecins militaires sur la thérapeutique instituée en Algérie par leur doyen actuel et qui, à son apparition, plus que demi-séculaire, avait rencontré tant d'opposition. Nous la trouvons dans la leçon que M. le professeur Du Cazal a consacrée à faire connaître à ses auditeurs les recherches de M. Maillot sur les affections paludéennes de l'Algérie; leur point de départ, leur progression, leur forme définitive, enfin l'expansion de la doctrine qu'elles avaient servi à formuler.

Quelques extraits de cette exposition magistrale révèleront l'esprit qui préside à ce nouvel enseignement.

« Vous n'ouvririez pas un livre de médecine, dit M. le professeur Du Cazal, où il soit question de fièvre, sans que vous voyiez cité le nom de Maillot et rappelé l'immense service rendu par lui à l'armée, à la France et à l'humanité tout entière.

L'expression vous paraît-elle exagérée ? Vous trouverez certainement, Messieurs, qu'il n'en est rien, si vous voulez bien réfléchir aux conséquences de la réforme thérapeutique de Maillot. Non seulement il a, depuis 1834, conservé à l'armée et à la colonie l'existence de ses enfants en nombre incalculable; non seulement il a rendu possible la conquête de l'Algérie, mais il a assuré la victoire de la civilisation sur la barbarie.

Et plus nous pénétrerons dans cet immense continent africain, plus nous apprécierons l'immensité du service rendu par Maillot à la cause de la civilisation et de l'humanité. C'est grâce à Maillot que les Anglais ont pu conduire à bien leurs expéditions de l'Abyssinie et de la côte d'Or. Quel explorateur s'aventurerait aujourd'hui dans les déserts africains sans une abondante provision du précieux médicament? Sur les autres points de la côte d'Afrique, à Gorée, à Dakar, au Cap, à Madagascar, de même que dans nos diverses possessions : à la Martinique, à la Réunion, en Calédonie, en Cochinchine, c'est le sulfate de quinine, c'est la médication révélée par Maillot qui a permis de vivre et de coloniser. Maillot a encore pris une part indirecte, mais des plus importantes, à la conquête du Tonkin...

... Mais, Messieurs, il est juste aussi de reconnaître que l'immense service rendu par Maillot, et qui ira toujours en grandissant à mesure que s'étendra notre empire colonial, resta pour ainsi dire inconnu et incompris du public, même médical, jusqu'au jour où une voix éloquente et des plus autorisées, celle de M. le professeur Verneuil, dans une conférence sur l'impaludisme, faite en 1881, à Alger, au congrès pour l'avancement des sciences, rappela à la colonie, à la France, ce qu'elles devaient à cet homme éminent. Ce fut alors un véritable réveil de l'opinion et de la conscience publique, une véritable explosion de reconnaissance et ce fut à qui s'efforcerait d'effacer les effets de l'injustice commise jusqu'alors... Nous, Messieurs, nous médecins militaires, n'oublions pas que si justice a été rendue à l'un des hommes qui ont le plus honoré notre profession, c'est à l'initiative du professeur Verneuil que nous le devons. C'est du discours de M. Verneuil, je le répète, qu'a

daté pour Maillot l'heure de la justice et de la réparation...

Messieurs, pendant cinquante ans, Maillot ne quitta pas la brêche, défendant son œuvre pied à pied dans de nombreuses publications qu'il ne m'appartient pas d'apprécier et de vous faire connaître. J'ai simplement cherché à vous faire saisir quelles étaient la nature et l'importance de cette œuvre, heureux si j'ai pu vous communiquer une partie de l'admiration et de la reconnaissance qu'elle m'inspire. Mais je ne pouvais certainement mieux clore cette série de rapides esquisses biographiques qu'en vous présentant cette figure si grande, si bienveillante, si sympathique tout à la fois. »

Cette appréciation si nette et si autorisée des services rendus par M. Maillot méritait d'être placée sous les yeux de nos lecteurs. Elle justifie le respect et la vénération dont nous entourons, depuis trente ans, un des hommes qui ont le plus contribué à l'honneur du service de médecine militaire, au dix-neuvième siècle.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Péan.

Du morcellement appliqué à l'ablation des tumeurs (1).

(Leçons recueillies par M. Lapervenche, interne des hôpitaux.)

V

Les *tumeurs profondes* sont plus justiciables encore que les précédentes du morcellement et du pincement. Vous n'ignorez pas, en effet, combien il faut de précautions pour ménager les organes importants qui les entourent, puisqu'elles prennent naissance en des régions difficilement accessibles, comme les cavités osseuses de la face, de l'orbite, de la bouche, des fosses nasales et de leurs dépendances; dans les couches sous-aponévrotiques des membres supérieurs et inférieurs; autour des cavités splanchniques, au tronc, à la poitrine; dans les cavités splanchniques elles-mêmes, dont la plus importante, au point de vue qui nous occupe, est sans contredit la cavité pelvi-abdominale.

Les *cavités osseuses de la face* ne permettent pas d'aborder facilement les tumeurs qui s'y développent: le squelette de l'orbite, des fosses nasales, des sinus, de la cavité buccale, constitue une barrière résistante, étroite, qu'il importe de ménager. C'est alors qu'il faut recourir au morcellement pour ne pas produire de délabrements inutiles, comme en obstétrique on a recours à l'embryotomie pour faciliter la sortie du fœtus lorsque son volume est trop considérable par rapport au diamètre du bassin.

Les *tumeurs de l'orbite* sont cachées par les paupières, dont l'hémostasie préventive est facile, comme nous l'avons dit dans une précédente leçon, quand il est nécessaire de faire des incisions préliminaires. Dès que leur surface est découverte, le mieux est de les inciser dans toute leur épaisseur, de faire le pincement temporaire de quelques vaisseaux et d'exciser par morcellement du centre à la périphérie. Il suffit ensuite de ruginer ou de réséquer les parois osseuses, quand elles-mêmes sont envahies par le mal, et de laisser, si cela est nécessaire, quelques pinces pendant douze ou vingt-quatre heures sur l'ophthalmique et ses branches afin d'obtenir l'hémostasie définitive. Le pansement antiseptique, compressif, ouaté, permet d'obtenir une prompte guérison.

(1) Suite. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 517.

Le morcellement est plus utile encore si, en même temps que l'orbite et les paupières, les organes voisins sont envahis par une tumeur maligne, comme dans l'observation suivante:

Obs. II. — Baptiste R., âgé de soixante-deux ans, tourneur, entre, le 10 juillet 1886, au n° 6 de la salle Nélaton. Rien dans les antécédents héréditaires et personnels. Malade depuis quatorze mois. L'affection a débuté par un petit bouton à l'angle externe de l'œil. Peu à peu le mal a envahi la conjonctive palpébrale, puis l'oculaire, et a détruit le globe de l'œil en totalité.

Quand cet homme est entré à l'hôpital, il n'existait à la place des paupières et de l'œil gauche qu'une surface ulcérée, bourgeonnant par places, présentant au milieu une saillie arrondie, rouge, recouverte de bourgeons charnus, qui n'était autre que le reste du globe oculaire. La région temporale elle-même était envahie. Pas de ganglions dans le voisinage.

12 *juillet*. — Après chloroformisation, le néoplasme est circonscrit au moyen d'une incision faite avec le thermocautère; le périoste de l'os malaire est détaché au moyen de la rugine et cet os est coupé avec deux traits de scie du polytritome. Une longue pince courbe est alors glissée au-devant de la paroi orbitaire externe, les tissus pris dans cette pince sont sectionnés au-devant du point comprimé et la partie antérieure de la tumeur, la plus volumineuse, qui masquait les parties sous-jacentes, se trouve détachée peu à peu; la tumeur est enlevée par morceaux successivement pincés et sectionnés; la cavité orbitaire est nettoyée, l'artère ophthalmique pincée au fond de l'orbite, superficiellement; deux branches de la temporale un peu volumineuses sont liées; la cavité de l'orbite est bourrée de gaze iodoformée. La pince laissée en place sur l'artère ophthalmique est retirée au bout de vingt-quatre heures. A la suite de l'opération, la cavité orbitaire bourgeonne, la séparation des tissus se fait lentement et la guérison n'est complète qu'au bout de quatre mois, ce qui n'a rien de surprenant, étant donnée la largeur de la perte de substance nécessitée par l'étendue du mal.

Chez ce malade, nous n'avons eu qu'à nous louer du morcellement à l'aide duquel, sans perte de sang, il nous a été facile d'aborder la cavité orbitaire et d'enlever toutes les parties molles envahies par le néoplasme.

Les *tumeurs des fosses nasales et des cavités osseuses* qui leur sont annexées, sinus maxillaire, ethmoïdal, frontal, doivent être également opérées par morcellement.

Si la tumeur est limitée à la partie antérieure des fosses nasales ou aux sinus maxillaires, on commence par la mettre à nu au moyen d'une incision préliminaire et médiane faite sur la lèvre, le dos du nez et au besoin le sillon jugo-orbitaire. Grâce au pincement des parties latérales de la lèvre supérieure, des ailes et de la cloison du nez, qui permet de les disséquer en quelque sorte à sec, le chirurgien la découvre et l'enlève aisément par portions. Toutefois il doit avoir soin, au cours de l'opération, de placer des éponges montées dans le vestibule de la bouche et dans les arrière-narines pour empêcher le sang de tomber dans le larynx et la trachée. Quand la tumeur est petite, peu profonde, le bistouri suffit pour faire l'incision préliminaire et la dissection des parties molles. Mais quand elle est très profonde, il n'en est pas de même, il faut en outre inciser les lames osseuses qui la masquent. Dans ce but il faut user d'instruments spéciaux à mors puissants et tranchants, comme la pince emporte-pièce que nous avons fait construire il y a de longues années par M. Mathieu: il en existe plusieurs modèles dont le degré de force est proportionné à l'épaisseur et à la résistance des os à réséquer. Ces pinces peuvent également servir à exciser les parties molles qui entourent les lames osseuses.

Voici une observation qui vient à l'appui de la description que nous venons de vous donner :

Obs. III. — B., âgé de trente-neuf ans, entre, le 7 août 1886, salle Cloquet, n° 70. Rien dans les antécédents héréditaires et personnels. Deux mois avant son entrée à l'hôpital, il a vu apparaître sur la voûte palatine, à droite de la ligne médiane, un peu en arrière de l'arcade dentaire, une petite tumeur dure, indolente, qui resta trois semaines stationnaire, puis augmenta rapidement de volume, surtout après une incision faite à son centre. Au moment où cet homme entre dans nos salles, la tumeur occupe la presque totalité de la voûte palatine ; elle est bosselée, molle, sphacélée par points et répand une odeur infecte. Il est très amaigri.

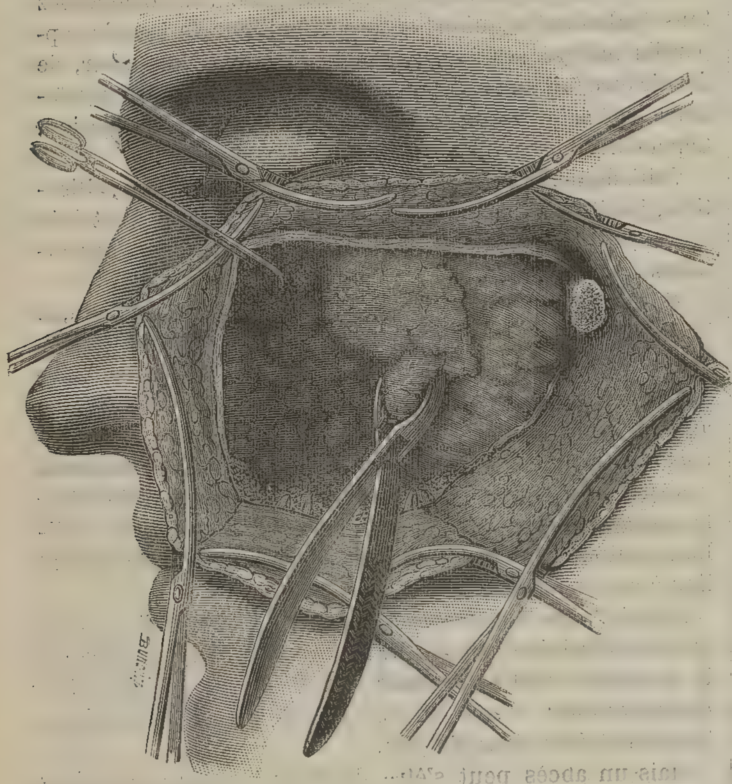


Fig. 9. — Ablation par morcellement d'un sarcome des parois antérieure et postérieure du sinus maxillaire avec la pince emporte-pièce. On voit comment il a fallu faire le pincement préventif des parties molles qui recouvrent le sinus à travers la paroi antérieure duquel la tumeur faisait hernie.

7 août. — Après chloroformisation, nous appliquons de longues pinces à pression sur la lèvre supérieure, à droite et à gauche, et sur les ailes du nez de chaque côté de la cloison, ce qui permet de fendre, sans perdre de sang, la lèvre supérieure et le nez sur la ligne médiane, jusqu'aux os propres du nez. Les incisives de la mâchoire supérieure sont enlevées, puis, au moyen de la grande pince emporte-pièce, nous attaquons hardiment les parties osseuses des deux maxillaires supérieurs. Au-dessus, les parties molles sont détachées soigneusement au moyen de la rugine. Nous enlevons tantôt à droite, tantôt à gauche, les parties malades et, quand nous sommes d'un côté, un aide comprime soigneusement au moyen d'éponges le côté opposé à celui sur lequel nous opérons. Grâce à la pince emporte-pièce, nous enlevons par morceaux la totalité des deux maxillaires supérieurs et la voûte palatine, pour ne pas laisser de points malades. La cavité béante produite par l'ablation du néoplasme est bourrée d'éponges iodoformées, puis les parties molles, la lèvre supérieure et le nez sont réunis par des sutures au crin de Florence. Au bout de vingt jours, la guérison est complète et la déformation extérieure presque nulle. L'examen histologique démontre qu'il s'agit d'un sarcome d'une très grande malignité.

Chez ce malade, après avoir fait les incisions préliminaires et mis à découvert la paroi externe du sinus, ce qui fut facile, grâce au pincement préventif et temporaire des parties molles, nous avons enlevé successivement la paroi osseuse et la tumeur qu'elle renfermait au moyen de la pince emporte-pièce. Au cours de l'opération il nous a suffi de mettre une éponge au niveau de la paroi interne du sinus pour empêcher le sang de tomber dans les fosses nasales (fig. 9).

Les tumeurs des *arrière-narines* et du *pharynx* n'exigent pas toujours que le chirurgien se crée une voie préliminaire pour les aborder. Quand elles sont petites et limitées, comme certains polypes naso-pharyngiens, nous parvenons souvent à les extirper par la voie buccale avec notre pince-scie, instrument essentiellement hémostatique. Mais quand elles sont grandes, quand elles envoient des prolongements dans les régions voisines, fosses nasales, sinus maxillaire, fosse temporale, il est indispensable, pour les enlever en totalité, de recourir aux incisions préliminaires, suivant les règles que nous venons d'exposer. Lorsque la tumeur est mise à nu, chaque lobe est enlevé par pincement et morcellement, sans trop de danger, si l'on a soin de pincer les vaisseaux saignants qui l'entourent. On trouvera dans le tome III de la deuxième édition de la *Pathologie externe* de Nélaton et dans le tome II de nos *Cliniques* la description des incisions et des résections préliminaires qui

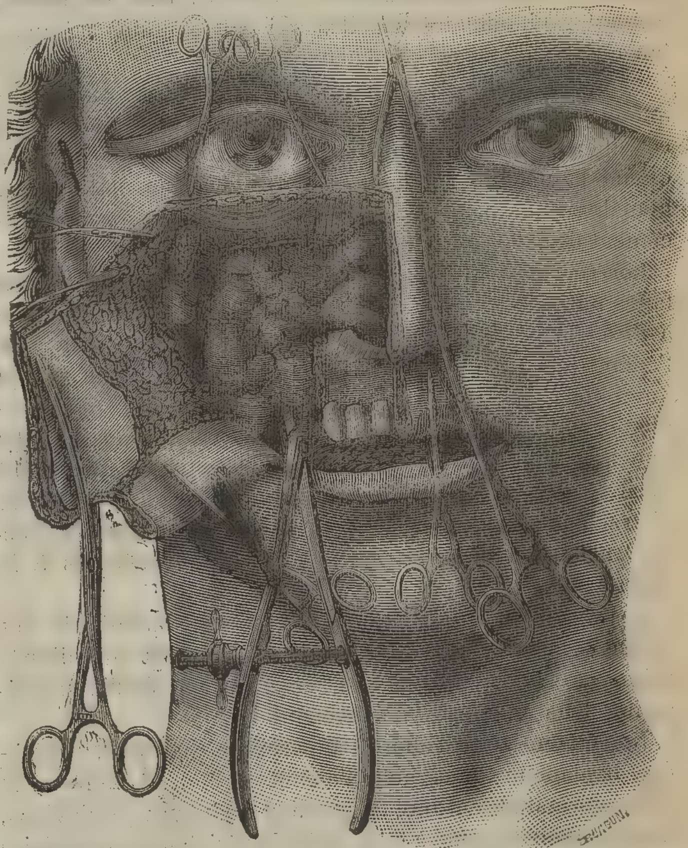


Fig. 10. — Incision et résection préliminaires pour l'ablation d'un polype naso-pharyngien qui envoie des prolongements dans la région temporale et le sinus maxillaire droit. On voit que les parties molles ont été détachées et pincées et que la tumeur a été morcelée avec notre pince-scie.

ont été préconisées par différents chirurgiens pour mettre la tumeur à découvert. Voici le procédé auquel nous donnons la préférence :

Nous mettons à nu le maxillaire en faisant une seule in-

cision cutanée sur le milieu de la face, incision qui divise le nez et la lèvre supérieure. Nous détachons l'aile du nez et la joue, ainsi que la fibro-muqueuse palatine correspondant à la portion osseuse que l'on veut réséquer, nous enlevons une des molaires et, au moyen de la longue pince coupante, nous coupons le maxillaire verticalement, un peu obliquement de dehors en dedans et d'avant en arrière, au niveau de la molaire extraite; du même coup l'arcade dentaire et la voûte osseuse du palais sont coupées : — une seconde section, horizontale et perpendiculaire à la première, coupe l'os à un millimètre au-dessous du trou sous-orbitaire.

Nous saisissons avec un fort davier la portion du maxillaire circonscrite par les deux incisions, nous la faisons basculer et nous l'extrayons. Le polype est alors mis à nu; nous sectionnons son pédicule et nous le morcelons soit avec la pince-scie, soit au moyen des pinces et des ciseaux.

La figure 10 vous fera mieux comprendre la description de ce procédé.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. Jules SIMON.

Traitement des causes de boiterie.

Les causes de la boiterie chez les enfants sont des plus diverses, nous les étudierons les unes après les autres, passant rapidement sur celles qui ont le moins d'importance et commençant par la coxalgie.

La coxalgie, en effet, est une des causes sérieuses et fréquentes de la claudication chez l'enfant. Nous devons la considérer au début alors qu'il s'agit d'une arthrite, puis quand la maladie est confirmée, qu'il existe une tumeur blanche, enfin quand elle se complique d'abcès et de déplacement de la tête du fémur.

Lorsque vous êtes appelés au début de la maladie, vous faites un traitement à la fois général et local: général c'est-à-dire celui de la scrofule, qui s'adresse à la croissance de l'enfant (des toniques, la gentiane et le rhum, du vin de quinquina, de l'huile de foie de morue l'hiver, du phosphate de chaux en solution et en poudre), en même temps que l'on surveillera les fonctions digestives; traitement local, c'est-à-dire avant tout l'immobilisation sous peine d'être rendu responsable par la famille, plus tard, de tous les méfaits consécutifs quoiqu'ils soient inhérents à la maladie elle-même.

Les appareils imaginés pour combattre la boiterie des enfants sont des plus nombreux, simples ou compliqués selon les cas, et doivent être conçus en vue de l'immobilisation dans une position convenable.

Nous avons tout d'abord l'appareil de Guersant, c'est-à-dire la planche sur laquelle l'enfant est couché, le membre inférieur malade entouré de ouate et maintenu par des lacs, avec un poids destiné à faire céder la résistance musculaire jusqu'à ce que la jambe soit dans une bonne extension. Si le poids ne suffit pas, on a recours alors au chloroforme sous l'influence duquel toute contraction des muscles cesse, de sorte que le membre peut être placé dans une bonne attitude. J'ai complété l'appareil de Guersant par deux petites planchettes contre lesquelles les pieds s'appuient et qui, mobiles, peuvent reculer grâce à une vis sans fin. On peut ainsi soigner l'enfant, surveiller l'articulation malade et appliquer les agents topiques nécessaires.

Si le membre n'a pas pris une attitude vicieuse, nous avons l'excellent appareil ouaté de M. Guérin qui fixe solidement le bassin et le trochanter. Il nécessite le premier jour 60 mètres de bande, le lendemain 30 autres mètres et le surlendemain encore 30 mètres. L'appareil est à la fois suffisamment compressif et immobilisateur et tout aussi bon que les appareils plâtrés. De plus, il permet encore à l'enfant de se mouvoir un peu sans inconvénient.

A côté de cet appareil, je placerai celui de M. Verneuil qui consiste en une ceinture et une attelle métalliques, noyées dans la ouate, flexibles, et qui doit être fixé avec des bandes silicatées. De même que l'appareil Guérin, il permet encore quelques mouvements généraux.

Puis vient la gouttière de Bonnet que vous connaissez tous également et qui est encore le meilleur de tous les appareils malgré ses inconvénients de coûter fort cher, de devoir être fait sur mesure et qui, à moins d'y faire une fenêtre spéciale, ne permet pas de surveiller l'articulation. Cependant il est indispensable dans certains cas.

Voilà donc déjà quatre formes ou moyens d'immobilisation; je citerai, pour mémoire seulement, car ils sont loin de valoir les précédents, tous appareils faits avec des attelles en bois.

Si l'articulation coxo-fémorale continue à être malade, si la maladie est confirmée avec tous ses accidents et la position vicieuse du membre acquise depuis longtemps, votre premier soin sera de redresser le membre dans une bonne attitude, le malade étant chloroformisé, puis de l'immobiliser. Si la coxalgie est dans son plein, avec résistance osseuse, vous devrez vous efforcer de les vaincre et de briser la soudure osseuse si cela est nécessaire, opération d'ailleurs qui est sans aucun danger et ne donne généralement lieu à aucun accident.

Parfois vous vous trouverez en face de rétractions musculaires d'origine réflexe; là encore vous devrez redresser le membre avant toute immobilisation, en choisissant le moment voulu, c'est-à-dire en attendant que les accidents inflammatoires aient disparu.

Mais un abcès peut s'être développé, vous aurez alors recours au bistouri et aux lavages antiseptiques ou aux injections d'éther iodoformé.

D'autre part, tous les soins voulus ont été donnés au petit malade, et au bout d'un, deux ou trois ans, il est guéri, il n'y a plus de douleurs et l'enfant commence à marcher avec des béquilles, il faut le surveiller avec soin, vous méfier des rechutes, ne pas abandonner tout d'un coup, mais seulement peu à peu, l'appareil inamovible portatif qui est venu remplacer le premier appareil, le remettre de temps en temps, jusqu'à ce qu'il n'y ait plus ni douleurs, ni chaleur, ni abcès, etc., et que l'ankylose se soit produite. Car la coxalgie est une des maladies les plus décevantes que je connaisse et qui, lorsqu'elle guérit, se termine toujours par une ankylose plus ou moins forte, plus ou moins apparente, quelquefois avec une déformation absolue et un raccourcissement énorme.

Je passe maintenant aux autres causes de boiteries et d'abord à la luxation congénitale de la hanche. Celle-ci est ordinairement incomplète dès le début et ce n'est que peu à peu qu'elle augmente. Que faut-il faire ? Empêcher par un appareil spécial, convenablement moulé sur le petit sujet, qu'elle s'accentue et que la tête du fémur continue à remonter hors de l'articulation.

Quant aux arthrites du genou ou du cou-de-pied, il faut

tout d'abord les traiter par les révulsifs, les vésicatoires, et l'immobilisation, moyens auxquels on ajoutera, si l'arthrite est aiguë, le salicylate de soude, et si elle est chronique, la teinture de colchique à la dose de cinq à dix gouttes pendant huit à dix jours, avec interruption pendant quelques jours et reprise du médicament, tout en prescrivant un traitement général par les toniques et local par le massage, l'électricité (courants doux) et quelques mouvements imprimés à l'articulation avec précaution pour éviter des raideurs, difficiles à vaincre plus tard. S'il y a lésions osseuses, ostéopériostites, petits abcès, on fera des injections d'éther iodoformé; si de grands abcès, râclage, grattage et antisepsie. S'il existe une ostéopériostite sans suppuration, une trochantérite, immobilisation, révulsions, pointes de feu, applications de jusquiame et belladone pour combattre la douleur, enveloppement dans l'ouate et le taffetas gommé, ponction de la région jusqu'au tissu osseux, qui fera comme une sorte de saignée de la région.

Ceci dit pour les lésions osseuses et articulaires, j'arrive maintenant à la paralysie infantile comme cause de claudication.

Cette affection peut se présenter à vous à différentes périodes. Au début, elle est fébrile, il existe un élément inflammatoire, de la congestion de tout l'axe spinal; dans ce cas, le traitement doit consister dans les révulsifs, tels que ventouses sèches, vésicatoires de courte durée comme application, pointes de feu répétées, etc., puis bains d'air chaud pour amener la transpiration, tandis qu'à l'intérieur on prescrit le chloral pour la nuit et, pour le jour, la teinture de ciguë et d'aconit à la dose de dix gouttes chaque par vingt-quatre heures, afin de prévenir les accidents nerveux, cérébraux, et de décongestionner la moelle.

Mais la première période, la période fébrile, est passée et l'enfant est paralysé sur un point, que faut-il faire? Le traiter par l'électricité, par des courants continus employés chaque jour pendant dix minutes, le pôle positif appliqué en haut, le pôle négatif en bas, et de temps en temps, tous les trois jours par exemple, on aura recours aux courants galvaniques. De plus on soumettra progressivement le malade à quelques exercices gymnastiques faits avec beaucoup de prudence. Il sera utile également de faire des massages sur le membre malade avec le baume de Fioraventi ou autres pommades de même genre.

Enfin, comme traitement général, on prescrira les bains sulfureux, les bains salés, les bains de mer, à la condition, bien entendu, que l'enfant ne sera pas trop nerveux, en même temps que les toniques et la noix vomique pour réveiller le système musculaire. Ce dernier médicament sera administré à la dose de une à deux gouttes avant chacun des principaux repas, dans une substance amère, pendant huit à dix jours, après quoi on en suspendra l'emploi pour le reprendre un peu plus tard de la même manière. On aura utilement recours aussi aux préparations arsenicales et phosphatées.

Enfin, à une période plus avancée, le traitement consistera dans le massage, l'électricité et les appareils orthopédiques portatifs.

Un mot, seulement, avant de terminer, des paralysies dues à des lésions cérébrales. Ici pas d'électricité, car loin d'augmenter l'excitation du système nerveux, tout doit tendre, au contraire, à la diminuer. Si la lésion cérébrale paraît être d'origine syphilitique, on aura recours à l'iodure de potassium, à la liqueur de Van Swieten, au sirop de Gibert; s'il s'agit d'un malade scléreux, vous prescrirez le bromure et l'iodure associés. Enfin ces petits cérébraux devront surtout éviter toute excitation, quelle qu'elle puisse être, et le traitement sera celui de la maladie, principale cause de la boiterie.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de l'albuminurie et du mal de Bright (1),
par E. Lecorché et Ch. Talamon.

Ainsi que son titre l'indique, l'ouvrage de MM. Lecorché et Talamon est divisé en deux parties: l'albuminurie et le mal de Bright. La première comprend quatre grands chapitres : 1° les albuminoïdes et leurs réactifs chimiques; 2° l'albuminurie expérimentale; 3° l'albuminurie *dite* physiologique ou normale; 4° l'albuminurie pathologique.

« La glomérulite aiguë desquamative représente le véritable substratum anatomique, la condition *sine qua non* de toute albuminurie. » Dans cette formule se résume l'opinion des auteurs sur le mécanisme du symptôme albuminurie. L'albuminurie dite physiologique ou normale n'existe donc pas; toujours elle traduit une lésion glomérulaire, le plus souvent passagère et curable.

Il faut toutefois se défier de ces albuminuries transitoires et craindre que ceux qui en sont atteints ne deviennent plus tard des brightiques. Le dernier chapitre de cette première partie est consacré à l'étude séméiologique de l'albuminurie.

Adopter le terme mal de Bright et non celui de néphrites, constitue déjà une véritable déclaration de principes, une profession de foi uniciste; c'est indiquer nettement que l'on considère les diverses néphrites comme dépendant d'un même ensemble morbide, et non comme des maladies distinctes susceptibles d'évoluer isolément ou de se combiner dans des formes mixtes.

« Pour nous, contrairement à l'opinion de Gull, disent les auteurs, l'expression de mal de Bright répond à quelque chose de parfaitement défini, et ce quelque chose a sa définition non seulement clinique, mais encore anatomique. Cliniquement le mal de Bright est constitué par trois ordres de symptômes fondamentaux:

L'albuminurie;
L'urémie;
L'œdème.

Au point de vue de la physiologie pathologique, chacun de ces symptômes a son équivalent.

L'albuminurie dans la glomérulite;
L'urémie dans l'altération des cellules tubulaires;
L'œdème dans l'asthénie cardio-vasculaire.

Ces trois termes se tiennent et s'enchaînent l'un et l'autre en s'influençant mutuellement, car si l'asthénie cardio-vasculaire explique l'œdème, elle favorise en même temps l'albuminurie en ralentissant la circulation glomérulaire, et l'urémie en diminuant l'excrétion rénale par abaissement de la pression sanguine. D'autre part, les lésions glomérulaires, en privant les épithéliums tubulaires du sang nécessaire à leur nutrition et à leurs fonctions, aggravent leurs altérations. Et enfin, à leur tour, les lésions tubulaires, en empêchant la dépuration du sang, troublent la nutrition générale, affaiblissent l'organisme et facilitent la production de l'asthénie cardiaque et vasculaire. »

Il résulte de cette systématisation que l'altération glomérulaire, la glomérulo-néphrite, tient la première place dans les diverses formes du mal de Bright. C'est du reste à la glomérulo-néphrite que les recherches les plus récentes tendent à donner l'importance primordiale.

(1) Un vol. in-8° de 774 pages. Prix : 14 francs. — Paris, O. Doin.

Le point de départ est le même pour ces formes diverses, les aboutissants variés. Ce qui règle surtout l'évolution ultérieure de la néphrite, c'est le degré plus ou moins grand de généralisation de la lésion première, la glomérulo-néphrite, qui peut être aiguë et généralisée, aiguë et disséminée, ou d'emblée chronique et partielle.

La *glomérulo-néphrite aiguë généralisée* peut se terminer par la mort : les lésions sont alors celles de la néphrite scarlatineuse ou cantharidienne. Elle peut guérir. Il peut se faire aussi que les lésions interstitielles et tubulaires se développent et, suivant leur prédominance, l'affection évoluera vers le gros rein blanc ou le petit rein contracté blanc ou rouge. La mort peut du reste l'arrêter en route à des périodes diverses de cette évolution.

La *glomérulo-néphrite aiguë disséminée* peut guérir ou bien suivre la même progression, soit vers le petit rein, blanc ou rouge, soit vers le gros rein blanc.

Quant à la *glomérulo-néphrite chronique partielle*, précisément parce qu'elle est partielle, si elle ne guérit pas, elle tend à évoluer vers l'atrophie qui a le temps de s'accomplir au maximum. Elle tend donc vers le petit rein, blanc ou rouge.

Le gros rein blanc, le petit rein blanc, le petit rein rouge contracté représentent des degrés divers du même processus anatomo-pathologique. On ne peut pas dire cependant qu'ils peuvent se transformer l'un dans l'autre, parce que chacun d'eux est inconciliable avec la vie : ils représentent des points d'arrivée et non des étapes d'évolution. Les néphrites de transition existent cependant, elles constituent des stases intermédiaires entre les glomérulo-néphrites aiguës généralisées, ou la glomérulo-néphrite chronique partielle et le petit rein rouge granuleux. Les gros reins blancs, les petits reins blancs typiques ne peuvent plus subir de transformation, leur évolution est arrêtée, parce qu'ils sont, nous l'avons dit, par la nature et l'étendue de leurs lésions, inconciliables avec la conservation de la vie.

Un ingénieux schéma, de MM. Lecorché et Talamon, fait comprendre d'un coup d'œil ce système très simple en réalité.

MM. Lecorché et Talamon comprennent donc les néphrites d'une façon originale et personnelle. Il faut reconnaître que leur systématisation rend très bien compte de l'ensemble si complexe que représente le mal de Bright et des relations des diverses néphrites entre elles. On peut la considérer comme un aboutissant logique des nombreuses recherches entreprises sur les néphrites depuis surtout dix ans d'ici.

L'espace nous manque pour donner une analyse suffisante de l'étude du mal de Bright, ce que nous en avons dit ne représentant en quelque sorte que la théorie générale exposée sous forme de préface. Les auteurs passent successivement en revue l'anatomie pathologique, les causes, les symptômes fondamentaux du mal de Bright. Un chapitre est consacré à l'évolution générale et aux formes cliniques ; la médication et le traitement sont ensuite étudiés avec tout le soin qu'ils méritent.

Signalons particulièrement l'étude des phénomènes cardio-vasculaires. Les auteurs se rattachent à la théorie de Traube qu'ils modifient d'une façon ingénieuse. L'imperméabilité relative des reins, la lésion épithéliale des glomérules amènent l'élévation de la tension sanguine et la rétention dans le sang de l'eau, des principes qui devraient normalement être éliminés par les urines. Si la lésion rénale, d'abord limitée, se généralise et évolue lentement, le cœur s'hypertrophie, et l'équilibre est un temps rétabli ; mais les artérioles s'enflamment, se rétrécissent, la nutrition du myocarde se fait mal, le cœur se dilate, et l'asystolie survient. Dans les cas à marche aiguë, au contraire, lorsque les lésions glomérulaires sont rapidement généralisées, le cœur n'a pas le temps de s'hypertrophier, il se dilate presque d'emblée, et de l'asthénie cardio-vasculaire résulte l'anasarque. Entre ces deux possibilités extrêmes, tous les intermédiaires peuvent se rencontrer. En tous cas l'hypertrophie marquée ne peut correspondre qu'aux formes à évolution lente.

C'est donc encore ici la rapidité plus ou moins grande de l'évolution des lésions rénales qui entraîne des formes anatomo-pathologiques et cliniques différentes. Tout dépend de la nature des *causes* qui, suivant leur intensité, peuvent amener, comme la scarlatine, une glomérulo-néphrite aiguë généralisée, qui tue en quelques jours ; comme la tuberculose chronique, la syphilis tertiaire, les suppurations prolongées, une glomérulo-néphrite disséminée à généralisation lente ; comme l'intoxication saturnine, une glomérulo-néphrite disséminée à généralisation très lente. Suivant qu'il est soumis à ces causes diverses, suivant sa force individuelle de résistance, le brightique aboutit plus ou moins rapidement à l'urémie et à la cachexie cardio-vasculaire, termes réguliers de la maladie lorsqu'elle n'est par arrêtée en route par quelque accident ou quelque complication.

Ce livre n'est certes pas banal ; il a des allures très personnelles. La théorie du mal de Bright, qui lui sert de charpente, est un schéma clair et logique d'un ensemble de faits très complexe. Cette théorie résume heureusement les connaissances récemment acquises ; elle encadre bien les faits cliniques si variés dans leurs allures. Il y a plus et mieux ; on sent que ce livre est l'œuvre de médecins, qui sont à la fois des érudits et des observateurs, des savants et des cliniciens. Les deux auteurs ont du reste fait leurs preuves à ce double point de vue.

Manuel de diagnostic des maladies internes par les méthodes bactériologiques, chimiques et microscopiques (1), par R. V. Jaksch, professeur à l'Université de Graz. — Traduit par M. Moulé, médecin vétérinaire.

Depuis plusieurs années, l'application du microscope et de la chimie aux recherches cliniques, au diagnostic même des maladies, a pris une importance très grande. Les indications techniques qui les concernent, se trouvent disséminées dans des ouvrages spéciaux, et quelquefois dans des revues. Pour l'examen d'un même liquide, par exemple, on est obligé de faire appel à des notions d'ordres très différents. Il est difficile au médecin d'aller rapidement à la recherche des divers procédés utilisables. D'autre part, il se trouve en présence de méthodes d'une inégale valeur. La nécessité d'un manuel semblable à celui de M. Jaksch était évidente. Il fallait faire, pour les cliniciens, ce que d'autres ont fait plus particulièrement pour les histologistes et rassembler les données empruntées à des branches différentes de la science, en s'efforçant surtout d'être à la fois clair et précis.

L'auteur s'est proposé de réunir, dans le présent manuel, les procédés de bactériologie, de microscopie et de chimie applicables au diagnostic ; ils concernent surtout les sécrétions et les excrétions, les liquides normaux et pathologiques. Les divers chapitres qui composent ce livre sont les suivants : le sang, les produits de la cavité buccale, le mucus nasal, les crachats, le suc gastrique et les vomissements, les matières fécales ; analyse de l'urine, examen des exsudats, des transsudats et des liquides cystiques, examen des sécrétions des organes sexuels, technique bactériologique. Des figures en noir et en couleur aident à la démonstration.

C'est chose précieuse que d'avoir, condensées dans un seul ouvrage, les notions relatives aux modifications des sécrétions et des excrétions, des liquides normaux et pathologiques, surtout lorsque, comme dans le cas présent, cet exposé est fait par un homme compétent.

Malgré des mérites très réels, il y a des lacunes dans ce livre ; quelques annotations les eussent facilement comblées. Ainsi dans l'examen du sang, il n'est pas indiqué d'autre méthode que celles de Thoma-Zeiss, de Bizzozero et de Fleischl ; les méthodes françaises de Malassez et surtout de Hayem, qui ne leur cèdent en rien, sont passées sous silence ; la recherche des bacilles de la tuberculose est donnée d'une façon trop brève, les méthodes rapides sont laissées de côté ; le chapitre qui termine l'ouvrage, consacré à la technique bactériologique, est beaucoup trop bref, il est d'une concision exagérée et partant peu clair ; aucune fi-

(1) Un beau vol. in-8° raisin. Prix : 18 francs. — Paris, Georges Carré, édit., 58, rue Saint-André-des-Arts.

gure ne lui correspond. Il ne peut guère que donner une idée très générale de la technique employée.

Malgré ces réserves, le livre de Jacksch, traduit avec soin par M. Moulé, n'en reste pas moins des plus recommandables.

Dégénérescence et criminalité; essai physiologique (1), Par Ch. Féré.

La concurrence vitale excessive, l'adaptation de plus en plus difficile des individus aux conditions de la vie sociale, le surmenage nerveux sous toutes ses formes, amènent à se constituer des familles d'êtres incomplets, mal équilibrés, de véritables dégénérés. Les uns sont des nerveux, des bizarres, des épileptiques, etc., les autres des aliénés. Beaucoup de criminels sont aussi des dégénérés : doivent-ils donc être considérés comme des malades ; dans quelle mesure sont-ils responsables de leurs actes? La société qui a le droit et le devoir de se prémunir contre leurs méfaits doit-elle les traiter ou les punir? Ce sont là les hautes questions, physiologiques et philosophiques que le docteur Féré, médecin de Bicêtre, envisage sous leurs différents aspects, avec la compétence qu'on lui connaît. La lecture de son travail doit être conseillée à tous ceux qu'intéressent ces problèmes importants : les rapports du contrat social, de la criminalité, et de la dégénérescence névropathique; l'état mental des criminels et la défense de la communauté contre le crime. Albert Mathieu.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêtés préfectoraux, en date du 17 mai 1888, M. le docteur Dagonet (Henri), médecin en chef de l'asile Sainte-Anne, est admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à la retraite et nommé médecin honoraire des asiles publics d'aliénés du département de la Seine.

M. Dubuisson (Paul), médecin-adjoint, est nommé médecin en chef de la division des hommes de l'asile Sainte-Anne.

M. Dagonet (Jules) est nommé médecin-adjoint dudit asile.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Drouin est nommé préparateur du cours de chimie, en remplacement de M. Fauconnier.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Hacot est chargé des fonctions d'aide-préparateur des travaux d'anatomie pathologique et d'histologie, en remplacement de M. Thiéry.

— MM. Huchard, médecin de l'hôpital Bichat, et Schwartz, chirurgien des hôpitaux, sont chargés d'une mission à l'effet d'étudier l'installation des laboratoires et des hôpitaux en Allemagne et en Autriche.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bégin, bibliothécaire honoraire et médecin à la bibliothèque nationale, décédé le 31 mai 1888, à l'âge de quatre-vingt-six ans; Felizet (de Maizières); François (d'Abbeville) et Gestin (de Quibignon).

— M. le docteur Dumontpallier commencera son cours de clinique des maladies des femmes, le samedi 9 juin 1888, à neuf heures et demie, à l'Hôtel-Dieu, dans l'amphithéâtre spécial de gynécologie, et le continuera les samedis suivants. Les lundis et vendredis, consultations avec examen au spéculum.

— M. Hénocque fera, au Collège de France (salle n° 6), des leçons sur la spectroscopie du sang, à partir du samedi 9 juin et les samedis suivants, à quatre heures.

Il traitera des applications de la spectroscopie du sang à la physiologie, à la pathologie, à la thérapeutique et à la toxicologie.

(1) Un vol. de la « Bibliothèque de philosophie contemporaine ». Prix : 2 fr. 50. — Paris, F. Alcan.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 65. — JEUDI 7 JUIN 1888. 61e ANNÉE. JEUDI 7 JUIN 1888. — N° 65.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . : 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le double rapport lu, dans la dernière séance, par M. Cornil, sur les recherches de MM. Doyen (de Reims) et Widal, relatives à la fièvre puerpérale et à l'érysipèle, avait soulevé une courte discussion. La suite de cette discussion a occupé une grande partie de la séance d'aujourd'hui. M. Hervieux, avec sa compétence en la matière, est venu rappeler les faits qu'il a soumis à l'Académie en 1885, et a pu facilement démontrer de nouveau que, dans cette circonstance, les études bactériologiques de MM. Doyen et Widal n'ont fait que trancher une fois de plus la question des rapports de l'érysipèle et de la fièvre puerpérale, tant de fois et depuis si longtemps tranchée déjà par les recherches cliniques. On trouvera, au compte rendu, un résumé de cette communication qui contient des faits instructifs au point de vue de l'étiologie de la fièvre puerpérale, ou mieux de la septicémie puerpérale. Il résulte de cette discussion ce fait intéressant et tout à l'avantage de la bactériologie, c'est que là où les cliniciens ne trouvaient rien à l'autopsie, dans les cas de septicémie ou de fièvre puerpérale dite essentielle, les bactériologistes ont trouvé quelque chose, le fameux streptococcus. M. Guéniot s'est hâté d'en tirer, peut-être un peu trop vite, une déduction thérapeutique basée, d'une part, sur la connaissance du siège à attaquer, et, d'autre part, sur les moyens antiseptiques que nous possédons aujourd'hui. Mais il ne faut pas s'y fier, ainsi que l'a fait justement observer M. Cornil; car ce n'est pas seulement sur la face interne de la cavité utérine qu'on trouve des streptococci dans ces cas; il y en a un peu partout. Mieux vaut donc, en obstétrique comme en chirurgie, s'appliquer à être aseptique, que d'avoir à devenir antiseptique.

M. Marty, au nom de la commission d'hygiène, a commencé la lecture d'un très important rapport sur le plâtrage des vins. Nous attendrons la fin de ce consciencieux document pour en rendre compte. Nous ne voulons aujourd'hui qu'en retenir ce fait, que les vœux, déjà plusieurs fois exprimés par l'Académie consultée à ce sujet, attendent encore leur exécution.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. VERNEUIL.

Le pronostic des amputations de cuisse.

Depuis un certain nombre d'années, le pronostic des amputations de cuisse a changé de fond en comble, et cette opération, autrefois si grave qu'elle entraînait dans les hôpitaux de Paris une mortalité d'au moins 75 à 80 p. 100, est devenue actuellement d'une grande bénignité.

Ce n'est pas, cependant, que, de temps en temps, elle ne donne lieu à quelques incidents dignes de toute l'attention des chirurgiens, quoiqu'ils ne soient pas de nature à compromettre la vie : je veux parler de certains accidents consécutifs qu'autrefois on n'avait guère le temps de voir se développer, la mort qui frappait nos amputés survenant avant qu'ils aient pu se produire.

L'un de nos amputés — celui qui est couché au n° 2 de notre salle des hommes — nous en offre actuellement un exemple intéressant. Nous avons tous vu des cas de névralgie traumatique du moignon, secondaire, précoce, céder au sulfate de quinine. Nous avons vu des pseudo-névralgies du moignon, dues à des périostites, des ostéites ou des médullites de la portion conservée du fémur amputé. Ce ne sont pas là de véritables névralgies, mais des moignons douloureux, moignons dans lesquels la palpation, la pression, déterminent de véritables douleurs, par suite de l'épaississement de l'os et du périoste, surtout dans les cas d'ostéomyélite, par suite aussi quelquefois d'hyperostoses plus ou moins considérables. J'ai vu aussi, avant que l'on connût les méthodes antiseptiques, dans certains cas de réunion immédiate, se produire un degré plus ou moins grand de mortification de la partie terminale du fémur, et un temps assez long était nécessaire pour voir sortir de petites esquilles du moignon. De là, certaines préférences pour les pansements ouverts.

La douleur dans le moignon peut encore être le résultat de la formation de névromes terminaux, consécutifs à la section des nerfs; mais ces névromes, quoique constants, sont indolents chez certains sujets, tandis que chez d'autres ils sont extrêmement douloureux, et à tel point même que le moindre attouchement détermine une sensation des plus pénibles. C'est en vue de parer aux douleurs, résultant de la moindre pression, que j'ai émis il y a déjà longtemps, — en 1852, — le précepte de réséquer toujours les nerfs dans une certaine étendue avant d'appliquer le premier pansement. J'avais vu, dans la dissection du moignon à la suite

d'une amputation partielle du pied par un procédé détestable, le lambeau latéral interne, pris pour recouvrir le moignon, contenant dans ses parois le nerf tibial postérieur; par suite le moignon était devenu d'autant plus douloureux qu'en marchant le malade pressait sur ce nerf, de là des névromes, et par suite le précepte de réséquer les nerfs des lambeaux.

A la même époque, un jeune chasseur, prenant son fusil par le canon, fit partir son arme, de telle sorte que toute la charge lui laboura l'extrémité supérieure du bras droit. La désarticulation de l'épaule dut être pratiquée, et le fut sans incidents. Mais pendant le pansement que je faisais moi-même, chaque fois que je touchais la commissure inférieure de la plaie, je déterminais une vive douleur, si léger que fût le contact de mes doigts. Or, comme les nerfs ne se rétractent pas comme les vaisseaux, il arrivait que je touchais involontairement les tronçons du plexus brachial et produisais ainsi une douleur extrêmement intense.

C'est pourquoi, depuis longtemps, j'ai pris la précaution de ne plus laisser de tronçons nerveux dans les moignons de mes amputés.

Ces névromes, qui se forment à la suite des amputations, sont très lents à se produire, ils exigent toujours au moins plusieurs mois.

Mais pour revenir à notre malade du nº 2 de la salle des hommes, qui sert de prétexte à cette leçon, il ne s'agit pas de douleurs névralgiques tenant à des névromes traumatiques nouveaux, car l'opération est pour cela beaucoup trop récente. Ces douleurs ne tiennent pas non plus à quelque inflammation : ostéite, ostéomyélite ou périostite; aucune trace non plus d'ostéophytes, point de nécrose terminale interne; mais mon malade est un pauvre garçon des plus misérables, ses poumons sont ceux d'un tuberculeux, et la maladie, pour laquelle je me suis décidé à l'opérer, est une ostéo-arthrite tuberculeuse du genou, compliquée de douleurs irradiant dans tout le membre inférieur jusqu'à sa racine, le long du nerf sciatique.

C'est dans ces conditions que je l'ai amputé de la cuisse, amputation avec pansement antiseptique; les suites ont été très bonnes : pas la moindre fièvre, pas d'inflammation du moignon, pas le plus petit accident. J'en suis donc réduit à conclure que, chez cet homme, il s'agit purement et simplement de douleurs dues à une névrite du nerf sciatique, dont le début est antérieur à l'amputation du membre.

On a décrit des névrites postérieures à l'opération, des névrites ascendantes; c'est là une question dont je me suis occupé avec M. Nepveu : j'ai fait avec lui un travail sur ce sujet.

J'ai vu aussi, en ville, un malade atteint d'une névrite du nerf tibial postérieur, survenue à la suite de l'extraction de l'astragale. J'espérais obtenir un très beau résultat, tandis que j'ai vu, au contraire, les douleurs se perpétuer, douleurs très vives, surtout dans le talon, suivant un trajet fistuleux qui remontait le long des nerfs tibiaux. J'ai alors drainé, râclé le trajet, agrandi son ouverture: rien n'a fait, et j'ai été forcé d'en arriver à faire l'amputation de la jambe dans sa partie moyenne. J'ai pu constater ainsi qu'il s'agissait d'une névrite du tibial postérieur, dont je n'avais pas franchi les limites, si bien que cet homme, quoique guéri aujourd'hui, continue à souffrir et sent son pied, son talon, toujours douloureux, malgré l'amputation faite à la partie moyenne de la jambe. L'application d'un vésicatoire a amené un peu de soulagement; mais s'il ne se produit pas d'ici à quelque temps une amélioration notable, j'en arriverai à réséquer une portion de son nerf sciatique.

J'ai constaté encore aujourd'hui dans nos salles des accidents tardifs chez une amputée. Il s'agit d'une petite fille entrée ici l'année dernière pour une jambe flottante, suite d'une fracture survenue dans les premiers mois de sa naissance, fracture qui ne s'est jamais consolidée, mais s'est terminée par une pseudarthrose. Comme je ne pouvais pas espérer obtenir une consolidation, je me suis décidé à amputer la jambe de cette enfant il y a quelque temps. Elle avait alors quatorze ans, elle était obèse, ayant des cuisses énormes; l'opération a très bien réussi, aucun incident n'a eu lieu, la réunion s'est très bien faite. Bref, les suites ont été très bénignes, et elle a quitté l'hôpital. Mais, fait curieux, chaque fois qu'elle essaie de porter son appareil prothétique, chaque fois que son moignon pend ou frotte sur un corps quelconque, on voit se développer sur lui des pustules d'acné qui grandissent, s'ulcèrent, prennent une teinte livide, analogue à celle des taches scorbutiques, en un mot on constate des troubles trophiques.

Quant au malade du nº 2 — j'y reviens de nouveau — j'aurai recours, pour sa névrite, à un repos absolu pendant un certain temps, à des applications résolutives. J'ajoute que cet homme n'est ni un glycosurique ni un albuminurique: mais il a des téguments qui ne supportent ni la déclivité ni la moindre pression ; de sorte que j'en suis réduit à ne savoir que faire.

— Aujourd'hui, je suis décidé à pratiquer encore une amputation de cuisse, malheureusement dans des conditions mauvaises, c'est-à-dire chez un homme fort et en apparence bien constitué, pour une arthrite du genou traitée sans aucun succès par toutes sortes de moyens, parmi lesquels je citerai notamment les pointes de feu, traitée aussi par les toniques à l'intérieur.

Pendant un certain temps, cet homme a eu des troubles gastriques, un ventre gros, sans aucune lésion abdominale, un amaigrissement accentué; il est pâle, pour ainsi dire cachectisé, avec œdème prononcé du membre malade, depuis son extrémité inférieure jusqu'au pli de l'aine, pouvant tenir à quelque thrombose. Cependant, je crois devoir procéder à l'amputation, ce malade nous présentant encore quelques chances de guérison, d'autant plus que nous ne trouvons chez lui ni tuberculose ni cancer.

Et pourtant, d'autre part, si, après l'opération, il tombait dans la stupeur, dans l'adynamie, si l'œdème gagnait le membre inférieur du côté opposé, s'il survenait de la diarrhée, s'il succombait enfin rapidement dans le marasme, je n'en serais nullement surpris.

Bref, je l'avoue, je ne sais pas du tout la cause de l'émaciation, de l'état cachectique de ce malade, d'autant plus que sa tumeur blanche du genou ne s'accompagne d'aucune suppuration. Il y a là un *ignotum* que nous ne parvenons pas à déceler.

HOPITAL NECKER. — M. PETER.

Deux cas de bronchopneumonie.

Les deux malades atteints de bronchopneumonie, dont je veux vous parler aujourd'hui, présentent cette particularité que si, chez tous deux, il s'agit de la même maladie, cependant les caractères qu'elle présente sont très différents dans chacun de ces deux cas.

Chez le n° 19 l'affection n'est pas simple, franche ; elle s'est développée chez un sujet préalablement tuberculeux. Chez le n° 2, au contraire, la maladie est simple et franchement inflammatoire ; le sujet est un alcoolique invétéré et, de plus, un cardiaque.

Voici, d'ailleurs, l'observation de chacun d'eux :

Le n° 19 est un homme de trente-neuf ans, dont les tatouages de la paroi antérieure de la poitrine indiquent chez lui des passions plus ou moins violentes. Homme de plume, déclassé, il exerce la profession d'écrivain public et paraît avoir eu une de ces existences quelque peu accidentées, qui favorisent le développement de la tuberculose, surtout si l'on y joint l'habitude d'une vie sédentaire dans un air confiné pendant une grande partie du jour et aussi, assez vraisemblablement, des habitudes d'alcoolisme.

Si nous consultons ses antécédents héréditaires et personnels, nous trouvons les faits suivants : son père vit encore actuellement ; sa mère est morte, elle a succombé à la rupture d'un anévrysme. Il a une sœur, laquelle est bien portante. Quant à lui, marié et père d'un enfant vigoureux, il a eu la rougeole à l'âge de douze ans ; il a été soldat pendant sept ans, il n'a jamais été malade, n'a jamais eu la syphilis. Mais, dans ces derniers temps, il a commencé à s'enrhumer facilement ; cependant l'état général restait bon, il n'avait pas maigri, lorsque, au commencement du mois dernier, — il y a six à sept semaines environ, — il a été pris de crachements de sang, crachements peu abondants, mais qui ont persisté pendant une dizaine de jours.

En même temps, il a eu un peu de fièvre le soir, l'appétit s'en est allé, les forces se sont perdues. Il a traîné ainsi pendant quelques jours, puis s'est décidé à entrer dans le service de M. Rendu. Là, on a constaté l'existence d'une pleurésie du côté droit et on a appliqué d'abord quatorze ventouses scarifiées, puis un vésicatoire sous le sein droit. Treize jours plus tard, il a quitté l'hôpital sans qu'il eût été nécessaire de ponctionner la cavité pleurale.

Ce malade a donc craché du sang, il a eu une pleurésie et sa pleurésie était du côté droit. Voilà trois faits importants.

A ce propos, je vous rappellerai qu'Hippocrate a dit, il y a quelque 1800 ou 2000 ans, que l'empyème ne réussissait pas autant à droite qu'à gauche, et il y a quelques années, un médecin des hôpitaux de Paris, M. Aran, a signalé, de son côté, que la pleurésie était plus fréquente à droite qu'à gauche chez les tuberculeux.

Quoi qu'il en soit, toujours est-il que notre malade a eu une pleurésie à droite, et que la pleurésie est une affection dont il faut toujours se méfier. Un individu se refroidit : s'il est rhumatisant il aura une affection rhumatismale ; s'il est lymphatique il aura quelque maladie de tout l'arbre aérien, de toutes ses muqueuses de proche en proche, depuis le rhume de cerveau, jusqu'à la laryngite, la bronchite, etc. ; enfin s'il contracte une pleurésie, c'est qu'il est plus défectueux encore, à plus forte raison s'il est tuberculeux, parce que, dans ce cas, son organisme est encore moins résistant.

Donc, notre malade a quitté l'hôpital, malgré M. Rendu, au bout de treize jours, incomplètement remis. Il a repris son travail, mais dès que le soir arrivait il était extrêmement fatigué et, de plus, l'appétit était mauvais.

Enfin, il y a neuf jours, il a eu une forte hémoptysie, rendant un grand verre de sang ; en même temps, la fièvre s'est allumée, une céphalalgie intense et des vomissements ont apparu. Le soir le malade a éprouvé une douleur assez vive dans le côté gauche de la poitrine au-dessous du mamelon avec de petits frissons. La nuit a été sans sommeil. Les jours suivants, le malade a gardé le lit, la fièvre, l'insomnie, etc., persistant, et c'est seulement il y a cinq jours qu'il est entré dans mon service.

Or, ce n'est pas ainsi que débute la bronchopneumonie franche, laquelle commence par de grands frissons comme dans la pneumonie ordinaire.

A son arrivée à l'hôpital, la température n'était pas très élevée, 38°4 ; la dyspnée était intense, la douleur du côté moins vive qu'au début, la céphalalgie violente. Le cœur fonctionnait convenablement et n'était pas déplacé ; le foie était normal, la rate n'était pas grosse et il n'y avait pas d'albumine dans les urines. L'examen de la poitrine fournissait les signes suivants : à gauche et en arrière, matité du haut en bas, à partir de l'omoplate ; souffle intense, râles sous-crépitants fins ; vibrations vocales conservées et même légèrement augmentées au niveau de la matité ; bronchophonie sans égophonie. En avant à la partie inférieure, matité et râles sous-crépitants.

A droite, pas de matité au sommet, en arrière ; en avant, un peu d'obscurité du son sous la clavicule, respiration rude soufflante à ce niveau avec râles ronflants et sibilants. De même au sommet gauche au-dessus du point où cessent les râles sous-crépitants : respiration rude, soufflante. Quelques râles sibilants, toux peu fréquente ; pas de crachats.

Le malade étant un peu affaibli, on ne lui applique que quarante ventouses sèches à gauche. Le lendemain 37°2 le matin et 37 degrés le soir ; mêmes signes stéthoscopiques souffle intense dans toute la moitié inférieure du poumon gauche ; bouffées de râles sous-crépitants fins ; fièvre tombée ; sommeil, un peu d'appétit. Crachats peu abondants, liquides, muqueux avec quelques crachats striés, pneumoniques. Traitement : application d'un grand vésicatoire à la région antéro-latérale gauche.

Lundi, 36°6 ; respiration facile, le malade parle sans gêne respiratoire. État général bon. La matité n'a pas varié à la base gauche ; souffle toujours intense avec râles sous-crépitants. Deux ou trois crachats jaunes, transparents, adhérents au vase.

Hier mardi, 36°8, crachats peu abondants, jaunes, transparents, adhérents au vase ; pas de gêne respiratoire.

Enfin, aujourd'hui mercredi, râles crépitants et sous-crépitants de retour à gauche ; le souffle a disparu ; râles soufflants à droite disparus également. Seuls les crachats hémoptoïques persistent ainsi que les signes de la tuberculose pulmonaire.

En effet, sous la clavicule droite on entend l'inspiration se faire en trois temps, saccadée, avec expiration prolongée, typique d'une tuberculose commençante. Cette inspiration indique que le poumon se déplisse mal et signifie des différences de densité dans le parenchyme pulmonaire, une élasticité diminuée. Cette respiration saccadée est le meilleur signe de la tuberculisation commençante, il ne manque jamais alors que tous les autres signes peuvent faire défaut. Elle ne peut être confondue avec celle que l'on observe quelquefois chez des sujets nerveux, chlorotiques, impressionnables ; mais chez eux elle ne persiste que pendant les premiers moments de l'examen de la poitrine ; c'est une respiration de surprise, d'émotion, non rythmée mais désordonnée, et qui se régularise peu à peu dès que la poitrine est apprivoisée au contact de l'oreille.

Quant à l'autre malade, celui du n° 2, mécanicien, âgé de

quarante-sept ans, il est encore souffrant parce que les symptômes n'ont pas encore tous disparu.

Le début de l'affection remonte à dix jours. Il a été pris brusquement, le lundi 20 de ce mois, de point de côté, de frissons, de mal de tête violent, de malaise général, et n'a pu travailler.

Agitation et insomnie la nuit suivante. Le lendemain, il se présente à la consultation pour entrer à l'hôpital et n'est pas admis; la gêne respiratoire était vive et la fièvre intense.

Le mercredi, troisième jour de la maladie, quelques vésicules d'herpès sur la lèvre inférieure, qui ne pouvaient être celles de l'herpès critique que l'on voit apparaître au septième ou au huitième jour de la pneumonie en même temps que les urines sédimenteuses. Ces vésicules sont analogues, comme phénomène, à la rougeur des pommettes du côté correspondant à la maladie respiratoire; c'est là un phénomène réflexe caractérisé par la dilatation des vaisseaux, par de l'érythème et une vésiculation. Ceci me rappelle certaine doctrine émise, à savoir que la pneumonie était un herpès du poumon. Il faut avouer que c'est pousser un peu loin l'amour des analogies.

Donc le mercredi, herpès de la lèvre inférieure, mal de tête, gêne respiratoire et vive douleur de côté.

Jeudi et vendredi même état.

Samedi le malade est admis à l'hôpital; 38°9, face rouge, anémie, céphalalgie violente, toux peu fréquente, crachats rares, urines très albumineuses.

Examen de la poitrine : à gauche et en arrière, matité dans les deux tiers inférieurs. Sonorité normale au sommet. Au niveau de la matité, vibrations vocales un peu diminuées relativement au côté droit. Râles sous-crépitants, fièvre, souffle intense, bronchophonie sans égophonie dans toute la moitié inférieure.

En avant, sonorité normale sous la clavicule; râles ronflants et sibilants; matité et râles sous-crépitants dans le tiers inférieur. Râles ronflants et sibilants dans tout le poumon droit sans matité ni souffle; 38°9. Traitement : 8 ventouses scarifiées, potion de Todd.

Dimanche 26. Température 37°5 le matin; 38°2 le soir. Respiration plus facile. Matité, râles sous-crépitants et souffle. Vibrations vocales toujours diminuées à gauche et à la base. Très léger épanchement : quelques gouttes de sérosité retirées par une ponction avec la seringue de Pravaz.

Lundi 27. Pouls 112; température 37°3; état général meilleur. Sommeil la nuit. Appétit. Expectoration peu abondante. A côté de quelques crachats pneumoniques, il y a des crachats sanguinolents plus liquides. Traitement : un vésicatoire à la base gauche.

Hier 37°6 et 88 pulsations. Crachats abondants, adhérents au vase, sucre d'orge et striés de sang noir et rutilant par places; à côté crachats de bronchite. Souffle à la partie moyenne; râles sous-crépitants à la périphérie du côté gauche. A droite râles ronflants et sibilants du haut en bas.

Bref, il s'agit encore ici d'une bronchopneumonie du côté gauche avec bronchite à droite. Mais il y a cette différence avec l'autre malade, que nous avons affaire ici à un cardiaque qui a eu aussi quelques hémoptysies au mois de janvier, mais d'origine cardiaque et non tuberculeuse comme chez le n° 19. Cet homme a, depuis de très longues années, une insuffisance mitrale, avec rétrécissement mitral datant d'un an environ.

NOTES CHIRURGICALES

Traitement de l'hydrocèle par le décollement et l'excision de la tunique vaginale. — M. Nicaise a insisté autrefois sur l'avantage qu'il y avait, dans la cure radicale de la hernie inguinale, à décoller le sac péritonéal de l'enveloppe fibreuse des bourses. Il pense que cette pratique doit être suivie dans le traitement de l'hydrocèle par l'excision, et il écrit à ce sujet un mémoire intéressant dans la *Revue de chirurgie* (février 1888).

Souvent, en effet, la doublure fibro-celluleuse, qui revêt extérieurement la tunique vaginale, s'épaissit et se vascularise dans les hydrocèles, surtout si elles sont anciennes. Cette tunique fibreuse est d'ailleurs vasculaire normalement ; ce qui permet de la distinguer de la séreuse qu'elle recouvre.

On aurait tort de se contenter aujourd'hui du procédé de l'incision pure et simple, tel que Volkmann le pratiquait tout d'abord. Il faut absolument, pour légitimer l'intervention sanglante dans la cure de l'hydrocèle, en venir à l'excision, la seule d'ailleurs pratiquée aujourd'hui, quoique, par habitude, on continue à parler de la méthode de l'incision.

L'excision est donc le seul procédé actuellement employé, mais tandis que Volkmann suture les lèvres de la vaginale à la peau, pour mettre à l'abri de l'infiltration le tissu lâche et fin qui double le dartos, M. Julliard ferme complètement les deux lèvres de la vaginale, sans les réunir à la peau, ni sans établir de drainage. Le scrotum est suturé séparément et un drain est placé dans l'angle inférieur de la plaie cutanée.

Bergmann va plus loin que Julliard, qui laissait de la séreuse ce qu'il en fallait pour recouvrir le testicule, il excise toute la portion pariétale de la vaginale, et le testicule n'est plus recouvert que par la peau du scrotum doublée de sa couche celluleuse.

M. Nicaise propose une nouvelle modification à la technique opératoire. *Il sépare la vaginale de son enveloppe fibreuse*, excise la séreuse isolée et la traite comme Julliard, par l'excision large et la suture complète, mais il respecte la tunique fibreuse externe. De la sorte, il évite une hémorrhagie toujours gênante, il ne lèse pas le tissu cellulaire qui se trouve protégé contre l'infiltration.

Cette décortication préalable de la vaginale n'est pas toujours possible; mais M. Nicaise conseille toujours de la tenter.

Eléphantiasis du nez; cure radicale par la décortication. — M. le docteur Doubre fait, dans les *Archives de médecine et de pharmacie militaires* (mars 1888), le récit d'un fait fort intéressant qu'il a pu observer. Il s'agit d'un cas d'éléphantiasis du nez, affection rare chez nous, mais fréquente dans nos colonies.

Le malade, vieillard de soixante-dix ans, entra à l'hôpital de Sidi-Bel-Abbès, pour une tumeur éléphantiasique volumineuse du nez. Cette difformité était, non seulement une cause de ridicule, mais elle gênait la préhension des aliments et obstruait complètement l'œil droit.

La peau rugueuse présente des dépressions, des élevures, elle donne au nez un aspect tubéreux, et forme une grosse masse oscillante qui tombe au-devant de l'orifice buccal ; il faut noter, à droite, une tumeur, du volume d'une noix, largement implantée sur la tumeur principale. La peau de la portion osseuse du nez est absolument saine.

Le chirurgien se décida à pratiquer la décortication telle que l'a décrite M. Ollier. Une incision fut faite sur la ligne médiane, allant de la portion osseuse à l'extrémité du lobule du nez, près de la sous-cloison. Ceci fait, l'extrémité droite de l'incision fut saisie entre les mors d'une pince, et la dissection fut commencée, lentement, à petits coups, enlevant la peau hypertrophiée, et pelant cet organe, comme s'il se fût agi d'une pomme de terre; mais l'opérateur avait soin de n'enlever que la peau et prenait garde d'entamer le tissu cartilagineux du nez. La masse éléphantiasique droite fut ainsi enlevée complètement ; tout le lobule et l'aile gauche du nez furent décortiqués jusqu'au pli naso-jugal. Le sang suintait en nappe et peu abondamment, une simple compression avec l'éponge suffit pour l'arrêter.

La masse enlevée pesait 32 grammes.

Le premier jour, pour tout pansement, on appliqua une rondelle d'agaric trempée dans l'eau de Pagliari. Les jours suivants, ce fut l'iodoforme qui fut employé.

Le vingt-deuxième jour le malade quittait l'hôpital complètement guéri et sans avoir jamais eu de douleurs, de gêne ou de fièvre à la suite de l'opération.

Cette observation méritait d'être rapportée, car il s'agit d'un fait rare, et d'un mode opératoire encore peu connu, mais fort recommandable. A. Ricard.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 juin 1888. — Présidence de M. Hérard.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend deux lettres de MM. Bottentuit et Villard, qui se portent candidats au titre de correspondant national.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA FIÈVRE PUERPÉRALE ET L'ÉRYSIPÈLE

M. Hardy rappelle que la clinique a depuis longtemps établi les rapports que M. Cornil a signalés à la dernière séance, entre l'érysipèle et la fièvre puerpérale. Tout le monde sait que, bien avant l'antisepsie, les deux maladies coïncidaient souvent.

A Saint-Louis, M. Hardy avait à la fois une salle de maladies de peau et une salle de femmes en couches. Les accouchées ayant été prises de fièvre puerpérale, il pensait mettre fin à cette épidémie, en les transportant dans la salle des maladies de peau, alors que les malades de cette salle étaient placées dans la salle d'accouchement. Or, si les accouchées se trouvèrent bien de ce changement, par contre, un grand nombre des malades atteintes d'affections cutanées, qui avaient des ulcérations, contractèrent des érysipèles. Quelques-unes en moururent.

Ce fait a déjà été signalé; on le trouve noté en particulier dans l'article « érysipèle » de M. Raynaud, qui relate d'autres cas semblables observés surtout en Angleterre.

Tel est le cas de ces deux médecins qui ouvrent ensemble un phlegmon érysipélateux, puis se séparent pour aller faire deux accouchements en des localités fort distantes l'une de l'autre. Les deux accouchées contractent une fièvre puerpérale dont elles meurent.

C'est dans le même ordre d'idées qu'il faut ranger les épidémies d'érysipèles se développant sur des élèves sages-femmes au moment où les femmes qu'elles soignent sont atteintes de fièvre puerpérale.

M. Hervieux fait observer que la question des rapports de l'érysipèle avec la septicémie puerpérale, tant de fois et depuis si longtemps tranchée par les recherches cliniques, vient de l'être une fois de plus par les études bactériologiques de MM. Doyen et Widal. Sans revenir sur les faits qu'il a déjà exposés à l'Académie de médecine (séance du 21 avril 1885), il rappelle qu'il ressort de ces faits :

1° Que l'érysipèle des femmes en couches n'est qu'une des expressions de la septicémie puerpérale, de même qu'il est une des formes de la septicémie chirurgicale et de la septicémie des nouveau-nés;

2° Que l'érysipèle et la septicémie peuvent s'engendrer réciproquement par voie de contagion.

La théorie microbienne telle que l'a exposée M. Doyen ne rendrait compte qu'en partie des faits de contagion. Sans parler des cas qui échappent à l'analyse et aux investigations les plus minutieuses, il y a des faits probants au point de vue de la contagion, faits dans lesquels celle-ci ne saurait être un instant révoquée en doute et qui cependant n'autorisent pas l'hypothèse du moindre contact. Dans ces cas, plus nombreux qu'on le croit, c'est par l'air ambiant et conséquemment par la voie respiratoire que s'opère la contamination de l'organisme. Or, la théorie microbienne ne sera complète, eu égard à la septicémie puerpérale, que le jour où elle aura démontré la pénétration du parasite spécifique dans l'organisme par la voie respiratoire. On croit généralement que, pour la septicémie puerpérale, comme pour toutes les maladies inoculables, la maladie est toujours constituée par une seule inoculation ou par une seule introduction du principe septique dans l'organisme. Si cela est vrai pour la syphilis, la rage, le charbon, la vaccine, cela n'est pas constamment exact pour la septicémie puerpérale. En effet, M. Hervieux a souvent constaté, chez des femmes en couches atteintes d'accidents puerpéraux en voie de guérison, des retours offensifs de l'affection et il a remarqué que ces retours offensifs coïncidaient toujours avec un toucher, une exploration, une injection, ou un pansement suspects. Il est un autre fait qui confirme cette manière de voir : c'est qu'à l'époque où la Maternité était le plus cruellement décimée, des malades très gravement atteintes étaient emmenées par leurs parents chez elles pour y mourir et y guérissaient par ce seul fait qu'elles étaient arrachées à ce milieu infecté.

Relativement au degré de gravité des différentes variétés de septicémie, M. Hervieux croit qu'il n'est pas une seule des formes de la septicémie puerpérale qui soit constamment mortelle. Contrairement à l'opinion émise par M. Guéniot, la péritonite puerpérale elle-même serait curable; la condition de cette curabilité est la localisation ou l'enkystement de la péritonite, ou sa disparition pour faire place à une manifestation éloignée, phlegmatia alba dolens, arthrite purulente, etc.

M. Hervieux admet, contrairement à M. Siredey, qu'il est des cas de mort par septicémie puerpérale dans lesquels, à l'autopsie, on ne trouve aucune lésion matérielle. Ces faits tiennent à la virulence excessive de l'agent septique qui tue le malade avant que le pus ait eu le temps de se former.

M. Hervieux émet quelques considérations sur la phlébite et la lymphangite utérines et termine en concluant, qu'il n'est pas une seule des variétés de la septicémie puerpérale dont on pourra dire qu'elle est constamment incurable.

M. Guéniot croit qu'il importe de bien s'entendre sur les différentes formes de fièvre puerpérale, expression surannée et qui ne répond à rien de précis. Il existe, selon lui, trois formes d'infection puerpérale : 1° la forme péritonitique, la plus grave de toutes, surtout quand elle est généralisée, ne pouvant devenir curable que quand elle se localise, ainsi que vient de le dire M. Hervieux; 2° la forme pyohémique, qui est un empoisonnement du sang par le pus; 3° la forme septicémique. Les formes péritonitique et pyohémique sont les plus graves. Il importe de conserver cette division, si l'on veut éviter toute confusion dans la discussion actuelle.

M. Cornil dit qu'il existe, en effet, une grande confusion parmi les auteurs au sujet de la fièvre puerpérale, de la septicémie puerpérale, etc. Quoi qu'il en soit, les auteurs qui se sont le plus occupé de cette question, MM. Depaul, Tarnier, Hervieux, entre autres, déclarent avoir fait l'autopsie de femmes en couches mortes d'accidents puerpéraux et n'avoir constaté aucune lésion, ce qui leur avait fait admettre l'existence d'une fièvre puerpérale essentielle, d'une septicémie essentielle. Or, aujourd'hui, nous reconnaissons qu'il s'agit, dans ces cas, d'un empoisonnement du sang, et nous en avons trouvé la preuve dans l'existence, dans la cavité utérine, dans d'autres organes, dans le sang, de nombreux micro-organismes, de streptococci.

Il faut donc admettre, pour les accidents puerpéraux, trois séries de lésions. La première comprend les faits dans lesquels on ne trouve pas de pus à l'autopsie; ce sont ceux qui ont été rangés sous le nom de septicémie; c'est dans ces cas que la lésion est caractérisée seulement par la présence de certains micro-organismes bien déterminés. La seconde série contient les faits dans lesquels on trouve du pus à l'autopsie; c'est sous le nom de pyémie puerpérale que ces faits doivent être rangés. Enfin la troisième série a été décrite par M. Widal; elle renferme les faits

dans lesquels on trouve des pseudo-membranes adhérant intimement à l'utérus, une sorte de phlébite sèche, des infarctus fibrineux; il y a, en même temps, dans ces cas, des micro-organismes, des streptococci.

Il est impossible, ajoute M. Cornil, d'admettre, avec M. Siredey, que l'on doit toujours trouver du pus dans tous les cas d'infection puerpérale. Il est bien démontré aujourd'hui, autant par les recherches anatomo-pathologiques que par les études bactériologiques, qu'il est des cas de septicémie puerpérale dans lesquels il n'y a pas de pus. Les observations de M. Widal, celles mêmes de M. Tarnier, et bien d'autres, ne peuvent laisser aucun donte à cet égard. La découverte de l'existence de micro-organismes, dans ces faits, en a fourni l'explication.

M. CHARPENTIER admet que les accidents puerpéraux sont tous le résultat d'une infection, infection caractérisée par diverses lésions dont le dernier terme est une altération du sang. Cette altération du sang a été décrite, dès 1880, dans la thèse de M. Doléris. C'est là une opinion admise aujourd'hui par tous les auteurs, aussi bien en France qu'à l'étranger. Quant à la relation de la septicémie puerpérale avec l'érysipèle, c'est là un fait constant, admis et connu depuis longtemps. M. Charpentier cite, à cette occasion, l'exemple d'une malade qu'il a vue avec M. Hardy, qui a été atteinte de septicémie puerpérale dans le cours de laquelle est survenue une pleurésie purulente, suivie d'une endocardite et enfin d'un érysipèle auquel elle a succombé.

M. HARDY a fait beaucoup d'autopsies de femmes mortes d'accidents puerpéraux; il a presque toujours trouvé du pus; dans deux ou trois cas, exceptionnellement, il n'a pu constater aucune lésion matérielle. Dans ces cas, la maladie avait toujours été très courte, presque foudroyante, d'où M. Hardy avait été amené à conclure que les lésions n'avaient pas eu le temps de se produire; il s'agissait donc d'un empoisonnement dans lequel les lésions apparentes n'avaient pas le temps de se former. Ces malheureuses femmes étaient, en effet, emportées en vingt-quatre ou trente-six heures.

M. HERVIEUX pense, en fait d'accidents puerpéraux, qu'il est des cas où il y a, comme le dit M. Hardy, un empoisonnement, qu'il en est d'autres où il n'y a pas d'empoisonnement. Il a été à même d'apprécier ces distinctions, car, ayant fait de nombreux accouchements en province, dans la pratique civile, il n'a jamais constaté que des accidents traumatiques, de l'éclampsie, de la phlébite, mais jamais d'empoisonnement. Ce n'est qu'à la Maternité qu'il a pu observer ces cas de véritables empoisonnements n'ayant rien de comparable avec les accidents qu'il avait eu à soigner en province.

M. BROUARDEL a fait d'assez nombreuses autopsies de femmes ayant succombé à des tentatives d'avortement. Dans certains cas, il ne lui a pas été possible de constater la moindre lésion. D'autres fois, au contraire, l'autopsie étant faite soixante-douze heures après la tentative d'avortement, il a trouvé le péritoine plein de pus.

M. GUÉNIOT répète que les faits d'autopsies négatives sont véritablement exceptionnels. Dans ces cas, on sait maintenant qu'il existe de nombreux streptococci sur la surface interne de la cavité utérine. On peut tirer de ce fait une précieuse indication thérapeutique; on sait, en effet, où il faut agir, et avec les moyens antiseptiques que l'on possède aujourd'hui, on doit pouvoir guérir les malades atteintes de ces accidents, devenus, par ce fait, aujourd'hui infiniment moins graves qu'ils ne l'étaient autrefois.

M. CORNIL ne partage pas la confiance de M. Guéniot, relativement à ces cas. On sait, en effet, que ce n'est pas seulement sur la surface de la cavité interne de l'utérus que l'on trouve des streptococci, mais aussi dans des organes éloignés, dans le foie, dans la rate, dans le sang.

RAPPORTS

Manifestations oculaires de la lèpre tuberculeuse. — M. PANAS fait un rapport sur une communication de M. Poncet (de Cluny) relative à la forme tuberculeuse des manifestations oculaires de la lèpre.

Il ressort de ce travail que l'infection lépreuse envahit l'œil de l'extérieur vers la profondeur; que la voie de transmission n'en est pas le sang, mais bien le tissu connectif et les nombreuses cellules migratrices qui le traversent, en d'autres termes les voies lymphatiques de l'œil; qu'enfin le grand nombre de bacilles contenus dans un espace relativement restreint de tissu conjonctif, joint à la multiplication et à la diffusion rapides du parasite, peuvent seuls rendre compte du pronostic si désespérant de cette affection.

Du plâtrage des vins. — M. MARTY, au nom de la Commission d'hygiène, lit la première partie d'un rapport sur le plâtrage des vins.

A cinq heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre les conclusions du rapport de M. Bouchard sur les titres des candidats à la place déclarée vacante dans la section de pathologie médicale.

La liste de présentation porte : en première ligne, M. Damaschino; en deuxième ligne, M. Cadet de Gassicourt; en troisième ligne, *ex æquo*, MM. Dieulafoy et Duguet.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 2 juin 1888, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe. — M. Moutet, aide-pharmacien de la marine, démissionnaire; MM. les pharmaciens diplômés de première classe Grignon, Descudé, Meillère, Sandau, Guilloux, Blanckaert, Gibourdel, Petit, Deroeux, Molin et Brancourt.

— Par arrêté ministériel, en date du 5 juin 1888, un concours s'ouvrira, le 8 décembre 1888, à la Faculté de médecine de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'École de médecine de Toulouse.

— La première épreuve — composition écrite — du concours pour la nomination à trois places de médecin des hôpitaux civils de Paris est terminée; 52 candidats seulement sur 64 inscrits ont pris part à cette épreuve. Sur les 52 candidats, les 26 dont les noms suivent ont été, après élimination, admis à subir la seconde épreuve, épreuve clinique. Ce sont MM. Marie, Netter, Petit, Galliard, Gilbert, Dreyfous, Variot, Delpeuch, Gauchas, Mathieu, Richardière, Babinski, Charrin, Marfan, Roger, Hirtz, Robert, Siredey, Béclère, Giraudeau, Achard, Havage, Leroux, Duplaix, Thibierge et Lebreton.

— L'ouverture du concours du prosectorat de la Faculté de médecine de Paris a eu lieu avant-hier lundi 4 juin 1888, sous la présidence de M. le professeur Guyon. Sur les 11 candidats inscrits dont nous avons donné la liste samedi dernier, trois se sont retirés, ce sont MM. Récamier, Regnault et Rieffel. Le sujet de la première épreuve (composition écrite) a été : 1° L'iris, anatomie et physiologie; 2° Des plaies et des hernies traumatiques de l'iris. La lecture des compositions écrites aura lieu les mardi 26 et jeudi 28 juin, à neuf heures du matin, dans l'ordre suivant : MM. Delbet, Leguen, Chevalier, Sebileau, Lyot, Potherat, Janesco et Thierry.

— Un concours pour les emplois vacants de chef de clinique obstétricale s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 25 juin 1888, à neuf heures du matin. Il sera pourvu à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint.

Les candidats doivent se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, avant le 17 juin 1888. Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours, de midi à trois heures. Sont admis à concourir tous les docteurs en médecine qui n'ont pas plus de trente-huit ans au jour d'ouverture du concours.

Un concours pour les emplois vacants de chef de clinique des maladies mentales s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 9 juillet 1888, à neuf heures du matin. Il sera pourvu à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet 1888. Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours, de midi à trois heures. Sont admis à concourir, tous les docteurs en médecine qui n'ont pas plus de trente-quatre ans au jour d'ouverture du concours.

Les candidats de ces deux concours auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur. Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin ou de chirurgien des hôpitaux, de prosecteur et d'aide d'anatomie. — Pour tous autres renseignements s'adresser au secrétariat de la Faculté.

— Un concours, pour la nomination aux emplois vacants d'aides d'anatomie, s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 11 juin 1888, à midi et demi. Le jury sera composé de MM. Le Fort, Lannelongue, Farabeuf, Poirier et Quenu, juges titulaires, et de MM. Panas et Jalaguier, juges suppléants.

Les candidats sont au nombre de 11; ce sont MM. Arnould, Baudoin, Calot, Dagron, Dumauret, Dupré, Faure, Isch-Wahl, Laporte, Mordret et Pfender.

— Le concours, pour la nomination aux emplois de professeur suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, à l'École de médecine de Tours, qui s'est ouvert, le 1er juin 1888, à la Faculté de médecine de Paris, s'est terminé lundi soir 4 juin.

Les questions suivantes ont été données : 1° composition écrite : Contraction et contractilité musculaires; 2° épreuve orale de trois quarts d'heure : La moelle épinière ; 3e épreuve, préparation d'anatomie : Région inguino-crurale ; préparation d'histologie : Cartilages hyalin, réticulé, fibreux.

Il n'y a pas eu de nomination.

— *Faculté des sciences de Lyon.* — M. Angelot est nommé préparateur de chimie, en remplacement de M. Quarré.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Prunier (de Saint-Mandé).

— L'assemblée générale des internes et anciens internes en médecine des asiles de la Seine, est convoquée pour le samedi 9 juin, à l'asile Sainte-Anne (salle des cours de l'admission), à trois heures précises.

Ordre du jour : 1° Rapport de la Commission chargée de l'élaboration des statuts. — 2° Discussion du rapport et des statuts. — 3° Adoption définitive des statuts. — 4° Élection d'un comité définitif d'administration. — 5° Propositions diverses.

— La Société française de tempérance (association contre l'abus des boissons alcooliques), — reconnue d'utilité publique par décret du 5 février 1880, — tiendra sa séance solennelle sous la présidence de M. Jules Simon, sénateur, assisté de M. le docteur Dujardin-Beaumetz, de l'Académie de médecine, président de la Société, le dimanche 10 juin 1888, à deux heures de relevée, à l'hôtel de la Société nationale d'horticulture, rue de Grenelle, 84, à Paris.

Ordre du jour : 1° Allocution de M. le docteur Dujardin-Beaumetz. — 2° Rapport sur la situation morale et financière de l'Œuvre, par M. le docteur A. Motet, secrétaire général. — 3° Allocution de M. Jules Simon, sénateur. — 4° Rapport de la commission des récompenses exceptionnelles, par M. E. Decaisne. — 5° Rapport sur les récompenses à décerner en 1888, par M. Guignard.

— *Erratum.* — Page 555, première colonne, ligne 30, au lieu de : « Le bain chaud, dont la température *dépasse* de 6 à 8 degrés celle du malade », il faut lire : « Le bain chaud, dont la température *est* de 6 à 8 degrés *au-dessous de* celle du malade. »

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

98

PERLES DE PEPSINE PURE DIALYSÉE
de CHAPOTEAUT

Cette pepsine est cinq fois plus active que la pepsine du *Codex*. Elle digère 150 fois son poids de viande et ne contient ni amidon, ni sucre de lait, ni gélatine. Chaque perle contient 20 centigrammes. — Dose : **2** à **4** perles après les repas.
Pharmacie VIAL, 1, rue Bourdaloue.

44

SIROP DE PROTOXIDE DE FER
du Dr DUSOURD *(Approuvé par l'Académie de médecine).*

Le rapport fait à l'Académie par MM. Guéneau de Mussy et Henry constate « que ce sirop est d'un usage très avantageux dans la pratique médicale; le fer, qui s'y présente à l'état de protoxide, est plus apte à être assimilé à l'économie animale. » — 2 à 4 cuillerées par jour. Pharmacie, 1, rue Bourladoue.

36

CAPSULES DE VIAL
A L'HUILE DE GENÉVRIER.

Recommandées dans le traitement des *coliques néphrétiques* et *hépatiques*, des *calculs urinaires* et *biliaires*, de la *gravelle*, des *catarrhes vésicaux*, de la *goutte* et de l'*eczéma*.
DOSE : 4 à 6 capsules par jour, au milieu des repas, soit 1 gramme d'huile environ. — Dans les grandes crises, 6 à 10 capsules.
Pharmacie VIAL, 1, rue Bourdaloue, à Paris.

55

FARINE MALTÉE DEFRESNE
NUTRIMENT COMPLET
COMPARABLE AU LAIT MATERNEL DESSÉCHÉ

Farine maltée		**Lait maternel** desséché	
Erythrodextrine	22 »	*Alimentˢ protéiques*	12.70
Alimentˢ protéiques	14.63	*Aliments gras*	29.50
Aliments gras	10.59	*Sucre-Lactose*	54.35
Sucre et Maltose	49 »	*Acide phosphoriq.*	0.88
Acide phosphoriq.	0.68		

Cette délicieuse farine, dont le gluten et l'amidon ont été rendus assimilables par la germination du blé, emprunte au jaune d'œuf ses matières grasses émulsionnées et son phosphate de chaux.
La **Farine maltée Defresne** supplée à l'insuffisance du lait maternel, elle prévient le danger que présente le brusque passage de l'élevage au sein à l'alimentation ordinaire. Avec la **Farine maltée**, il n'y a plus à redouter les **entérites** ni les **affections gastro-intestinales**, si meurtrières chez les nourrissons. — PRIX : **2** francs.
DEFRESNE, auteur de la *Pancréatine* et Phies.

50

MALADIES DU CŒUR

Palpitations, Affections mitrales ou aortiques, Anévrysmes, Hydropisies, guéris par **DRAGÉES TONICARDIAQUES LE BRUN (caféine iodoformée)**. Dépôt Gral : Phie Cie Fg Montmartre, Paris.

23

NÉVRALGIES, MIGRAINES, FIÈVRES.

PILULES DE SAINT-CLOUD

Chaque pilule contient 1/5e de milligramme d'*Aconitine*, du *Valérianate de Quinine* et du *Valérianate de zinc*.
Phie DUFILHO, Saint-Cloud, et tes phaamacies.

70

ÉTABLISSEMENT THERMAL VICHY
(Allier) PROPRIÉTÉ DE L'ÉTAT (Allier)

SAISON DES BAINS (Ouverture le 15 mai).

Bains et Douches de toute espèce pour le traitement des *Maladies de l'Estomac, du Foie, de la Vessie, Gravelle, Diabète, Goutte, Calculs urinaires, etc.*
Théâtre et Concert au Casino; Musique dans le Parc; Cabinet de Lecture; Salon réservé aux Dames; Salons de jeux, de conversation et de billard.

Tous les renseignements sont donnés gratuitement à Paris, 8, boulevard Montmartre; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré.

48

COMPAGNIE LIEBIG
CAPITAL : 12 MILLIONS VERSÉS
SEUL VÉRITABLE

EXTRAIT DE VIANDE LIEBIG
Bouillon concentré de viande de bœuf
SANS GRAISSE NI GÉLATINE
Les plus hautes distinctions aux grandes expositions internationales depuis 1867.
HORS CONCOURS DEPUIS 1885.

Précieux pour ménages, malades, usages nombreux pour potages et sauces.
Cet extrait ne se détériore jamais.
Exiger le *fac-simile* de la signature de l'inventeur Bon Liebig, en encre bleue sur l'étiquette.
Se vend chez les principaux épiciers et pharmaciens.

52

MALADIES DE POITRINE
CRÉOSOTE DE GOUDRON DE HÊTRE

Vin, Huile et Sirop
Capsules d'huile de faînes } **créosotés.**
Id. d'huile de foie de morue

Seules formules vraies des docteurs Bouchard et Gimbert. — Phie H. MAYET, 9, rue St-Marc.

67

CACHETS DIGESTIFS H. MOURRUT
PEPSINE ET DIASTASE

Les cachets Mourrut sont la préparation la plus convenable pour administration de la Pepsine et de la Diastase. Ces deux ferments digestifs sont insolubles dans l'alcool, qui les précipite de leur dissolution dans l'eau; on ne doit donc pas les administrer dans un liquide alcoolique (BOUCHARDAT, *Annuaire*, 1880, p. 138).
Phie CHAMPIGNY, 57, r. Clichy; 10, r. Port-Mahon.

72

PILULES SUISSES
(Pilules de coloquinte composées)
PURGATIVES, LAXATIVES, DÉPURATIVES

MM. les médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. HERTZOG, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

22

LE PHOSPHATE MONO-CALCIQUE
CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.
Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.
Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.
Vin id. id. à 1 — 60.
Paris, 145, r. de Belleville, et bonnes phies.

36

Gouttes, Gravelles,
Coliques hépatiques, néphrétiques, Cystite

CONTREXÉVILLE
SOURCE DU PAVILLON
seule décrétée d'intérêt public.

Dépôt central : ADAM, bvard des Italiens, 31, Paris.
Exiger la source du **Pavillon.**

13

VÉRITABLES GRAINS DE SANTÉ
DU DOCTEUR FRANCK (*Codex n°* 603).
Aloès et Gomme-Gutte

Le plus commode des **Purgatifs**, très imité et contrefait.
Exiger le mot véritable sur l'étiquette, imprimée en 4 *couleurs* et sur des *boîtes bleues*.
Dépôt : Phie LEROY, 2, r. Daunou, et toutes phies.

15

VIN DU DOCTEUR FORESTIER
(Quinquina, pyrophosphate de fer, écorces d'oranges amères et Malaga.)

Voir : *Traité de thérapeutique.* Trousseau et Pidoux; Commentaires du *Codex*, Gubler.
Fabrication : J.-B. BOSREDON aîné, Brive (Corrèze).

39

VIN DE VIVIEN
A L'EXTRAIT DE FOIE DE MORUE.

Ce vin, agréable au goût, contient par cuillerée 0gr,12 d'extrait, soit exactement les principes actifs de la meilleure huile. — 3 fr, 50 le flacon.
Dragées d'extrait créosoté : le flacon de 100, 3 fr. 50.
50, boulevard de Strasbourg.

47

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.
Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.
Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.
Prix du flacon : CINQ FRANCS.
VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.
VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.
Prix de la boîte : DEUX FRANCS.
VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans les principales pharmacies de France.
VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

65

LES DRAGÉES CARBONEL
AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.
Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.
Prix du flacon : QUATRE FRANCS.
DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.
VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

85

Kalle et Cie à Briebrich-sur-Rhin, seuls fabricants

IODOL
Nouvel antiseptique succédané de Iodoforme sans odeur et sans action toxique.

ANTIFÉBRINE
Nouveau fébrifuge déposé en France sous le n° 3884. — Exiger notre marque et étiquette.

Dépôt à Paris chez Martin REINICKE, 39, rue Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie et chez les drogtes et commissionres. — *Brochures sur demande.*

74

SOLUTION PAUTAUBERGE
au chlorhydro-phosphate de chaux créosoté.

Chaque cuillerée contient 10 centigrammes de créosote et 50 centigrammes de sel de chaux; elle doit être prise dans de l'eau sucrée.
Bien tolérée par les voies digestives, cette Solution est facilement acceptée et complètement absorbée; très efficace dans les **Tuberculoses, Affections chroniques broncho-pulmonaires, Scrofules, Rachitisme.**
L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César, Paris.

62

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.
En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires**, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

94

PELLETIÉRINE DE TANRET
Lauréat de l'Institut.

C'est le tænifuge le plus sûr et le plus facile à prendre. Elle ne se délivre que par doses préparées pour adultes et avec le mode d'emploi.
LA PELLETIÉRINE TANRET EST ADOPTÉE PAR LA MARINE ET LES HÔPITAUX DE PARIS.
Gros : Ch. TANRET, 14, r. d'Alger, Paris.
Détail à Paris : Phie, 64, r. Basse-du-Rempart.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

L'hydrothérapie dans le traitement de la fièvre typhoïde (1).

Par M. le docteur Paul CHÉRON,
Ancien interne des hôpitaux.

VII

Une des objections principales qui aient été faites à la méthode de Brand est que c'est un traitement systématique qui s'applique à tous les cas, quels qu'ils soient, sans tenir compte des indications, tandis qu'au contraire les médecins, qui se basent sur ces dernières, font varier leur traitement « selon les formes de la maladie, selon la marche de l'affection, selon la prédominance de tel ou tel symptôme » (Dujardin-Beaumetz). Eh bien! nous allons essayer de montrer que le bain froid répond à la plupart des indications sans qu'il soit besoin, comme on le fait parfois, d'administrer au malade une quantité considérable de médicaments variés.

Cette étude nous permettra de passer en revue les modifications que la méthode de Brand apporte à la physiologie pathologique de la maladie. (Voyez Vinay, *Lyon médical*, 1888, nos 2 et 3; Tripier et Bouveret; Bouveret, *Lyon médical*, 1887, nos 51 et 52.)

La température élevée n'est pas tout dans la fièvre typhoïde, puisque des cas à température modérée (Strube), ou même sans fièvre (Vallin, Vinay), peuvent être très graves; d'autre part, il est évident que l'abaissement de la chaleur ne modère pas l'activité du bacille d'Eberth, comme l'avait cru Brand, et que la malignité, ainsi que l'avait admis Liebermeister, n'est pas, dans la dothiénenthérie du moins, sous la dépendance absolue de l'hyperpyrexie. Malgré cela, surtout lorsqu'elle se prolonge assez longtemps, une température élevée est certainement un danger, et ceci est admis presque par tout le monde, puisque l'on cherche dans les antipyrétiques médicamenteux le moyen de lutter contre cet excès de chaleur. « Or, la méthode des bains froids possède une remarquable action sur la température. Après une période de lutte contre la fièvre, période quelquefois de longue durée, mais qui, quelquefois aussi, fait entièrement défaut, la réfrigération systématique provoque un mouvement continu de défervescence, lequel aboutit bientôt à l'apyrexie. Sur la courbe à deux notations quotidiennes, les oscillations sont de faible amplitude, et, quand approche la défervescence, on est frappé de la fréquence du type inverse (Bouveret). » L'antipyrine aussi abaisse la température, et peut même l'abaisser beaucoup quand on force les doses, mais, comme l'a dit M. Peter, il en est de même du tartre stibié qui empoisonne le malade, de la saignée qui l'épuise, tandis qu'au moins il sort du bain froid comme il y est entré. Nous n'avons pas à faire ici le procès de l'antipyrine, dont la valeur comme antipyrétique a été surfaite, et dont les contre-indications se multiplient; la discussion qui vient d'avoir lieu à Lyon, et la communication de M. Robin à l'Académie, montrent bien ce que ses plus chauds partisans du début tendent, du reste, à reconnaître, que ce n'est pas comme antifébrile qu'elle trouve ses véritables indications; nous n'avons pas non plus à parler des nouveaux médicaments, tels que la phénacétine; ou des anciens, tels que la quinine, que prescrivent encore beaucoup de nos maîtres les plus éminents; mais ce que tout le monde reconnaîtra avec nous, c'est que ces médicaments ne répondent qu'à une indication, la chaleur fébrile, tandis que les bains froids s'adressent en même temps à un grand nombre d'autres.

L'efficacité des bains froids contre les symptômes nerveux graves de la dothiénentérie, est admise par tous les médecins, y compris les adversaires les plus acharnés de la méthode, qui réservent la balnéation froide pour les formes ataxiques. Du reste, le bain froid est administré aussi dans les manifestations encéphaliques d'autres maladies, telles que le rhumatisme cérébral, avec le plus grand succès, et nous n'insisterons pas sur ce point, l'infériorité des antipyrétiques médicamenteux étant bien prouvée. Nous dirons simplement, avec M. Vinay, qu'on voit beaucoup moins qu'autrefois, après la guérison, ces troubles graves de l'innervation, comme la céphalalgie persistante, les troubles moteurs et surtout l'affaiblissement de la mémoire et de l'intelligence. La torpeur intellectuelle, l'insomnie sont parmi les symptômes les mieux combattus par la méthode de Brand, tandis qu'il est loin d'en être de même avec les médicaments; c'est ainsi que M. Vinay a vu le délire persister dans un cas où la température était ramenée à la normale par l'antifébrine.

(1) Fin. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 553.

L'effet de la balnéation sur les *reins* est des plus remarquables. La quantité des urines augmente rapidement et dépasse deux litres, bien avant la chute de la fièvre pour, vers la fin, atteindre six et même sept litres. Quelle que soit l'idée que l'on se fasse des processus chimiques de la fièvre, il est bien prouvé, par les recherches de M. Bouchard et de M. Lépine, que les urines de la fièvre typhoïde sont très toxiques, cette toxicité croissant bien plus que la densité. Il y a donc élimination par le rein de produits nuisibles, dangereux pour l'organisme, et cette élimination est d'autant plus grande que le malade urinera davantage. Le bain seul permet d'obtenir la polyurie précoce qui apparaît dans la moyenne des cas après deux ou trois jours de traitement, quelquefois plus tôt, et ne tarde que dans les formes très graves et chez les vieillards, les athéromateux, les rénaux antérieurs. L'antipyrine, quoique ses partisans insistent sur la nécessité des boissons abondantes, diminue la quantité de l'urine. Les bains froids (Vinay) augmentent beaucoup l'élimination de l'urée au début de leur application, ensuite la courbe s'abaisse mais présente tous les trois ou quatre jours une légère recrudescence; l'antipyrine, les travaux de M. A. Robin l'ont montré d'une façon absolue, diminue l'excrétion de l'urée et celle de l'azote total.

L'action des bains froids sur l'urée n'est peut-être pas établie d'une façon absolument certaine, mais il n'en est pas de même de son influence sur la polyurie que l'augmentation de la quantité de la sueur ne peut absolument pas compenser, la quantité des matériaux solides étant beaucoup moins considérable dans cette sécrétion que dans l'urine (Th. de Binet). Seule la méthode de Brand fait monter la valeur du coefficient d'oxydation, c'est-à-dire du rapport entre l'azote de l'urée et l'azote total (Renaut). Il n'est, du reste, pas nécessaire d'atteindre une polyurie très élevée, car, dans ce cas, les matières organiques seraient plutôt diminuées (Lépine). Enfin, le rein typhoïdique est souvent malade, et il convient de l'épargner le plus possible ; tout médicament, donné à fortes doses et devant être absorbé, ne peut donc que lui nuire.

L'appareil digestif fournit dans la dothiénentérie des indications nombreuses. L'eau froide les remplit à peu près toutes quand on l'emploie à la fois en bains et en applications locales. Presque tous les fiévreux traités par les bains présentent rapidement cette sensation de faim dévorante, qui manque habituellement quand on a employé les médicaments. Les lésions de l'estomac peuvent être graves (Th. de Chauffard); croit-on qu'on les améliorera en donnant des doses massives d'antipyrine ou d'autres médicaments? Malgré cela on peut ne pas se priver du bénéfice incontestable que procure l'antisepsie intestinale : c'est ainsi que Renaut donne de l'iodoforme, que Brand, dans la diarrhée tenace, conseille comme adjuvants les astringents et les amers, que MM. Tripier et Bouveret ont prescrit le mélange de Bouchard. Mais nous avons déjà suffisamment insisté sur ces faits.

Les antipyrétiques sont à peu près impuissants contre les troubles précoces des voies respiratoires; le bain froid les combat énergiquement. Il agit encore avec la plus grande énergie sur l'appareil cardio-vasculaire, diminue la fréquence du pouls et en modère le dicrotisme (voyez les tracés de Tripier et Bouveret). Si l'antipyrine abaisse la température elle ne diminue pas la fréquence du pouls. Cette fréquence est cependant l'indice de troubles graves imminents du côté du cœur et on sait son importance pour le pronostic. Un médicament, l'ergot, sans avoir l'effet abortif que lui attribue M. Duboué, est avantageux quand les battements du cœur deviennent excessivement fréquents, et on l'emploie sous forme d'injection d'ergotine; mais il n'est guère sérieusement utile que dans ce cas et peut-être celui d'hémorrhagies.

M. Leclerc a étudié quelques traitements de la fièvre typhoïde au point de vue de leur action sur le sang. Sauf dans un cas, il a vu que, quand le bain froid est donné d'emblée et exclusivement, la destruction globulaire est presque négligeable; elle n'est du reste que légère chez les malades comparables, traités par l'antipyrine dans les mêmes conditions; par contre, elle est toujours plus ou moins considérable chez les malades soumis à l'acétanilide, la réparation se faisant du reste rapidement.

Un des grands avantages de la méthode de Brand est la rapidité de la convalescence. MM. Tripier, Bouveret et Vinay ont étudié les variations de poids du malade, et ont montré que la courbe du gain commence à s'élever, même après la chute de la fièvre. Le gain journalier, dans la période de réparation, est en moyenne de 526 grammes par jour; il n'est que de 280 grammes, dans la fièvre non traitée par les bains froids (Cohin, Th. Paris, 1887). MM. Tripier, Bouveret, Jurgensen, Hagenbach, ont montré que la moyenne du séjour à l'hôpital est notablement plus courte pour les typhiques traités par les bains, par suite de cette rapidité de la convalescence. Qui n'a vu, au contraire, à quel point cette dernière est parfois traînante dans les fièvres soumises aux médicaments. A ce point de vue, l'influence fâcheuse de l'antipyrine avait été remarquée par M. Jaccoud, dès 1885.

La méthode du médecin de Stettin ne met pas à l'abri des recrudescences, des rechutes, ni des récidives. Peut-être même les secondes sont-elles, d'après MM. Tripier et Bouveret, un peu plus fréquentes après le traitement par les bains froids. En tout cas, elles sont légères et n'empêchent pas la mortalité d'être énormément abaissée. Senator, qui cependant n'emploie pas le traitement de Brand, n'admet pas cette augmentation du nombre des rechutes.

VIII

On ne peut s'appuyer sur cette légère augmentation des rechutes pour combattre la méthode. L'objection tirée de la répugnance du malade ou de son entourage est aussi facile à réfuter. Il est évident que quelques malades, très pusillanimes, redoutent beaucoup l'immersion, mais l'autorité du médecin chez les adultes, des distractions opportunes chez les enfants, vaincront des appréhensions que l'on a beaucoup exagérées, un grand nombre de typhiques se rendant au bain avec satisfaction (Juhel-Rénoy). Il n'est aucun praticien, du reste, qui n'ait pu remarquer à quel point une parole ferme et confiante arrive facilement à faire supporter une médication qui inspirait d'abord de vives répugnances. Si le médecin a la foi il la communiquera à son malade.

Chez les enfants, enfin, il sera facile de donner les premiers bains à une température relativement élevée (28 degrés) et d'abaisser peu à peu.

Un adulte se rendra rapidement compte de l'état d'euphorie dans lequel il se trouve après l'immersion, du sommeil réparateur dont il jouit à ce moment, et supportera une médication qui lui procure de tels avantages. Il est évident que quelquefois des convulsions hystériques, des

crampes tétaniformes devront faire renoncer au traitement, mais ce sont là des cas fort rares. La répugnance extrême et précoce se voit dans des formes adynamiques graves, où le refroidissement est rapide, et dans les fièvres ordinaires, lorsque la maladie arrive vers sa fin. Souvent, dans ce dernier cas, il y a lieu de diminuer la durée et d'élever la température des immersions (Tripier et Bouveret). Habituellement, au début de la maladie, les bains sont mieux supportés et c'est à ce moment qu'ils sont les plus nécessaires.

Peut-on dire encore que la méthode est inapplicable dans un service hospitalier ordinaire ? Il nous semble que la dernière discussion devant la Société médicale des hôpitaux a prouvé le contraire. M. Juhel-Renoy, avec un infirmier supplémentaire et en mettant les baignoires entre les lits, a pu la mettre en œuvre. Du reste une seule baignoire, à la rigueur, peut suffire pour baigner douze malades par jour, quoiqu'il soit préférable de compter une baignoire pour six typhiques; deux infirmiers suffisent pour douze malades. On peut se contenter de renouveler l'eau de la baignoire deux à trois fois par jour si l'on a beaucoup de malades, l'incontinence fécale manquant chez les typhiques traités dès le début (Glénard). On peut agglomérer les malades dans une salle d'isolement, ce qui facilite beaucoup le traitement sans qu'il y ait danger pour les patients (Juhel-Renoy, Richard, Du Cazal). Enfin le temps perdu à donner les bains sera regagné ailleurs puisque dans leur intervalle le malade a beaucoup moins besoin des infirmiers (Richard).

A la campagne, les explorations thermométriques se réduisent à celles que le médecin peut faire au moment de ses visites; il faut se baser dans l'intervalle sur la marche prévue de la maladie. C'est ainsi que, dans une forme sévère ordinaire sans affaiblissement précoce du cœur et vue vers le sixième ou le huitième jour, on peut (Tripier et Bouveret) prescrire un bain de vingt minutes toutes les trois heures pendant trois à six jours ; à ce moment, si le malade va mieux, il est permis de supprimer un ou deux bains dans la matinée; dans les formes légères on pourra plus rapidement diminuer le nombre des immersions après les huit premiers jours du traitement. On peut juger de la gravité de la fièvre d'après les symptômes, les quelques examens que l'on aura pu faire et enfin le résultat des deux premiers jours de bains. Comme matériel, les cuves, tonneaux, plus ou moins profonds, pourront servir de baignoires. C'est dans les villages surtout que l'on aura à lutter contre le préjugé; si tenace qu'il soit, les résultats obtenus par nos confrères lyonnais sont là pour montrer qu'on peut en triompher. (Épidémies de Thoiry, observées par M. Ballivet, en 1886, de Curis, d'Argenton, observées par M. Désir de Fortunet en 1887.)

IX

Nous serons bref sur la théorie de l'action du bain froid. Il est évident qu'il n'agit pas seulement en soustrayant la chaleur puisque les antipyrétiques, qui l'enlèvent plus et mieux que lui, laissent subsister les symptômes typhiques, il est certain aussi qu'il ne combat pas directement le bacille d'Eberth, car la maladie n'est ni jugulée, ni même habituellement raccourcie dans sa durée normale, bien que quelques-uns (Richard) pensent le contraire. L'eau froide ne peut agir qu'en refroidissant et en stimulant, et la stimulation est ce qui rend le bain supérieur à d'autres applications de la méthode réfrigérante. Le traitement diminue beaucoup le nombre des complications; c'est que ces dernières tiennent (Glénard) de l'hyperthermie et l'hyposthénie. Les bains n'ont pas d'action comburante, les pesées de Vinay l'ont prouvé, car la perte quotidienne des typhiques traités par la méthode de Brand est en moyenne de 350 grammes, tandis qu'avec les autres traitements on atteint 430 grammes. La convalescence rapide est expliquée par la possibilité de nourrir les malades sans être gêné par aucun des troubles du tube digestif que l'on rencontre si fréquemment. « Prévenir, stimuler, refroidir, nourrir, telle est, dit M. Glénard, la méthode antipyrétique dont il faut bien distinguer la méthode antithermique, celle avec laquelle on refroidit, mais sans stimuler, sans pouvoir nourrir, sans rien prévenir, avec laquelle on n'est pas même sûr de pouvoir toujours guérir les fièvres qui auraient guéri sans traitement » (*Bulletin médical*, 1888, p. 9).

X

Un nombre considérable de statistiques ont été publiées à propos de la méthode de Brand; nous ne pouvons les reproduire ici dans tous leurs détails et nous nous bornerons à résumer, d'après les documents communiqués par M. Glénard à la Société des sciences médicales de Lyon, les principaux résultats obtenus dans ces derniers temps. En 1887, Brand a réuni 19 017 cas qui donnent une mortalité de 7, 8 p. 100; quoique dans ces cas il s'en trouve un assez grand nombre qui aient été traités à la fois par les bains et les antipyrétiques ou chez lesquels la méthode n'a pas été entièrement appliquée.

Dans une deuxième statistique le médecin allemand a rassemblé 5 573 cas qui ont été soumis exclusivement à sa méthode ; à ces cas on peut en ajouter 569 qui ont été fournis par la discussion de Lyon et 43 de M. Juhel-Renoy : on arrive ainsi à 6 185 cas donnant 5 p. 100 de morts. Les méthodes mixtes donnent 8 à 14 p. 100 et la méthode expectante souvent encore plus. Les statistiques, a-t-on dit fort justement, dépendent de ceux qui les font. Eh bien! il est impossible de les recueillir avec plus d'honnêteté scrupuleuse que nos confrères de Lyon, dont quelques-uns ne baignent encore que les cas graves; on y trouve portés au chiffre des décès des malades entrés le vingtième, le trentième jour de leur maladie et quelquefois morts le lendemain. En ne prenant que les cas traités dès le début, Brand est arrivé à un total de 1 223 malades avec 12 morts, soit 1 p. 100; encore, parmi les malades morts, aucun n'a-t-il été traité plus tôt que le sixième jour, compté à partir des frissons ou des frisonnements et contrôlé par la date d'apparition de la roséole et de l'hypertrophie de la rate.

Le chiffre de la mortalité dans la clientèle de famille, dit Brand (*Zeitschrift fur therapie*, 15 juin, 1er juillet 1887), se calcule à 1 p. 100, 12 morts sur 1 223 cas. Dans les hôpitaux militaires on atteint 3 à 4 p. 100; le même chiffre dans la pratique privée où le traitement est tardif et même institué sur des moribonds; enfin 5 p. 100 dans les hôpitaux civils. Vogt a fait une étude comparée du traitement par les antipyrétiques et de celui par la méthode de Brand. Sa statistique est faite sur des cas semblables: même âge, même sexe, même santé, mêmes habitudes de vie et de nourriture, même état de maladie, même date de commencement de traitement, mêmes soins et aussi, pour satisfaire Unverricht, même eau :

Années.	Cas.	Mort.	Mortalité p. 100.	Traitement.
1875-1876	76	14	15,8	Antipyrétique.
—	66	3	4,5	Brand.
1876-1877	194	13	6,7	Antipyrétique.
—	141	5	3,5	Brand.
1877-1878	77	3	3,8	Antipyrétique.
—	56	0	0,0	Brand.
1878-1879	115	7	6,1	Antipyrétique.
—	92	14	15,2	Id.
1879-1880	110	12	10,8	Id.
—	98	3	3,9	Brand.
1880-1881	16	3	18,8	Antipyrétique.
—	25	1	4,0	Brand.
1881-1882	22	2	9,1	Antipyrétique.
—	42	2	4,7	Brand.

Comme on peut le voir, presque chaque année les différences se marquent par des chiffres doubles, triples et quadruples.

Les statistiques, recueillies avec le plus grand soin, par les médecins lyonnais, demandent à être étudiées de près. M. Peter, dans une de ses dernières leçons, comparait ses statistiques de 1882 et 1883, donnant sur 127 cas, 10,57 de morts, avec celles de M. H. Mollière portant sur quatre années, 1882-1883-1884 et 1885 (M. Mollière cite aussi dans sa brochure des résultats pour 1886 et 1887), et arrivant à 10,77 de morts sur 73 cas. « Ma mortalité moyenne, disait-il, est précisément celle de M. H. Mollière et je ne vois pas trop ce que je gagnerais à changer ma médication. » (*Bull. méd.* 1888, p. 484.) Il faut examiner les chiffres de M. Mollière qui, d'abord, comme il le dit lui-même (*Cinq années de traitement de la fièvre typhoïde*. Lyon, H. Georg, 1888), ne baigne que les cas graves. Le malade (*a*) qui succomba en 1883, âgé de quarante ans, fut apporté dans le service vers le trentième jour de la maladie; depuis quelques jours il avait des hémorrhagies intestinales et était presque exsangue à son entrée; les hémorrhagies continuèrent et il mourut dans l'adynamie. M. Mollière précise de la manière suivante la manière dont moururent les malades traités en 1884: une femme de cinquante-trois ans (*b*), arrivée au dix-huitième jour de la maladie, surmenée, succomba dans l'adynamie; un jeune homme de dix-neuf ans (*c*) mourut subitement, sans lésion du cœur, au onzième jour du traitement; enfin un homme de vingt-cinq ans (*d*) succomba le vingt-deuxième jour à une perforation intestinale. En 1885, voici quelles ont été les causes des quatre décès: jeune homme de dix-huit ans (*e*), traité à partir du dixième jour, mort le dix-neuvième d'une perforation; homme de trente-cinq ans (*f*), traité à partir du huitième jour, mort d'hémorrhagies intestinales; femme de quarante-six ans (*g*), alcoolique et hystérique, ayant depuis longtemps de l'albumine dans les urines, morte dans l'ataxo-adynamie, lésion rénale ancienne à l'autopsie; jeune fille de vingt-cinq ans (*h*) très délicate, traitée à partir du seizième jour, morte le vingt-cinquième. De ces 8 décès donnés dans la statistique brute, il faut donc en retrancher 3, ceux mentionnés sous les lettres *a*, *b*, et *g*; il n'en reste donc que 5 à porter à l'actif de la méthode. Dans ces conditions la mortalité n'est plus que de 6,84 p. 100, et encore tous les malades morts n'ont-ils été baignés au plus tôt qu'à partir du dixième jour. Nous n'avons discuté ainsi, un peu longuement, les chiffres de M. Mollière, que pour prouver qu'il convient d'éplucher, dans le bon sens du mot, ceux qui sont fournis par les médecins de Lyon, car, malgré leur foi dans la méthode de Brand, ils sont bien plutôt portés à charger qu'à embellir leurs statistiques.

Les statistiques portant sur un petit nombre de cas n'ont, du reste, jamais une grande valeur par suite du grand nombre de facteurs qui entrent en jeu. Les documents recueillis par Goltdammer le prouvent jusqu'à l'évidence. A Béthanie (Berlin) un huitième des typhoïdiques n'entre pas avant le troisième septénaire; ces malades, entrés tardivement, fournissent une mortalité de 36 p. 100 et si on les défalque, la mortalité de l'hôpital se réduit à 9 p. 100. En 1873, par suite de mesures administratives, on reçut, dans le service des typhoïdiques femmes, très peu de domestiques (qui entrent dès le début de la maladie parce que leurs patrons les renvoient) et un grand nombre d'ouvrières mariées qui ne quittent leur ménage qu'à la dernière extrémité. Cette année-là la mortalité du service des femmes s'éleva à 20 p. 100, tandis que, les cinq années précédentes, elle n'avait été que de 10,5 p. 100. Dans le service des hommes, la mortalité n'était que de 6 p. 100. Pour l'auteur qui, du reste, préconise l'hydrothérapie, les statistiques, recueillies par Brand dans les hôpitaux militaires, sont les seules comparables, étant données la façon dont elles sont dressées. (*Revue d'Hayem*, 1886, II, p. 488.)

Un certain nombre de praticiens, même à Lyon, ont une certaine tendance à n'appliquer la méthode de Brand que dans les cas graves. Si l'on adopte le traitement par les bains, il vaut mieux baigner toutes les fièvres typhoïdes. Combien de fois n'est-il pas arrivé, en effet, qu'une dothiénentérie moyenne, paraissant devoir évoluer sans accidents, s'est tout à coup compliquée et est devenue grave? Les formes les plus simples ne sont pas elles-mêmes à l'abri de redoutables éventualités. Enfin, nous avons montré l'influence de l'eau froide sur la rapidité de la convalescence et il convient d'assurer ce bénéfice à tous les typhiques. Maintenant la méthode est-elle toujours applicable? Ici il y a peut-être quelques réserves à faire. M. le professeur Lépine admet qu'il y a des malades réfractaires à l'hydrothérapie et chez lesquels le bain ne donnera que des résultats insuffisants. D'autre part, doit-on, dans les cas ordinaires, bannir tout adjuvant de la méthode, ne point chercher, par exemple, à obtenir l'antisepsie intestinale par des moyens simples? En réalité, beaucoup de médecins, qui font des bains froids la base de leur thérapeutique, se trouvent bien de recourir à des pratiques accessoires qui ne peuvent qu'être utiles au malade. Mais, en tout cas, les statistiques sont là pour le prouver, l'emploi systématique des antipyrétiques, en même temps que des bains froids, ne donne pas d'aussi bons résultats que l'usage exclusif de ces derniers, ainsi que nous le verrons tout à l'heure. Ce n'est donc qu'avec prudence qu'il convient, en dehors des cas compliqués sur le traitement desquels nous nous sommes étendu, de prescrire des substances médicamenteuses (la méthode de Brand modifiée n'est pas supérieure aux autres modes de traitement, a dit Senator), et notre conviction est que, pour le moment, l'eau froide, employée selon la méthode de Brand, est le meilleur traitement à opposer à la fièvre typhoïde.

XI

Nous allons étudier maintenant les divers modes d'application de l'eau froide autres que les bains; ils sont nombreux et plusieurs sont d'un usage très fréquent.

La lotion froide est, en effet, un des procédés les plus an-

ciens de la médication réfrigérante (Tripier et Bouveret). Elle fait partie de la méthode de traitement de plusieurs auteurs, en tête desquels nous citerons M. le professeur Jaccoud. Dès que le diagnostic est établi, dit-il (*Union médicale*, 1888, p. 12), il faut aussitôt les prescrire et employer le vinaigre aromatique qui est plus efficace que l'eau froide. On les répètera quatre fois par jour si la température du malade ne dépasse pas 39 degrés, six fois si elle atteint 39 degrés et demi, huit fois au delà de ce chiffre; on les continuera jusqu'à la convalescence. Après chaque lotion, on observe un abaissement de 0°7 à 1 degré, qui dure une demi-heure à une heure et demie, rarement au delà de trois quarts d'heure. On n'a donc qu'une réfrigération temporaire, mais elle se répète plusieurs fois par jour. Parfois, après un jour ou deux, les lotions abaissent manifestement le niveau général de la courbe mais cela est exceptionnel. M. Dujardin-Beaumetz les emploie aussi souvent, mais il les reconnaît impuissantes à combattre les formes hyperthermiques et les désordres nerveux. Wallan (de Glasgow) a érigé en méthode l'emploi des lotions d'eau tiède que beaucoup conseillent quand il y a de la congestion pulmonaire.

Pour M. le professeur Bouchard (*Leçons sur les intoxications*, p. 228), les lotions froides déterminent une surprise pénible, et la soustraction de calorique est peu appréciable. C'est là la principale objection que font à leur emploi MM. Tripier et Bouveret (*Loco citato*, p. 485); dans les formes graves l'abaissement thermique est presque nul et si M. Jaccoud a constaté des abaissements plus prononcés, c'est que la température était prise dans l'aisselle (*Traitement de la fièvre typhoïde*, Paris, Delahaye, 1883). Leur peu d'influence sur les phénomènes nerveux graves est admise presque par tout le monde; elles ne calment que dans les cas simples.

Le mode opératoire de la lotion a été indiqué par M. Peter de la façon suivante (cité *Dict. Jaccoud*, art. FIÈVRE TYPHOÏDE, p. 814) : « On prend une grosse éponge trempée dans l'eau froide, on l'exprime légèrement et on la promène rapidement sur la partie antérieure du corps; on retourne le malade et on en fait autant sur la partie postérieure, puis on recouvre le patient d'une bonne couverture de laine. Cette petite opération ne doit pas durer plus de deux minutes. » On peut ajouter qu'il faut avoir soin de ne pas appuyer sur l'abdomen, et que l'on peut ajouter à l'eau du phénol ou du thymol. Le lit sera garanti par une toile cirée glissée sous le malade et que l'on retirera après la lotion.

L'affusion froide était un des modes d'application de l'eau froide préconisés par Curries. Le malade, nu, est placé dans une baignoire; d'une hauteur de 50 centimètres, on verse sur lui une nappe (et non un jet) d'eau à une température variant de 10 à 15 degrés. De la tête et des épaules, cette eau coule sur le reste du corps. Le premier effet est fort désagréable : le pouls devient petit, la peau pâlit et frissonne, la respiration est saccadée et gênée, puis, quand le malade est remis au lit, la réaction se fait et il se produit un bien-être général. La durée totale de l'affusion oscille entre deux et cinq minutes (une minute, Peter).

L'effet des affusions sur la température a été bien étudié par MM. Liebermeister, Tripier et Bouveret; d'après le premier la moyenne de l'abaissement thermique ne dépasse pas 0°57 et cet abaissement, pour les médecins lyonnais, est moindre que celui que donnerait un bain froid à la même période de la maladie et à une température initiale semblable. De plus, dans les formes graves, l'effet sur la chaleur fébrile est faible ou nul. En fait, l'affusion agit surtout par le choc : « Il y a un choc matériel, l'eau qui percute le tégument externe, et un choc nerveux, la réfrigération » (Peter, *Écho médical*, 1888, p. 141); on peut donc dire que c'est là surtout une médication stimulante. Cet effet est reconnu de tous et nous avons vu que les affusions jouent un rôle fort utile pour compléter l'application de la méthode de Brand. Bernheim [de Nancy] (*Clinique*, p. 485) les regarde comme indiquées quand un fiévreux est dans le coma ou qu'il a du délire furieux, quand la respiration s'embarrasse, alors que cependant le cœur n'a pas perdu sa contractilité. Il conseille, quand on veut agir plus spécialement sur les fonctions cérébrales, de les faire sur la tête seule, le malade étant plongé jusqu'au cou dans un bain chaud. Hayem (*Grandes médications*, p. 211) admet que l'affusion impressionne vivement et fort désagréablement, plus encore peut-être que le bain froid.

L'enveloppement dans le drap mouillé a une action réfrigérante assez énergique. Un grand drap trempé dans de l'eau à 8, 11, 16 degrés est placé sur une couverture de laine et le malade, que l'on a pu asperger auparavant d'un peu d'eau froide (Hayem) est placé sur le linge, puis enveloppé par le tout, la tête et les pieds restent libres; des plis du drap sont interposés entre les cuisses et entre les bras et le ventre. Un enveloppement dure dix minutes; immédiatement après on en pratique un deuxième, puis un troisième, et on peut aller ainsi jusqu'à cinq à six applications successives. Habituellement on interrompt quand apparaît le frisson. Moins réfrigérant que le bain froid, l'enveloppement est moins stimulant que l'affusion. Pour Liebermeister un bain froid de dix minutes égale comme effet antithermique quatre enveloppements durant quarante minutes. De plus, il faut beaucoup d'infirmiers et de linge et le malade est soumis à de très fréquents déplacements. Cependant M. Dujardin-Beaumetz professe que, dans les formes avec adynamie profonde, on peut tirer un excellent parti de l'enveloppement froid; il conseille de le faire durer un temps très court, quinze secondes et d'envelopper complètement le malade y compris la tête et les pieds. MM. Tripier et Bouveret, Liebermeister regardent ce mode d'application comme pouvant être utile chez les enfants qui se refroidissent plus et plus vite que les adultes et lorsque, dans des fièvres très intenses, il importe de rendre la réfrigération pour ainsi dire continue. On évite ainsi de donner des bains trop fréquents, trop froids et trop longs.

L'emploi des lavements froids dans la fièvre typhoïde a été réglementé par M. Foltz (de Lyon). Toutes les deux, quatre heures, ou même coup sur coup, selon l'intensité de la fièvre, ce médecin fait injecter dans le rectum à peu près 1 litre d'eau froide, dont la température est de 10 à 15 degrés. La médication provoque des contractions intestinales suivies de selles. Les effets sur la température de l'homme fébricitant sont peu accusés, et, d'après Brand, cité par MM. Bouveret et Tripier, l'abaissement ne dépasse pas 2 à 5 dixièmes de degré et dure vingt minutes à une heure au plus (température prise dans la bouche ou l'aisselle). Du reste, M. Foltz a lui-même reconnu que, dans les formes graves de la dothiénentérie, sa méthode est insuffisante. De plus, on ne peut l'appliquer aux enfants, aux malades comateux ou délirants, car alors le lavement n'est pas gardé. Negretto (*Annali universali*, fév. 1882) a aussi employé les injections rectales d'eau à 10 ou 15 degrés; il a noté qu'elles produisent des douleurs abdominales et quelquefois des frissons. Il a obtenu des abaissements de 0°5 à 0°6 dans

l'aisselle, de 1°5 à l'épigastre, de 5 degrés à 1°5 dans le rectum (action locale); cette chute durait quarante ou cinquante minutes dans l'aisselle. Kemperdicka conseille des irrigations continues, sur lesquelles nous n'insisterons pas. Boyer (Th. de Paris, 1873), s'appuyant sur la pratique de M. Barallier (de Toulon), préconise des lavements à 10 ou 15 degrés. Les observations sont peu probantes. On a attribué aux lavements la production de syncopes (Meynet), de diarrhées incoercibles (Boiteux). Du reste, Frédéricq (cité par M. Hayem, *Grandes médications*, p. 216) a fait voir que, d'une manière générale, la réfrigération interne n'est pas suivie d'effets aussi réguliers que l'externe; elle entraînerait plus souvent que cette dernière la congestion des organes profonds. Quoiqu'un médecin de Lyon (D. Mollière, *Lyon méd.*, 1888, p. 8) admette que la méthode des lavements froids est excellente et est la seule que l'on puisse conseiller d'une façon générale en dehors des bains froids, on peut dire, avec MM. Tripier et Bouveret et Brand, que la véritable indication des irrigations rectales est simplement la constipation.

Dans la dothiénentérie, le froid a été appliqué localement de façons très diverses. M. Jacquez se servait de compresses froides abdominales, renouvelées toutes les cinq à dix minutes; elles abaissent légèrement la température et peuvent être employées soit comme adjuvantes de la méthode de Brand (nous y avons insisté plus haut), soit seules, quand les bains sont contre-indiqués. Leur application exige une grande surveillance.

M. Riegel a conseillé l'application continue de glace sur le thorax et l'abdomen; il avait obtenu un abaissement considérable et permanent que n'ont pas observé MM. Tripier et Bouveret qui, il est vrai, n'ont fait séjourner la glace que sur l'abdomen. A la suite de ces applications prolongées, il peut se produire des eschares cutanées (Bouchard). Il est vrai que l'on rend cet accident rare en interposant une compresse pliée en quatre entre le sac réfrigérant et la peau. Dans l'affaiblissement du cœur, on a appliqué avec succès la glace sur la région précordiale.

Nous ne ferons que mentionner les appareils spéciaux de MM. Clément et Dumontpallier, qui peuvent être utiles pour étudier les effets de la réfrigération, mais dont l'emploi ne peut se généraliser; la pratique de M. Preyer, qui pulvérisait de l'eau à la surface du corps, et enfin la diète hydrique de M. Luton, qui dure six à huit jours.

Le matelas à eau a été employé par Leube en 1870; il le remplissait d'un mélange de sel et de glace pilée et obtenait un abaissement de 1 à 2 degrés de la température rectale. M. Parisot (de Nancy) le regarde comme une ressource précieuse dans le traitement de la dothiénentérie; mais, s'appuyant sur ses tracés sphygmographiques qui lui ont montré que le dicrotisme persiste et que le pouls devient irrégulier, moins ample et moins fréquent, il recommande de ne pas employer d'eau très froide pour ne pas augmenter le travail du cœur (Th. Paris, 1884).

L'eau froide, sous forme de bains, a été employée par plusieurs auteurs non plus seulement seule, mais en y joignant les antipyrétiques. Jurgensen donne un bain toutes les fois que la température rectale atteint et dépasse 40 degrés; il y a là une sorte d'aggravation de la méthode de Brand, car certains typhiques peuvent aller jusqu'à douze bains par jour. La température de l'eau est souvent de 10 degrés et la durée de l'immersion varie de cinq à quinze minutes. De plus, on administre régulièrement la quinine. Gutmann associe aussi toujours les antipyrétiques aux bains froids. Liebermeister a, pendant longtemps, donné à la fois les bains et la quinine. Actuellement, sa pratique semble avoir changé, et voici comment il l'exprime dans ses *Leçons de pathologie interne* (Trad. franç., p. 203) : « Pour que les bains [froids] puissent provoquer une rémission fébrile aussi considérable et aussi durable que possible, on les donne, de préférence, aux heures où la température a de la tendance à s'abaisser spontanément, c'est-à-dire la nuit et surtout après minuit. Ainsi les bains seront administrés, par exemple, de sept heures du soir à sept heures du matin : soit un bain de sept à onze heures, si la température rectale atteint 40 degrés ou la dépasse; un autre de minuit à trois heures, si cette température est de 39°5, et un troisième de quatre heures à sept heures, si le thermomètre marque 39 degrés. Pendant le jour, on laisse en général la fièvre évoluer librement et l'on n'intervient que dans le cas où la température atteint un degré anomal... La formule pourra être notablement modifiée selon les cas... Il vaut mieux réserver les médicaments antipyrétiques pour les cas dans lesquels les bains ne réussissent pas à refroidir le corps, et pour ceux dans lesquels il y a contre-indication à leur emploi. »

MM. Tripier et Bouveret citent les statistiques de Brand et de Vogel (de Munich), portant sur les cas traités par l'association des bains et des antipyrétiques; elles sont favorables à l'emploi exclusif des bains. Quand on emploie la quinine, les complications, surtout celles qui relèvent de l'affaiblissement du cœur, deviennent plus nombreuses, les troubles nerveux sont plus tenaces, le calme moins complet. Enfin, on peut dire qu'en recourant aux antipyrétiques on se prive d'un des avantages des bains froids, puisque l'on donne un médicament à l'intérieur.

Vavinomitch (*Nouveaux remèdes*, 1887, p. 24) a employé les bains salés dans la dothiénentérie. Pour lui, ils abaissent plus la température que les bains ordinaires, ils ralentissent plus le pouls, ils diminuent le nombre des respirations par minute et rendent les efforts de respiration plus fréquents et plus prolongés; ils augmentent notablement l'énergie musculaire et les malades s'y trouvent mieux.

La transition entre le bain froid et le bain tiède a été réalisée par Ziemssen. Au moment de l'immersion, la température du bain est de 5 à 6 degrés inférieure à celle du malade; dès que ce dernier est plongé dans l'eau, on ajoute de l'eau froide et de la glace de façon à abaisser la chaleur de l'eau à 20 degrés en l'espace de vingt à trente minutes. A ce moment apparaît le frisson, qui indique que l'on doit cesser l'immersion; le malade est alors essuyé et porté dans son lit; on donne au plus quatre à six bains par jour, et les bains de la nuit sont habituellement sautés. Dans les cas graves, on baigne en plus une fois à neuf heures du soir et une autre à minuit. Ce bain diffère du bain froid par l'action stimulante moindre et par l'action moindre aussi de la réfrigération, appréciable surtout dans les formes graves. De plus, l'application de cette méthode est bien plus difficile que celle du traitement de Brand, par suite de la grande quantité d'eau froide ou de glace qu'il est nécessaire d'avoir toujours à portée. Les bains progressivement refroidis sont fort utiles dans certaines conditions, et nous avons indiqué dans la première partie de notre Revue les cas où l'on devait y avoir recours.

M. le professeur Bouchard emploie les bains tièdes lentement et méthodiquement refroidis, tout en restant tièdes.

Sa pratique a été exposée par lui dans son ouvrage sur les auto-intoxications et par ses élèves, MM. Skinner (Th. Paris, 1885) et Le Gendre (*Union méd.*, 1886, n° 46). Le malade, plongé dans le bain jusqu'aux épaules, garde sa chemise; l'eau est, au début de l'immersion, à une température inférieure de 2 degrés à la température rectale du patient prise immédiatement avant; puis, de dix minutes en dix minutes, on abaisse de 1 degré la température de l'eau jusqu'à 30 degrés; le malade n'est retiré qu'après être resté immergé encore dix minutes. La durée totale du bain varie ainsi de une heure à une heure quarante minutes. Au fort de la maladie, on donne huit bains par vingt-quatre heures et on les administre depuis le moment où le diagnostic est posé jusqu'à l'apyrexie, en diminuant à la fin le nombre quotidien. La moyenne générale de l'abaissement de la température produit par un bain, sans tenir compte du septénaire ni de l'heure du jour, est de 9 dixièmes de degré. Au moment de l'hyperpyrexie, l'abaissement peut se borner à 0°4, 0°2, ou même être nul; aussi M. le professeur Bouchard complète-t-il l'action des bains par celle de la quinine. La stupeur typhique n'existe pas; l'insomnie, le délire, l'ataxie cessent rapidement; la sécheresse de la langue et de la bouche disparaît; la soif diminue, les eschares sont très rares. Enfin la statistique démontrerait que la durée est abrégée et qu'il y a moins de rechutes. Un des principaux inconvénients est la macération de l'épiderme des mains et des pieds quand il est épais, et la production de petits abcès sous-épidermiques ou sous-dermiques non douloureux, mais qu'il est important d'ouvrir de bonne heure pour éviter les décollements. Il est aussi remarquable de voir que chez certains malades, surtout chez les femmes nerveuses, le bain peut provoquer de l'agacement et de grandes appréhensions. Les contre-indications sont les attaques syncopales survenant pendant ou immédiatement après le bain, l'hémorrhagie intestinale, la perforation ou la péritonite. La syncope s'est jusqu'ici montrée chez des sujets ayant une grande appréhension ou atteints d'une affection cardiaque antérieure. Nous croyons devoir faire remarquer encore à nos lecteurs que ce sont des faits que l'on a invoqués contre l'application de la méthode de Brand. Il n'y aurait donc là rien de spécial aux bains froids, et il ne s'agirait que de phénomènes émotifs pouvant se produire chez les prédisposés à la suite de la mise en œuvre de toute médication nécessitant un certain appareil extérieur. Sur un nombre de 266 malades, M. Bouchard a eu une mortalité de 11,7 p. 100 par l'emploi des bains combinés à celui des purgatifs, des antiseptiques intestinaux et de la quinine dans les cas résistants. Sa statistique, quoique bonne, est donc inférieure à celle des médecins lyonnais.

XII

Il ne nous reste plus, pour compléter notre Revue, qu'à parler des bains tièdes employés en France par un grand nombre de praticiens et préconisés surtout par MM. Dujardin-Beaumetz et Pécholier, ce dernier en faisant un des éléments importants de son traitement abortif de la fièvre typhoïde. On place le malade, dit le médecin de Cochin, dans une baignoire suffisamment pleine d'eau pour que les épaules soient parfaitement couvertes. La température du bain peut varier de 30 à 35 degrés, de manière à être de 6 à 7 degrés au-dessous de celle du malade. La durée de l'immersion peut varier d'une demi-heure à trois quarts d'heure, et, pendant ce temps, on peut donner du bouillon, du vin ou du lait. Outre une *légère action antithermique*, ces bains déterminent une grande sédation du système nerveux.

Le bain tiède supprime le choc de l'eau froide, il n'a donc qu'une action stimulante très peu accusée, tandis qu'elle est indispensable dans les formes graves avec stupeur et coma. A la fin de la dothiénentérie, dans les cas légers, la température s'abaisse, mais cet abaissement, qui dure toujours peu de temps, manque au début de la fièvre ou dans les formes sévères. Le bain tiède ne doit donc être employé que chez des malades pusillanimes, chez des enfants, pour les habituer peu à peu à l'eau froide, ou lorsque la dothiénentérie étant très avancée, les malades sont tombés dans une adynamie profonde ou ont le cœur très affaibli (Tripier et Bouveret). Le frisson se produit dans le bain tiède généralement au bout d'un quart d'heure, et bien souvent on rencontre des cas réfractaires; dans les cas de fièvre adynamique les phénomènes graves ne cèdent pas, et on peut même avoir du collapsus (Larsen). D'après Raynaud, qui ne s'appuie du reste que sur des vues théoriques, les malades seraient plus susceptibles de ressentir l'action du froid après les bains tièdes, qu'après les bains froids. Chez l'enfant les bains à 33 degrés ont une action sédative incontestable; on peut en donner un le matin et un le soir et prolonger leur durée jusqu'à une demi-heure. Ils ont souvent, chez l'adulte, une action très nette contre le délire, quand on a soin de les prolonger un peu.

On a remarqué que les bains tièdes avaient, sur la température, une action d'autant plus énergique, qu'ils étaient plus prolongés. Se basant sur ce fait, M. Riess a conseillé les bains tièdes pour ainsi dire continus. L'eau reste à 31 degrés centigrades, et le malade couché dans une sorte de hamac; au début il est souvent nécessaire de prolonger l'immersion, plus tard on retire le malade de l'eau chaque fois que la température s'abaisse au-dessous de 37 degrés, pour l'y remettre quand elle atteint 38 degrés sous l'aisselle. M. Riess dans sa première communication (1880) relève 3 décès (dont 2 par pneumonie), sur 48 cas. Afanassjew, en 1881, expérimenta la méthode. D'après lui on peut donner par jour deux bains, d'une durée de trois heures au plus, et à une température variant de 25 à 35 degrés. L'abaissement de la température est de deux degrés en moyenne, et l'action sur la fréquence du pouls et de la respiration très nettement marquée. Pozzolo (1885) admet la supériorité des bains froids sur les bains tièdes prolongés. Unverricht a maintenu des typhiques de cinq heures du matin à neuf heures du soir dans de l'eau à 25 degrés, en les retirant toutes les deux heures, pour prendre la température rectale et faciliter les évacuations. La température s'abaisse facilement le matin de 1°5 en moyenne, mais le soir le thermomètre remonte vers 40 degrés, même si la température du bain descend à 21 degrés. Quand on cesse le bain au bout de quelques heures, la température ne tarde pas à remonter à son niveau primitif. Kroutchek-Gouloubov (*Woenno. med. Journ.*, 1887) peut encore être rangé parmi les partisans de la méthode. Pour lui les bains tièdes prolongés sont d'une efficacité incontestable, tout en ne donnant pas d'abaissement considérable de la température et en diminuant les pertes subies par l'organisme.

La stimulation manque pour le bain tiède prolongé, le traitement est d'une application difficile, enfin cette immersion devient rapidement insupportable, et les malades préfèrent le bain froid (Bouchard). Disons, pour terminer, que

des statistiques récentes donnent 22 p. 100 de morts avec la méthode de M. Riess (Naunyn).

Nous en avons fini avec l'emploi de l'hydrothérapie dans la fièvre typhoïde, l'importance du sujet justifiait les détails dans lesquels nous sommes entrés. Nous ne demandons à nos lecteurs qu'une seule chose, c'est de vouloir bien expérimenter la méthode de Brand, sans négliger aucune des prescriptions sur lesquelles nous nous sommes étendu; notre conviction est que le succès couronnera leurs efforts.

FIBROME HÉMORRHAGIQUE TRAITÉ ÉLECTRIQUEMENT

SUITES ÉLOIGNÉES DU TRAITEMENT.

Par M. le docteur APOSTOLI.

Mme W... (Marie), âgée de trente et un ans, ménagère, se présente à ma clinique, où elle est adressée par mon ami, M. le docteur Dubousquet, le 1er mai 1884.

Femme grande, de constitution robuste. Réglée à treize ans, sa menstruation jusqu'à son mariage a été normale. Leucorrhée intermenstruelle.

Mariée à vingt ans, est devenue enceinte à vingt et un ans, accouchement à terme et normal, sans suites pathologiques apparentes.

Deuxième grossesse, débute immédiatement après, et se termine par une fausse couche au quatrième mois.

Depuis lors sa santé a été ébranlée; elle a souffert presque continuellement du ventre; sa menstruation est devenue irrégulière, abondante et douloureuse; elle était réglée en moyenne tous les quinze jours ou trois semaines, avec une durée de huit jours. La leucorrhée a augmenté. La marche est devenue difficile et elle a dû interrompre tout travail pénible. Aussi a-t-elle cessé, depuis sa fausse couche, tout travail extérieur, pour ne s'occuper que des soins exclusifs de son ménage. Les relations sexuelles sont également devenues douloureuses.

En 1883 elle a eu une fièvre typhoïde, qui l'a tenue plusieurs mois alitée, et qui a coïncidé avec une suspension de règles qui a duré sept mois.

Depuis sa convalescence elle a été reprise à nouveau de tous ses malaises antérieurs et c'est ce qui l'a décidée à venir me consulter.

Diagnostic. — L'utérus est uniformément hypertrophié, d'une consistance absolument dure et fibreuse, localisée, surtout, sur les faces latérales.

Hystérométrie, 9 cent. 1/4. La sonde se meut dans une cavité très agrandie transversalement.

L'utérus est peu mobile, mais les culs-de-sac ne présentent aucune trace de phlegmasie récente ou ancienne, et sont dépourvus de toute sensibilité.

Traitement. — 20 mai 1884. Première galvano-caustique chimique positive, intra-utérine, à 100 milli-ampères, pendant cinq minutes, bien supportée. Est retournée à Saint-Ouen une heure après facilement, en omnibus. Exaspération des douleurs la nuit suivante. A perdu le soir un peu de sang, le tout s'est calmé le lendemain.

29 mai. Deuxième galvano-caustique chimique, positive, intra-utérine, à 100 milli-ampères, cinq minutes; mieux supportée que la première.

5 juin. Se plaint de douleurs de périostite inflammatoire des deux tibias dont la nature paraît spécifique.

12 juin. Troisième galvano-caustique chimique, positive, intra-utérine, à 100 milli-ampères, cinq minutes.

24 juin. On prescrit un traitement spécifique local et général, pour combattre la périostite.

Toutes les opérations ont été suivies d'une exaspération de la douleur préexistante, le soir même, et le bien-être n'apparaît que le surlendemain et les jours suivants.

Elle n'a pas eu ses règles depuis le 5 mai dernier, et à cette date elle venait d'avoir une aménorrhée de sept mois (à la suite de sa fièvre typhoïde), qui avait succédé à une période de plusieurs années de grandes ménorrhagies.

Quatrième galvano-caustique chimique positive, intra-utérine, à 100 milli-ampères, cinq minutes.

Chaque opération est suivie d'un repos d'une heure environ, puis elle retourne à Saint-Ouen sans difficultés.

10 juillet. Elle se sent déjà améliorée du ventre, elle marche mieux et souffre moins.

Ses règles ont apparu depuis le 2 juillet, et quoiqu'elle soit en pleine perte, je l'opère.

Cinquième galvano-caustique positive, 100 milli-ampères, cinq minutes.

19 juillet. La perte n'a pas été arrêtée et les règles continuent sans douleur. L'appétit est bon, l'état général satisfaisant, et elle ne se plaint que de sa périostite seule, qui a suppuré, et que j'ai dû ouvrir.

22 juillet. La perte sanguine continue encore avec abondance mais sans douleur appréciable.

Même hystérométrie de 9 1/4.

Sixième galvano-caustique positive, 100 milli-ampères, dix minutes, bien supportée.

La perte s'arrête et elle suspend ses visites à la clinique pendant les vacances. A cette date, elle se trouve manifestement mieux du ventre, et les relations sexuelles, pour la première fois depuis sa fausse couche, ne sont plus douloureuses.

16 septembre. Elle a de nouveau, depuis la fin d'août, eu une autre ménorrhagie qui dure encore, et qui s'accompagne de douleurs vives dans le ventre et dans les reins.

Septième galvano-caustique positive, 100 milli-ampères, cinq minutes.

20 septembre. L'hémorrhagie a cessé après la dernière galvano-caustique, et les douleurs se sont amendées.

Huitième galvano-caustique positive, 100 milli-ampères, cinq minutes.

25 septembre. La perte n'a pas reparu, mais elle perd en blanc assez abondamment.

Neuvième galvano-caustique positive, 100 milli-ampères, cinq minutes.

8 octobre. Le 1er octobre elle a eu ses règles pendant quatre jours, sans douleur, assez abondantes; l'état général est bon, et elle ne souffre pas.

Dixième galvano-caustique positive, 100 milli-ampères, cinq minutes.

16 octobre. Onzième galvano-caustique positive, 100 milli-ampères, cinq minutes.

23 octobre. Continuation de l'amélioration.

Chaque opération est suivie d'un petit écoulement séro-purulent. La périostite du tibia est en voie de résolution.

Douzième galvano-caustique positive, 100 milli-ampères, cinq minutes.

6 novembre. A été réglée le 26 octobre pendant quatre jours, mais peu abondamment. Depuis elle va bien.

Treizième galvano-caustique positive, 100 milli-ampères, cinq minutes.

13 novembre. A de nouveau été réglée le 6 novembre pendant cinq jours, sans douleur et avec abondance moyenne.

Quatorzième galvano-caustique positive, 100 milli-ampères, cinq minutes.

27 novembre. Quinzième galvano-caustique positive, 100 milli-ampères, cinq minutes.

23 décembre. Réglée du 16 au 20 décembre, pendant quatre jours, sans douleur, et avec abondance moyenne.

Seizième galvano-caustique positive, 100 milli-ampères, cinq minutes.

7 janvier 1885. Dix-septième galvano-caustique positive, 100 milli-ampères, cinq minutes.

18 janvier. Dix-huitième galvano-caustique positive, 100 milli-ampères, cinq minutes.

A été réglée le 12 janvier pendant trois jours seulement, peu

abondamment et sans douleur. La leucorrhée persévère toujours aussi abondante.

31 janvier 1885. Dix-neuvième galvano-caustique positive, 100 milli-ampères, cinq minutes.

Se trouvant bien, la malade suspend spontanément toute visite à la Clinique.

27 mars 1888. Sur notre demande elle vient à nouveau nous voir et nous déclare que, si elle n'est plus venue nous consulter, c'est parce qu'elle s'est toujours très bien portée. Sa physionomie est bonne, son teint est coloré, elle respire la santé. Elle est veuve depuis trois ans (août 1884).

Depuis trois ans, époque à laquelle elle a quitté la Clinique, elle n'a plus eu de pertes, elle a toujours été bien réglée, sans douleur, régulièrement, à jour fixe, avec une abondance moyenne de quatre ou cinq jours. Elle a pu constamment continuer son travail sans interruption, même pendant les règles, et, en dehors d'une bronchite, elle n'a pas été un seul jour indisposée. Elle travaille actuellement dans une raffinerie à sucre, et est constamment debout de sept heures du matin à sept heures du soir. Sous l'influence de ce travail excessif dans la station debout, l'abaissement de l'utérus, qui était déjà marqué, il y a trois ans, paraît s'être accru, et elle a consulté une sage-femme qui lui a appliqué tout récemment (il y a quelques jours) un pessaire à anneau de Dumontpallier, qui l'a beaucoup soulagée, dit-elle, et lui a rendu beaucoup plus facile le travail debout.

Elle perd très peu en blanc.

État actuel (27 mars 1888). La pression abdominale est dépourvue de toute sensibilité. L'utérus est fortement abaissé et descend presque jusqu'à la vulve ; il n'est nullement sensible au toucher ; le col et le corps sont uniformément hypertrophiés, et le corps, en dehors de l'hypertrophie totale, présente sur ses deux faces latérales un prolongement manifestement fibreux, surtout à droite.

Hystérométrie, 8 3/4.

La sonde pénètre facilement dans une cavité de capacité normale dont l'amplitude est moins grande qu'il y a trois ans.

L'utérus est légèrement fixé au sacrum, et quoiqu'il n'y ait pas trace de périmétrite récente ou ancienne, et qu'il ne présente aucune sensibilité, on ne peut le soulever qu'avec difficulté.

L'hypertrophie utérine que j'avais constatée au début paraît avoir augmenté sur les faces latérales, quoique la cavité intra-utérine soit un peu diminuée.

Il n'y a aucun trouble intestinal et le port du pessaire a fait immédiatement disparaître les petits troubles vésicaux de cystite, que provoquait dernièrement dans la station debout l'abaissement de l'utérus.

Chez une femme jeune (âgée de trente et un ans), atteinte de fibrome hémorrhagique et de troubles profonds de la santé, qui ont été en s'aggravant depuis huit ans, j'ai pratiqué, du 20 mai 1884 au 31 janvier 1885, *dix-neuf galvano-caustiques intra-utérines positives*, chacune à 100 milli-ampères et pendant cinq minutes. Toutes ces opérations ont été généralement bien supportées ; la malade a pu rentrer chez elle et faire une longue course en voiture une heure après chacune d'elles, et elles n'ont été suivies que d'une réaction douloureuse de courte durée.

Les métrorrhagies ont paru être augmentées au début ; mais, dès la huitième opération, la menstruation s'est progressivement régularisée, a perdu de son abondance et de sa sensibilité.

Aussi, la malade, se trouvant bien, a cru devoir suspendre définitivement tout traitement.

De janvier 1885 à mars 1888, toute ménorrhagie et métrorrhagie est restée suspendue. La menstruation est restée régulière, peu abondante et sans douleur, et elle a, jusqu'à ce jour, joui d'une excellente santé.

Malgré le *statu-quo* de l'hypertrophie fibreuse de l'utérus, depuis trois ans que le traitement est suspendu, l'amélioration symptomatique ne s'est pas démentie un seul instant.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Chirurgie du pied, par le docteur Albert Blum (1).

Après son traité sur la *Chirurgie de la main*, M. Blum nous donne un traité sur la *Chirurgie du pied*. Pour ceux qui connaissent le premier ouvrage, point n'est besoin de faire l'éloge du second. M. le professeur Richet, dans une judicieuse préface, fait la critique et l'analyse du livre, ajoutant çà et là quelques points de vue personnels.

Après une étude fort complète des pieds-bots, de leur étiologie et de leurs symptômes, M. Blum passe en revue tous les traitements proposés pour la cure de cette difformité. Les méthodes les plus modernes et en particulier la tarsectomie y sont étudiées longuement, l'auteur s'en montre peu enthousiaste et ne réserve guère son approbation que pour l'extirpation de l'astragale, dont les statistiques démontrent l'incontestable utilité dans la cure du pied varus congénital. Toutefois, cette intervention ne doit jamais, dit-il, être pratiquée chez l'enfant, elle doit être réservée aux adultes, pour les cas qui ont résisté aux moyens ordinaires.

Parmi ces pieds-bots, l'auteur signale cette affection si intéressante que Gosselin a désignée sous le nom de *Tarsalgie*. Est-ce une lésion due à l'impotence du long péronier latéral, comme le veut Duchenne, est-ce une arthrite, comme le prétend Gosselin, ou bien a-t-on affaire à une faiblesse des ligaments tarsiens comme le veulent MM. Le Fort et Tillaux? M. Blum pense que la tarsalgie reconnaît pour cause première la défaillance musculaire et ligamenteuse survenant chez des jeunes sujets lymphatiques à muscles faciles à fatiguer. Secondairement, on voit survenir l'affaissement de la plante du pied, puis la douleur, enfin l'arthrite et la contracture qui ne sont que des phénomènes consécutifs.

Parmi les difformités des orteils, qui font l'objet d'un chapitre original, signalons l'étude de *l'orteil en marteau*, que M. Blum attribue à une rétraction fibreuse des tissus péri-articulaires, des tendons, de leur gaine, des ligaments et même de la peau. De là la thérapeutique conseillée par cet auteur qui soutient que la section complète de tous ces tissus scléreux suffit pour amener le redressement et corriger la difformité.

Les fractures, les luxations, les plaies, tous les traumatismes du pied constituent les chapitres suivants. Viennent ensuite les inflammations, onyxis, ostéites, arthrites, gangrènes, troubles trophiques, maux perforants, les tumeurs spéciales à la région.

La dernière partie contient toute la médecine opératoire du pied, si importante et si difficile, la description et les indications des procédés. On trouvera, dans ce chapitre, un guide précieux dans le choix des méthodes opératoires et d'excellents conseils pour les soins consécutifs à chacune des interventions.

Si l'on veut juger l'ouvrage dans son ensemble, on ne peut mieux faire que de dire avec M. Richet :

« Ce traité de chirurgie du pied est une œuvre qui réalise un véritable progrès ; il a permis à M. Blum de réunir sous ce titre toutes les affections qui peuvent atteindre cette importante section du membre inférieur ; de telle sorte que le praticien, mis en présence d'une de ces lésions, soit certain d'en trouver non seulement une description claire et exacte ; mais, ce qui est plus important, une règle de conduite sage et prudente qui n'exclut pas une ferme décision. »

A.

(1) In-8°. Prix : 8 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

Éléments de pathologie chirurgicale générale (1),
par le docteur S. BAUDRY.

Le deuxième fascicule (2) du livre de M. Baudry continue et termine l'histoire si intéressante des traumatismes et des diathèses, rappelle les belles recherches de l'École de la Pitié sur les lésions des tissus malades et montre l'énorme influence des milieux sur les lésions traumatiques.

Nous ne pouvons que mentionner les importants chapitres qui ont trait aux hémorrhagies, à la syncope et au shock traumatiques.

Vient ensuite l'étude si importante des septicémies chirurgicales : fièvre traumatique, septicémie aiguë, suraiguë ou chronique, infection purulente, — étude dégagée de toutes ces hypothèses qui ont obscurci si longtemps la pathogénie de ces complications des plaies et où la nature infectieuse, microbienne, des lésions est nettement mise en relief.

Signalons aussi une bonne et complète description de l'érysipèle, bien connu maintenant, soit dans son origine infectieuse, soit dans la localisation histologique de ses lésions, mais dont le véritable traitement est encore à trouver.

L'étude du tétanos et de la pourriture d'hôpital terminent cette partie de l'ouvrage ayant trait à l'histoire des traumatismes compliqués.

La quatrième et la cinquième partie du traité sont réservées à l'étude des tumeurs et des vices de conformation en général.

Outre la clarté, qui est la note dominante du livre de M. Baudry, il convient d'ajouter que ce traité se recommande par le soin qu'a mis l'auteur à se tenir au courant des dernières recherches scientifiques.

Traité de pathologie chirurgicale spéciale (3),
par Franz KŒNIG.

C'est la quatrième édition du livre de Kœnig, que vient de traduire en français M. le docteur Comte, chirurgien adjoint à l'hôpital de Genève. Le succès rapide de cet ouvrage en Allemagne est dû à sa réelle valeur, à la forme claire et concise avec laquelle le professeur Kœnig y a rassemblé les résultats de ses longues recherches et de sa grande expérience personnelle.

Ce traité de pathologie chirurgicale est divisé en trois volumes. Le premier est consacré à la chirurgie de la tête et du cou; le second renferme les maladies de la région thoracique et de l'abdomen, des organes génito-urinaires de l'homme, de l'anus, du rectum et de la colonne vertébrale. Le troisième volume est tout entier consacré à la pathologie des membres. Dans cet ouvrage ne se trouvent point étudiées les affections des yeux, des oreilles, et des organes génitaux de la femme. L'auteur a pensé que la description de ces chapitres de pathologie serait plus à sa place dans les ouvrages destinés spécialement à ces différentes branches de l'art chirurgical.

Aujourd'hui, c'est le premier fascicule de ce traité que nous avons sous les yeux, il comprend l'étude des maladies du crâne et de la face.

Nous ne pouvons faire l'analyse de cet ouvrage dans les différents chapitres qui le composent. Mais si l'on veut porter un jugement sur l'ensemble du livre, nous pouvons dire que ce traité est surtout écrit dans un sens pratique, par un auteur qui non seulement a fait œuvre de chirurgien instruit, mais encore de praticien judicieux et habile.

Les 150 premières pages sont consacrées aux traumatismes du crâne et du cerveau, et au traitement qui leur convient. La trépanation y est bien étudiée et ses indications sont sainement posées. Vient ensuite l'étude des inflammations et des tumeurs spéciales à la région cranienne, de l'anévrysme cirsoïde, des kystes dermoïdes, etc.

(1) In-8°. Prix : 7 francs; l'ouvrage complet : 13 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

(2) Voir analyse du 1er fascicule, *Gazette des hôpitaux*, 1887, p. 894.

(3) Gr. in-8°. Prix : 7 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

La dernière partie de cet intéressant fascicule passe en revue les affections chirurgicales de la face et des maxillaires. Les différents procédés d'autoplastie appliqués à la réfection des paupières, du nez et des lèvres, y sont successivement étudiés et discutés.

Signalons encore l'étude chirurgicale des névralgies de la face, et les détails importants de leur traitement par la section et la résection nerveuse. Enfin les maladies des maxillaires et des dents avec les opinions comparées de Malassez et de Magitot, terminent ce premier fascicule.

Quand on a parcouru ce remarquable traité, on est en droit de conclure avec M. Terrillon, dans l'introduction qu'il a faite, et la traduction française du livre de Kœnig, que ce livre est remarquable par ses précieuses indications pratiques, bien différent en cela de beaucoup de livres français où la part donnée à l'historique, à l'histologie et à la théorie pathogénique, cache quelquefois au lecteur, encore peu familiarisé avec la clinique, les préceptes réellement utiles pour le chirurgien pratiquant.

The principles of cancer and tumour formation (1),
par W. Roger WILLIAMS, F. R. C. S.

Cet ouvrage peut être considéré comme l'introduction d'un traité complet sur la pathologie et le traitement des tumeurs, traité qui comprendra six parties différentes. Le livre que nous signalons aujourd'hui en constitue la première partie, il traite spécialement de la croissance, de la reproduction des tumeurs, de leur évolution et de leur étiologie. Des études comparées avec les tumeurs du règne végétal donnent à ce travail un intérêt tout particulier.

Les vénériens et le droit commun,
par le docteur A. MALECOT.

M. le docteur Malecot a publié, dans cette brochure, la note qu'il a communiquée à la Société de médecine pratique en février et mars de cette année. Il s'agit de cette question de la réglementation de la prostitution qui a si vivement passionné le corps médical, il y a quelques mois.

Voici en quelques mots les passages saillants de ce travail.

Après avoir passé en revue la réglementation de la prostitution en France et à l'étranger, M. Malecot conclut à l'inefficacité et à l'arbitraire du régime actuel; il faut donc trouver mieux. Ce mieux, M. Malecot croit qu'il ne faut pas le chercher dans la répression, qui frappera uniquement les femmes et épargnera toujours les hommes qui, cependant aussi, sont les agents de contamination. La prostitution est un mal qui est loin de s'éteindre et qu'il faut cependant songer à diminuer. L'amoindrissement de la misère, la création de refuges pour les femmes malheureuses, les facilités du travail accordées à toutes, une éducation qui développe chez elles le goût de la vie de famille : tels sont les moyens que l'auteur croit, à cet égard, les plus efficaces. Tel est le but que doit se proposer le législateur.

Le but auquel doit tendre le médecin est tout autre. Il doit consister à ouvrir largement les dispensaires, les hôpitaux, à intéresser les vénériennes à se soigner et à les traiter en malades et non en prisonnières.

Des fractures simples des os du carpe,
par le docteur A. DELBECQ.

Les fractures simples des os du carpe sont rares et souvent méconnues. Elles ne sont habituellement que des éléments accessoires des entorses de la région ou des fractures de l'extrémité inférieure de l'avant-bras. Ce sont alors des fractures superficielles.

Les fractures complètes peuvent se faire par torsion, ou par flexion forcée, et, dans ce cas, il y a ordinairement des lésions de la synoviale tendineuse palmaire.

Douleur vive et localisée, impotence, tuméfaction énorme et

(1) In-8°. — London 1888, John Bale et Sons, édit.

crépitation en un point précis, tels sont les principaux symptômes. Les fractures superficielles guérissent simplement par l'immobilisation, les fractures complètes nécessitent un repos prolongé et se compliquent souvent de raideurs tendineuses ou articulaires, et même d'ankylose.

A. RICARD.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 6 juin 1888, M. le docteur Vaillant, médecin en chef de la marine en retraite, a été nommé au grade de médecin en chef dans la réserve de l'armée de mer.

— Par arrêté, en date du 25 mai 1888, M. Héret, interne des hôpitaux de Paris, est nommé pharmacien de l'hospice d'Ivry.

— Par arrêté, en date du 30 mai 1888, M. le docteur Boivin est nommé médecin honoraire du Bureau de bienfaisance du Xe arrondissement de Paris.

— Un concours s'ouvrira le lundi 29 octobre 1888, à une heure de l'après-midi, à l'hôpital civil d'Alger, pour la nomination à sept emplois d'élèves externes en médecine et chirurgie vacants à l'hôpital de Mustapha. Les candidats peuvent se faire inscrire dans les bureaux de la direction, à Alger, jusqu'au 27 octobre à quatre heures du soir.

— Un congrès international de dermatologie se tiendra à Paris, dans la première quinzaine du mois d'août, sous la présidence de MM. Ricord et Hardy; — adresser les adhésions à M. Feulard, à l'hôpital Saint-Louis.

— M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste, suppléant M. le professeur Daubrée, commencera ses leçons publiques sur l'histoire géologique des temps quaternaires, samedi prochain, 9 juin, à quatre heures un quart, dans l'amphithéâtre de minéralogie du Muséum d'histoire naturelle, et les continuera les mardis et les samedis suivants à la même heure.

— M. Munier-Chalmas, sous-directeur du laboratoire de géologie à la Sorbonne, fera une excursion géologique, dimanche prochain 10 juin 1888, à Étampes, Étréchy et Pierrefitte. Le rendez-vous est à la gare d'Orléans, à sept heures trente minutes précises du matin.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOPITAL NECKER. — M. Kirmisson.

Un nouveau cas de cancer du rectum; colotomie lombaire et colotomie iliaque.

Dans mon avant-dernière leçon, à l'occasion de deux malades atteints de cancer du rectum, je vous ai parlé de ce néoplasme et de ses variétés, ainsi que des indications thérapeutiques que son siège, son étendue, sa nature, etc., nous fournissaient, enfin des procédés auxquels on pouvait avoir recours : extirpation ou colotomie (1). Mais je n'ai dit qu'un mot seulement de cette dernière, de la création d'un anus contre nature. Aujourd'hui je désire traiter cette question de la colotomie, d'autant plus qu'un troisième malade, porteur également d'un cancer rectal, est depuis ces jours derniers dans nos salles.

Je ne reviendrai pas sur l'extirpation de la tumeur rectale, dont je vous ai parlé mardi, opération que j'ai faite le jour même, mais seulement du second malade, sur lequel je m'étais peu étendu ce jour-là, et que j'ai opéré hier — colotomie iliaque — et du troisième, c'est-à-dire le dernier arrivé à l'hôpital.

Le premier de ces deux malades est celui du n° 20 de la salle des hommes; c'est un homme de soixante-deux ans, serrurier, chez lequel, si l'on en croyait son dire, le mal a débuté seulement au mois de janvier dernier. La vérité, selon toutes probabilités, est que le début est beaucoup plus ancien, mais que cet homme ne s'en est aperçu qu'au mois de janvier, la maladie restant, jusque-là, à l'état latent.

Donc à cette époque, il a commencé à éprouver les premières douleurs lombaires, en même temps que de la difficulté pour aller à la selle, des besoins incessants de défécation, du ténesme rectal, mais aucun écoulement de sang. Cependant, jusqu'à présent, l'état général est resté bon, et le malade n'a pas encore beaucoup maigri.

Lorsqu'on vient à l'examiner, voici ce que l'on constate : rien à l'extérieur, ni tumeur, ni hémorrhoïde; le doigt introduit dans le rectum sent, en un point très rapproché de l'orifice anal et en arrière, une plaque dure, cancéreuse, mesurant environ cinq centimètres de hauteur et très facile à circonscrire. Le cas serait donc très favorable à une opération d'extirpation, si un toucher rectal plus profond ne décelait, un peu au-dessus de cette plaque, une tumeur très volumineuse, très saillante et effaçant le calibre de l'intestin. Ces deux tumeurs sont séparées l'une de l'autre par une portion de muqueuse saine; la seconde, la plus volumineuse, n'a pas pu être délimitée supérieurement, en tous cas nous savons qu'elle remonte au-dessus du cul-de-sac supérieur.

Quant à l'autre malade, entré jeudi dans nos salles, c'est un homme de trente-trois ans, instituteur communal, chez lequel les premiers accidents, c'est-à-dire de petites hémorrhagies chaque fois qu'il allait à la selle, ont apparu il y a deux ans. Le médecin qu'il a consulté, à cette époque, négligeant le toucher rectal, a diagnostiqué un flux hémorrhoïdaire, ce qui était absolument erroné. Bientôt le malade s'est plaint d'une constipation opiniâtre, pour laquelle il a dû prendre de temps à autre des purgatifs, et de douleurs abdominales. Néanmoins, à cette époque, il n'avait pas encore beaucoup maigri ni perdu ses forces.

Mais, depuis un an, les hémorrhagies ont été beaucoup plus abondantes, entraînant, à leur suite, un certain degré d'affaiblissement; et, depuis le mois de septembre de l'année dernière, le malade ressent des douleurs violentes, au niveau de l'angle sacro-vertébral, ainsi qu'une très grande faiblesse; en même temps, son teint est devenu pâle, terreux. La constipation est devenue opiniâtre au point de donner lieu à de véritables accès d'obstruction intestinale, le malade n'allant plus jamais à la selle que tous les cinq ou six jours. Enfin, depuis deux mois, cet homme est forcé de garder le lit.

L'examen de la région malade montre tout d'abord une petite hémorrhoïde, sèche, extérieure, puis, par le toucher rectal, rien jusqu'à une hauteur de neuf à dix centimètres, où l'on sent une masse volumineuse qui obstrue toute la lumière de l'intestin, laissant seulement vers le centre un passage très étroit, à travers lequel le doigt pénètre difficilement. Cette tumeur bosselée, irrégulière, occupe tout le pourtour de l'intestin; elle laisse échapper du sang et une sanie purulente; ses limites supérieures n'ont pu être circonscrites.

Bref la situation et l'étendue de la tumeur, ainsi que l'état

1) Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 189.

général du malade, nous défendent de songer à pratiquer l'extirpation, et nous devons nous borner à une opération palliative, c'est-à-dire à créer un anus contre nature, à faire la colotomie.

Cette opération a été l'objet de nombreuses discussions, non pas sur la nature même de l'opération, mais sur le point où elle doit être pratiquée, c'est-à-dire soit en avant, ou colotomie iliaque, soit en arrière, ou colotomie lombaire.

C'est Amussat, en 1839, après la mort de Broussais qui succomba à un cancer du rectum après avoir éprouvé les plus violentes douleurs, qui préconisa surtout la colotomie lombaire; mais les difficultés opératoires, et un certain nombre d'insuccès, tant de lui-même que des chirurgiens qui, dans les premiers temps, suivirent sa méthode, la firent bientôt délaisser. Et ce n'est guère qu'en 1879, que MM. Fochier (de Lyon), Labbé, Trélat, la remirent en honneur. Mais M. Verneuil, frappé des inconvénients et des difficultés qu'elle présentait, s'est efforcé de démontrer la supériorité, dans la majorité des cas, de la colotomie iliaque, abandonnée depuis longtemps aussi, sur la colotomie lombaire.

Bref chacune de ces opérations palliatives, colotomie lombaire et colotomie iliaque, a ses partisans. Ceux de la colotomie lombaire disent que l'anus lombaire est plus commode pour les malades, moins répugnant en ce sens qu'ils n'ont pas constamment leur infirmité sous les yeux. Pour moi, je soutiens absolument le contraire et les malades, que j'ai pu consulter à cet égard, ont été d'un avis unanime, conforme au mien, même dans la classe riche, déclarant très nettement qu'il leur était mille fois plus pénible d'être obligés d'exhiber, chaque jour, leur infirmité pour les soins de propreté nécessaires, que de procéder eux-mêmes à la toilette de leur anus artificiel; par suite, qu'ils préféraient de beaucoup l'anus iliaque à l'anus lombaire.

Ces mêmes partisans ont dit aussi que le côlon dans la région lombaire était plus fixe, comme siège, que l'S iliaque en raison de ses adhérences, et que, de plus, l'anus lombaire avait moins de tendance au prolapsus de la muqueuse, que l'anus iliaque. Je réponds que cette opinion me paraît exagérée, que les anomalies du siège de l'S iliaque ne sont pas aussi fréquentes qu'on veut bien le dire, et que des erreurs opératoires ont été commises également dans la colotomie lombaire, enfin que si le prolapsus est la règle dans l'anus iliaque, il est loin aussi d'être rare dans l'anus lombaire, et que d'ailleurs il est assez facile d'y remédier, en réduisant l'anus iliaque à un plus petit orifice. Quant à invoquer l'ouverture du péritoine, nous avons le droit de dire qu'aujourd'hui cette ouverture n'a plus l'importance d'autrefois, grâce aux méthodes antiseptiques, et que, même dans ce cas, la guérison est la règle.

J'ajoute que la colotomie lombaire a, sur l'iliaque, un désavantage des plus évidents, c'est-à-dire les difficultés opératoires, l'intestin étant plus profondément situé, si bien que parfois l'opération a été manquée. De plus, s'il est vrai que, lorsque l'intestin est fortement distendu, les deux feuillets du mésentère s'écartent facilement, et favorisent l'ouverture de l'intestin, par contre, lorsque l'intestin est affaissé, il est facile au chirurgien de tomber en dehors, et d'ouvrir la cavité péritonéale à la place de l'intestin, ou bien de tomber sur l'organe rénal, etc., ce que vous n'avez pas à redouter avec la colotomie iliaque.

Je reconnais, au contraire, très volontiers, que, jusqu'en ces dernières années, la colotomie lombaire avait cet avantage sur l'iliaque, que le chirurgien, forcé d'attirer fortement au dehors l'intestin, en raison de l'épaisseur des tissus qu'il devait traverser, créait ainsi par une plicature un éperon favorisant la sortie des matières par le bout supérieur, sans crainte de les voir s'engager aussi dans le bout inférieur et déterminer, par suite, douleurs, ténesme, hémorrhagies, etc. Mais M. Verneuil a eu l'heureuse pensée de modifier le procédé opératoire de la colotomie iliaque, et d'une façon très simple, pour éviter le passage des matières dans le bout inférieur, en attirant aussi l'intestin au dehors dans une certaine étendue et sectionnant tout ce qui dépassait l'ouverture. Il a ainsi obtenu également un éperon, grâce auquel la colotomie iliaque donne, sous ce point de vue, d'aussi bons résultats que la colotomie lombaire.

Maddlung (de Vienne) a préconisé, dans le même but, la section transversale de l'intestin, avec fermeture du bout inférieur par une suture; mais, outre les graves inconvénients de cette fermeture du bout inférieur, qui emprisonne dans cette partie de l'intestin les matières fécales qui peuvent y être restées, ainsi que les glaires et mucosités, plus ou moins sanglantes, sécrétées par la muqueuse et la tumeur, etc., l'opération est beaucoup plus compliquée et plus longue.

Bref, le procédé de M. Verneuil est certainement de beaucoup préférable, et, grâce à lui, nous pouvons dire que la colotomie iliaque réalise tous les avantages de la colotomie lombaire, sans en avoir les inconvénients, et que, de plus, elle est parfaitement bénigne.

Je l'ai pratiquée huit fois, en y comprenant l'opération que j'ai faite hier, et sept fois elle a été suivie de guérison — du huitième cas je n'en puis encore parler, puisqu'il date seulement de vingt-quatre heures — sans donner lieu à aucun incident, à aucun accident péritonéal. Sur quinze opérations faites par M. Verneuil, nous ne comptons qu'une seule mort.

Mais, de ces succès devons-nous conclure au rejet absolu de la colotomie lombaire? Nullement. Il est des cas — peu nombreux il est vrai — où cette dernière doit être pratiquée, par exemple, lorsqu'on est en présence d'un cancer volumineux, adhérent, situé dans la fosse iliaque.

En résumé, donc, si la colotomie lombaire a ses indications, la colotomie iliaque n'en reste pas moins l'opération de choix. C'est elle que j'ai faite hier, et que je vais également pratiquer aujourd'hui.

HOPITAL DU MIDI. — M. Charles Mauriac.

Syphilis tertiaire du poumon (1).

VI

Il est incontestable que le diagnostic présente de grandes difficultés. Le point essentiel, c'est de songer à la syphilis, quand on se trouve en présence d'une consomption pulmonaire dont les origines, les symptômes et le processus s'écartent un peu du type ordinaire de la phthisie commune. En effet, la tuberculose est, de toutes les affections du poumon, celle qu'il est le plus facile de confondre avec la

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 573.

syphilis tertiaire de cet organe. Maintes fois on ne les a distinguées l'une de l'autre que par suite d'une circonstance fortuite, soit qu'il fût survenu sur d'autres points une lésion manifestement syphilitique, qui faisait songer à la possibilité d'une détermination de même nature sur le poumon, soit parce que le traitement spécifique guérissait merveilleusement les lésions pulmonaires, etc.

Dans aucune viscéropathie il n'est aussi nécessaire que dans celle qui nous occupe, de rechercher les antécédents, de fixer la chronologie, de fouiller dans tous les sens le passé pathologique des malades, d'analyser scrupuleusement les signes physiques, de mesurer la portée des troubles fonctionnels et des symptômes généraux, de passer en revue tous les tissus et tous les organes, pour y découvrir les déterminations actuelles ou le vestige de celles qui ont précédé l'affection pulmonaire, etc. Les résultats de cette enquête sont d'une importance capitale au point de vue du diagnostic; à eux seuls, ils suffisent quelquefois pour l'établir. Ajoutons que, dans les cas obscurs, le traitement peut lever tous nos doutes.

Cela posé, passons en revue les caractères différentiels des deux affections.

1° Le siège de prédilection des tubercules, c'est le sommet du poumon; celui du néoplasme syphilitique est la zone moyenne de l'organe, c'est-à-dire le lobe moyen droit, la partie inférieure du lobe supérieur, la partie supérieure du lobe inférieur. Il correspond sur la paroi thoracique : en arrière, à l'épine de l'omoplate, à la fosse sous-épineuse ; en avant, à la troisième et à la quatrième côte. Il est plus fréquent à droite qu'à gauche, tandis que le contraire paraît exister pour le tubercule.

« En présence des signes cavitaires ou d'une infiltration limitée du lobe moyen du poumon droit, dit M. Grandidier (*Berlin. Klin. Woch.* 1875, p. 195), le diagnostic de syphilis pulmonaire doit être porté sans restriction, quand même toute autre manifestation syphilitique ancienne ou actuelle ferait défaut. » Cette proposition, appuyée par M. Rollet et beaucoup d'autres, ne doit pas être prise dans un sens trop absolu. « En parcourant notre tableau synoptique, dit M. Carlier, on remarquera aisément que la syphilis pulmonaire n'a pas pour le lobe moyen une prédilection telle que semblerait l'indiquer la proportion donnée par M. Grandidier. On verra de plus qu'elle affecte assez fréquemment le sommet et la base, de telle sorte qu'il ne nous paraît pas nettement démontré qu'une portion du poumon soit plus souvent touchée que l'autre par la syphilis. Il n'en reste pas moins acquis que le processus syphilitique, à l'inverse de ce qui se passe dans la tuberculose, n'a pas de prédilection pour le sommet. »

Ainsi on soupçonnera qu'une pneumopathie est syphilitique, lorsqu'elle sera unilatérale, qu'elle n'occupera pas le sommet, mais le tiers moyen ou la base. Peu importe du reste qu'elle soit nettement circonscrite avec matité limitée, souffle caverneux, gargouillement, ou diffuse avec submatité vague, souffle bronchique, rhonchus et râles crépitants.

2° Les antécédents héréditaires doivent être pris en grande considération. Sans doute les tubercules peuvent se développer chez des personnes qui ne présentaient aucune prédisposition pour la diathèse tuberculeuse; mais, dans la grande majorité des cas, chez les sept dixièmes, la pneumotuberculose est le résultat de l'hérédité.

3° Malgré les allures aiguës ou subaiguës que prend quelquefois le processus pneumosyphilomateux, la plupart du temps l'évolution des pneumopathies syphilitiques s'effectue avec beaucoup de lenteur et la durée dépasse considérablement celle de la tuberculose.

4° Une différence d'une très grande valeur entre les deux pneumopathies, c'est celle que présentent leurs symptômes généraux. Dans la phthisie vraie, avant même l'apparition des signes physiques, et surtout dès leur début, il y a des troubles fonctionnels du côté de l'estomac et du foie, de l'amaigrissement, de la fièvre, des signes marqués d'une perturbation générale. Rien de pareil ne se produit habituellement dans les pneumosyphiloses; elles restent très longtemps latentes, et, quand on les découvre, on est frappé du contraste qui existe entre la bonne tenue de la santé dans son ensemble et la gravité des lésions pulmonaires. Ce contraste est un élément précieux de diagnostic et doit éveiller et diriger l'attention vers la possibilité d'un processus pulmonaire autre que le processus tuberculeux.

5° La constatation d'antécédents syphilitiques bien positifs, et la certitude absolue que le malade a eu la syphilis sont d'un grand poids dans les cas équivoques. Que cette syphilis ait été maligne, forte, moyenne ou faible, peu importe. Les syphilis dites bénignes, celles qui le sont, même au point de passer inaperçues, donnent peut-être lieu aussi fréquemment que les autres aux pneumopathies. N'est-ce pas ce qui a lieu aussi pour les cérébropathies ? La coexistence d'accidents syphilitiques contemporains est encore plus importante : gommes cutanées, exostoses, pharyngopathies, syphiloses viscérales, etc. Deux surtout, par la fréquence de leur coïncidence avec le processus pneumosyphilomateux, doivent être prises en considération : la syphilose hépatique et la syphilose laryngo-trachéo-bronchique. La première l'emporte comme nombre, la seconde comme affinité fonctionnelle et anatomique. C'est sans doute cette solidarité entre toutes les parties constituantes de l'appareil respiratoire qui a conduit M. Schnitzler à accorder une si grande valeur, une valeur peut-être exagérée, aux lésions syphilitiques concomitantes du larynx.

6° L'hyperthermie locale constante qui, d'après M. Güntz, se développe au niveau des foyers tuberculeux, fait toujours défaut au niveau du foyer syphilomateux.

7° Les crachats des pneumosyphiloses ne contiennent pas le bacille de la tuberculose découvert en 1882 par Koch. Il faudra donc toujours s'assurer de la présence ou de l'absence de ce bacille en ayant recours aux procédés de coloration bien connus depuis Ehrlich. Quelquefois, dans l'expectoration pneumosyphilomateuse, il existe des fragments de poumons presque pathognomoniques. Ce sont des masses privées d'air, qui s'enfoncent dans l'eau et qui sont constituées par des alvéoles altérées et entourées d'une néoplasie conjonctive, etc. La découverte du bacille de Koch dans les crachats n'implique pas d'une façon absolue la non-existence de la pneumosyphilose, puisqu'elle se développe quelquefois dans des poumons qui étaient antérieurement ou qui sont devenus tuberculeux.

8° Un criterium capital est fourni par les résultats du traitement. Quand on voit guérir, avec une rapidité merveilleuse, sous l'influence de la médication hydrargyrique et iodurée, des lésions pulmonaires qu'on prenait pour tuberculeuses et qui semblaient irrémédiables, il est impossible de ne pas admettre qu'elles sont produites par la syphilis. Ce criterium toutefois n'est pas absolu, lui non plus, puisqu'il n'est point impossible que, derrière la

pneumopathie syphilitique, il y ait une pneumopathie tuberculeuse, comme dans un cas relaté par M. Gouguenheim. L'amélioration n'est alors que temporaire. M. le professeur Potain a donc eu raison de dire que le traitement spécifique ne doit être considéré comme une pierre de touche de la nature de la maladie, que dans certaines conditions particulières. Un syphilitique qui est en même temps tuberculeux peut en effet être amélioré par le traitement qui agit sur l'état général et amène souvent indirectement une amélioration de l'état local. Ce grand praticien a vu un cas où la tuberculose confirmée par la présence du bacille n'était pas douteuse, et fut considérablement amendée par les spécifiques.

DES SPASMES MUSCULAIRES

CONSÉCUTIFS AUX LÉSIONS RHUMATISMALES CHRONIQUES DES JOINTURES.

Par M. le docteur Gilbert Ballet.

Depuis les travaux de M. Charcot, on sait que, lorsque les affections articulaires retentissent sur la moelle, elles déterminent tantôt de la contracture musculaire, tantôt de la paralysie amyotrophique. L'auteur veut démontrer qu'elles peuvent, en outre, occasionner du spasme musculaire.

Il a eu l'occasion d'observer dernièrement une femme de soixante et un ans, qui présentait à chaque instant des crises de spasmes caractérisées de la façon suivante : le bras était porté en adduction et en rotation en dedans, parfois il s'inclinait en arrière ; l'avant-bras était étendu dans une position intermédiaire à la pronation et à la supination ; il n'y avait rien à la main. Les muscles affectés de spasme étaient modérément durs ; il n'y avait pas de douleurs de crampe. En examinant les jointures des mains, on constatait qu'elles présentaient des lésions très accusées de rhumatisme chronique ; dans les grosses articulations, il y avait des craquements.

Ce spasme durant deux minutes se distingue des simples secousses de la chorée électrique ; il se rapproche un peu des convulsions toniques de l'épilepsie jacksonnienne, mais l'histoire de l'affection, ses caractères cliniques, l'évolution du trouble militent contre cette assimilation. Il s'agit donc bien d'un spasme fonctionnel, intermittent, spécial chez une rhumatisante, et, pour l'expliquer, on est naturellement porté à établir une connexité entre le trouble fonctionnel et la maladie coexistante, le rhumatisme.

Le fait suivant vient à l'appui de cette hypothèse. Il s'agit d'un homme de quarante-huit ans, non nerveux, mais rhumatisant, qui, depuis deux ans, est affecté de spasmes des masséters, se reproduisant plusieurs fois par jour, quand il parle ou mâche. Le masséter gauche est surtout pris, et, quand il y a spasme, les deux mâchoires sont fortement appliquées l'une contre l'autre et on ne peut les écarter. Il se produit souvent en même temps de petits mouvements de latéralité du maxillaire inférieur, déterminés par la contraction des ptérygoïdiens et s'accompagnant parfois d'un bruit de grincement des dents. Exceptionnellement la contracture spasmodique se diffuse aux muscles abaisseurs de la mâchoire.

La crise dure deux minutes ; plusieurs crises se succèdent quelquefois sans interruption. Le spasme n'est pas, à proprement parler, douloureux, il est simplement gênant.

Un examen attentif du malade fait constater dans les genoux des craquements de rhumatisme chronique qu'on retrouve, moins marqués, aux articulations du membre supérieur. Lorsque le malade exécute des mouvements d'abaissement et d'élévation de la mâchoire, il perçoit très nettement un craquement au niveau de l'articulation temporo-maxillaire gauche. Or, comme, chez ce malade, on ne peut rattacher le spasme du masséter gauche, ni à l'abus fonctionnel (l'articulation de la mâchoire n'ayant pas eu à jouer plus qu'elle ne le fait généralement), ni à une susceptibilité particulière du système nerveux, on est en droit d'incriminer le rhumatisme. Pareille hypothèse est d'autant plus légitime que, dans ce cas, le spasme est prédominant du côté de l'articulation malade. L'hypothèse trouve enfin un solide point d'appui dans la comparaison des deux faits précédemment rapportés. Dans les deux cas, en effet, on relève d'une part un spasme musculaire, d'autre part des lésions articulaires de nature rhumatismale, enfin, on constate la localisation du spasme aux muscles qui meuvent l'une des jointures malades.

M. Ballet cite une troisième observation.

Ces faits sont susceptibles de jeter quelque jour sur la pathogénie de ces troubles, que depuis Duchenne (de Boulogne) on réunit sous la dénomination de spasmes fonctionnels, troubles qui proviennent toujours d'une excitabilité anomale d'un centre médullaire, mais d'une excitabilité dont la cause peut être variable. Tantôt elle résulte de l'abus fonctionnel (crampe des écrivains) ; tantôt d'une susceptibilité du système nerveux (spasmes hystériques), tantôt enfin l'hyperexcitabilité médullaire est liée à une lésion chronique d'une jointure.

Ces données conduisent à substituer à la médication symptomatique, une médication qui vise le processus morbide dans son essence.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 juin 1888. — Présidence de M. Siredey.

COMMUNICATIONS

Ladrerie chez l'homme. — M. MILLARD présente un malade atteint de ladrerie. Il entra à l'hôpital avec une paralysie du membre inférieur gauche, paralysie qui avait été précédée d'une attaque épileptiforme. Cet homme était un alcoolique et surtout un absinthique ; il buvait jusqu'à seize ou dix-sept verres d'absinthe par jour. En plus des accidents pour lesquels il venait à l'hôpital, il présentait sur plusieurs parties du corps des tumeurs peu volumineuses, arrondies, lisses, et surtout remarquables par leur consistance dure, cartilagineuse.

C'est vers la fin de 1877 qu'il en avait constaté une première à la joue gauche ; celle-ci s'était peu à peu atrophiée, mais en même temps plusieurs autres avaient paru sur différents points du corps. De ces tumeurs, plusieurs ont disparu pendant que d'autres se développaient.

Cet homme avait mangé beaucoup de porc. De plus, et c'est là un fait intéressant, il avait été atteint du tænia. Soigné pour cette dernière affection par M. Guyot, il avait rendu de nombreux fragments et depuis n'avait plus rien vu. M. Millard fit prendre un nouveau tænifuge, il ne rendit rien ; il croit donc pouvoir le considérer comme actuellement absolument indemne du tænia.

Il extirpa une de ces tumeurs pour en pratiquer l'examen histologique. Il la trouva remplie de cysticerques. Le diagnostic était fait.

Comment cet homme avait-il pris les œufs ? Les avait-ils contractés de son entourage, comme cela semblait probable, dans un des cas de M. Troisier ? Ici rien ne pourrait le faire supposer, ses parents étant indemnes du tænia. N'avait-il pas pris plutôt les œufs de son propre tænia, dont des fragments remontés dans l'estomac avaient été dissociés par la digestion ? Interrogé sur ce point, il a répondu n'avoir jamais vomi de fragments de tænia : ce n'est pas là une raison, cette infection personnelle doit être prise en sérieuse considération.

On a souvent constaté, en effet, chez l'homme, cette coexistence du tænia et des cysticerques. Un des cas de M. Troisier en présentait un exemple ; De Graefe, sur 80 cas de cysticerques de l'œil, a noté 5 fois la coexistence du tænia, et M. Blanchard a signalé à peu près les mêmes rapports. Cette coïncidence mérite donc d'attirer sérieusement l'attention et, en présence de tumeurs semblables, pourra être un sérieux élément de diagnostic.

Ce malade avait quarante-deux tumeurs sur diverses parties du corps; ces tumeurs tendaient à se détruire, les unes par suppuration, les autres par calcification.

Les deux accès épileptiformes dont le malade a été atteint, la monoplégie qui a suivi le second, tout cela est-il sous la dépendance de tumeurs de même nature, développées dans la cavité cranienne? Dans un cas ordinaire, la réponse n'eût pas été douteuse, mais, chez ce sujet, l'absinthisme très marqué venait singulièrement compliquer la question.

En premier lieu, les deux accès épileptiformes ont, au dire même du malade, succédé à des excès alcooliques. La rapidité de l'évolution de la paralysie qui, aujourd'hui, a très notablement diminué, semblerait bien s'accorder avec la production d'un léger épanchement sanguin sous-méningé rapidement résorbé. Enfin il n'existe, en dehors de ces accidents, aucun autre symptôme de tumeur cérébrale. Mais on sait combien est grande la tolérance de l'encéphale pour les tumeurs de cette nature; il est donc impossible de se prononcer absolument et de nier ou d'affirmer l'existence de cysticerques intra-craniens. La marche ultérieure seule pourra éclairer ce point du diagnostic.

M. TROISIER a dit, dans une précédente communication, que le diagnostic des tumeurs produites par les cysticerques était en général facile. On peut cependant les confondre avec des lipomes, ainsi qu'il en a observé un cas.

M. SEVESTRE dit que ces cysticerques peuvent souvent passer inaperçus. Il se rappelle un malade mort rapidement avec une céphalalgie très accusée et à l'autopsie duquel on trouva, dans les méninges, de nombreuses tumeurs produites par les cysticerques. L'une de ces tumeurs avait suppuré, s'était ouverte et avait occasionné une méningite purulente. Le diagnostic n'avait pas été fait pendant la vie.

M. DU CASTEL pense que la seule base du diagnostic n'est, en somme, que l'examen histologique.

Des spasmes musculaires consécutifs aux lésions rhumatismales des jointures. — M. BALLET fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 624.)

Traitement des diarrhées chroniques par le talc. — M. DEBOVE a pensé qu'en bourrant l'intestin avec une poudre inerte on pourrait arriver à arrêter les diarrhées chroniques. Il a choisi une poudre inattaquable par les sucs de la digestion, finement pulvérulente, assez douce, la poudre de talc ou silicate de magnésie. Il l'a administrée aux doses de 200, 400, 600 grammes par jour; 200 grammes sont suffisants; on les fait prendre délayés dans un litre de lait.

Il prescrit le talc à des tuberculeux atteints de diarrhée depuis trois, quatre et cinq mois; il a, dans tous les cas, obtenu un succès complet. A la diarrhée a succédé toujours une constipation opiniâtre. Comme la diarrhée des tuberculeux est de cause organique, symptomatique d'ulcérations intestinales, il est bon de continuer l'emploi du talc, mais à doses modérées.

Ce qu'il y a encore d'intéressant à noter dans l'emploi du talc, c'est que M. Debove a pu administrer en même temps que lui des substances que les tuberculeux ne pouvaient supporter. Le lait, par exemple, qui produisait un effet hyperpurgatif, était parfaitement toléré. M. Debove a pu donner à certains de ses malades jusqu'à 500 grammes d'huile en vingt-quatre heures, et établir, de cette façon, un mode d'alimentation par les corps gras.

M. SEVESTRE se demande si cette constipation opiniâtre qui succède à la diarrhée n'est pas dangereuse?

M. DEBOVE, pour les malades qu'il a traités, n'avait pas à craindre cette constipation, parce qu'ils étaient atteints de diarrhée de cause organique et forcément récidivante.

M. DU CASTEL demande combien de temps le talc met à s'éliminer?

M. DEBOVE répond qu'un jour après l'administration du médicament les selles ne sont déjà plus blanches.

Angine syphilitique précoce. — M. DU CASTEL rappelle qu'admise par Lasègue, qui la considérait comme l'analogue des angines qui précèdent la scarlatine, la variole, etc.; rejetée par M. Fournier, l'angine syphilitique précoce a été de nouveau décrite par Rollet, qui lui donne comme signe caractéristique sa localisation au voile du palais. Depuis quelques années, il a étudié l'angine syphilitique et il croit pouvoir dire que c'est une angine spéciale caractérisée d'abord par l'hypertrophie des glandes du voile du palais, qui s'accompagne ensuite de la vascularisation de la région. Et, fait important, la muqueuse n'est pas malade au début; elle ne s'enflamme que tardivement. Dans les angines infectieuses, on constate bien l'hypertrophie des glandes, mais la muqueuse est infiltrée de très bonne heure, et la vascularisation est loin d'être aussi marquée.

Il ne croit pas que dans l'angine syphilitique précoce, il s'agisse d'une roséole, car l'hypertrophie des glandes, la vascularisation ne s'observent pas dans la roséole cutanée.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 juin 1888. — Présidence de M. Polaillon.

COMMUNICATIONS

Chloroforme et trachéotomie. — M. MONOD, à propos de la communication de M. Le Dentu, dit avoir donné trois fois le chloroforme pour des trachéotomies. Il n'a jamais observé de spasmes rendant difficile ou dangereuse l'anesthésie. Le premier malade, qui avait une ossification complète de la glande thyroïde, a avalé une énorme quantité de sang et a succombé, n'ayant pu rejeter ce sang. Il est important, dans ces cas, de réveiller les malades à temps pour qu'ils puissent expectorer le sang introduit dans la trachée.

M. TERRIER a employé le chloroforme chez un malade atteint d'ossification de la trachée et s'est loué, au contraire, de l'emploi du chloroforme, qui lui a permis de faire l'hémostase et de prendre tout son temps pour opérer.

Tumeur fibreuse du ligament large. — M. TILLAUX, au sujet de la communication qu'il a faite dans la dernière séance sur un cas de tumeur fibreuse du ligament large, a été étonné d'entendre M. Lucas-Championnière dire que ces tumeurs n'étaient pas rares. Il n'en a jamais vu, pour lui, d'autre exemple.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE se défend d'avoir émis cette opinion. Il a seulement voulu parler du procédé opératoire employé dans les cas d'ablations de tumeurs du ligament large.

Castration ovarienne dans les fibromes utérins. — M. POLAILLON croit, qu'au point de vue chirurgical, on doit diviser les fibromes utérins en deux classes, ceux qui s'accompagnent d'hypertrophie utérine, ceux qui ne coïncident pas avec une augmentation du volume de l'utérus. La castration ne lui paraît indiquée que dans le premier cas.

Il est évident, en effet, que, lorsque la cavité utérine est très agrandie, les règles et même les hémorrhagies sont beaucoup plus abondantes et peuvent devenir dangereuses pour la vie. C'est dans ces cas que la castration donne surtout de bons résultats. M. Polaillon n'a eu qu'à s'en louer et en cite plusieurs exemples. Toutefois, cette opération n'est pas sans danger, et M. Polaillon cite un cas dans lequel la malade a succombé à la suite de la castration. Depuis un an, il a fait trois castrations; dans le premier cas, il a eu un complet succès; les deux autres malades sont mortes. Par contre, il a fait dix hystérectomies abdominales pour des fibromes utérins et n'a eu que deux décès. En résumé, selon lui, il faut réserver la castration surtout pour les cas de gigantisme utérin. Dans les cas d'hypertrophie utérine avec fibromes, si la recherche des ovaires est trop difficile, mieux vaut recourir à l'hystérectomie abdominale.

Dans les cas d'hystérectomie abdominale pour corps fibreux, il n'y a pas grand inconvénient à laisser une partie du fibrome

dans le pédicule intra-péritonéal, cette partie devant se sphacéler et tomber avec le pédicule.

M. BOUILLY ne croit pas qu'on puisse comparer entre elles l'hystérectomie abdominale et la castration. Quand, en effet, on pratique l'hystérectomie abdominale, la castration n'est plus possible, car il s'agit alors de gros fibromes. Il y a donc là deux indications toutes différentes. Quant à l'utérus gigantesque dont a parlé M. Polaillon, il est très difficile à distinguer de l'hypertrophie utérine concomitante avec un fibrome interstitiel ou sous-muqueux. A ce propos, M. Bouilly cite l'exemple d'une jeune fille atteinte de petits kystes ovariques et en même temps d'un utérus énorme représentant un utérus de quatre mois et demi de grossesse, si bien que l'on crut cette jeune fille enceinte. Il n'en était rien, et l'ablation des deux ovaires a eu pour résultat une véritable fonte de cet utérus gigantea.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE dit que M. Polaillon vient d'apporter un nouvel élément à la discussion, cette opinion contre laquelle il faut protester, à savoir que la castration serait une opération très dangereuse. M. Lucas-Championnière cite l'exemple d'une femme atteinte d'un fibrome intra-utérin faisant saillie à travers le col. Au lieu d'en faire l'énucléation, qui aurait pu présenter des difficultés en raison du volume de la tumeur, M. Lucas-Championnière a eu l'idée d'enlever les deux ovaires. Cette femme, qui perdait beaucoup de sang depuis trois mois, n'en a plus perdu depuis la castration.

M. TERRIER, contrairement à M. Polaillon, pense que l'hystérectomie abdominale est une opération extrêmement grave. Il n'y a pas la moindre comparaison à établir entre elle et la castration, opération toujours bénigne, surtout si les annexes sont saines.

Les indications sont d'ailleurs absolument différentes.

M. POLAILLON croit qu'il importe que chacun apporte ses faits. Ceux qu'il a personnellement observés sont en faveur de l'hystérectomie abdominale.

M. PAUL SEGOND fait, au sujet de cette discussion, une communication que nous publierons prochainement.

PRÉSENTATIONS

M. MONOD présente un malade auquel il a pratiqué une amputation de la cuisse par le procédé de Gritti, amputation transcondylienne avec conservation de la rotule suturée au condyle.

M. TUFFIER présente deux enfants qu'il a traités pour une ectopie testiculaire concomitante avec une hernie; il a dissocié la hernie d'avec le testicule et a maintenu celui-ci fixé dans le scrotum. (Comm. : M. Lucas-Championnière.)

M. LE BEC présente une jeune fille à laquelle il a pratiqué la résection du scaphoïde, combinée avec plusieurs sections tendineuses, dans le but de redresser un pied-bot. Le résultat obtenu a été très favorable. (Comm. : M. Schwartz.)

M. DELORME présente une pince tire-balle pour l'extraction des balles de petit calibre.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1887-1888.

223. M. MARTIN (Noël). Des accidents réflexes consécutifs aux opérations pratiquées sur l'utérus et l'ovaire. — 224. M. BALLIÈRE. Recherches expérimentales sur la mort par hyperthermie et sur l'action combinée du chloral et de la chaleur. — 225. M. DEGAIL. Des hémorrhagies intestinales des tuberculeux. — 226. M. DUVAL. Étude sur vingt-deux cas de subinvolution utérine. — 227. M. LEPLAT. Cancer pleuro-pulmonaire au point de vue clinique et anatomo-pathologique. — 228. M. ARNAUD (Léon). Recherches cliniques sur la paralysie générale chez l'homme.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 6 juin 1888, ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe. — MM. les pharmaciens diplômés de première classe Lugan, Ballon, Lejeune, Dreuilhe, Taillier, Gratier, Songeux, Blanchard, Arnold, Rucar, Bouillot et Hagué.

— M. le docteur Dupont, conseiller général de la Haute-Savoie, est nommé officier d'Académie.

— *Hôpitaux de Lyon.* — Le concours pour la place de chirurgien-major de l'Antiquaille vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Rochet.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Couturier (de Mérinchal), Dépret (de Saint-Pierre-sur-Dive), Larue (de Laval) et Taurin (de Louviers).

— La Société française de tempérance, dans sa séance solennelle du 10 juin 1888, a décerné une médaille de vermeil à M. le docteur Émile Monin; et une médaille d'argent à MM. les docteurs Daviller et Lardier.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le registre des inscriptions du quatrième trimestre de l'année scolaire 1887-1888 sera ouvert le mercredi 29 juin 1888, et clos le mercredi 18 juillet à trois heures. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après: 1° Les inscriptions de première année de doctorat et officiat, les mercredi 27, jeudi 28, vendredi 29 et samedi 30 juin 1888. — 2° Les inscriptions de deuxième année de doctorat, les mercredi 4, jeudi 5, vendredi 6 et samedi 7 juillet 1888. — 3° Les inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat, de deuxième, troisième et quatrième années d'officiat, les mercredi 11, jeudi 12, vendredi 13, lundi 16, mardi 17 et mercredi 18 juillet 1888.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leur inscription aux jours ci-dessus désignés. L'inscription trimestrielle ne sera accordée en dehors de ces dates que pour des motifs sérieux et appréciés par le conseil de la Faculté. Ils sont priés de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscription chez le concierge de la Faculté; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre une inscription. Les numéros d'ordre pour les inscriptions de troisième et de quatrième années de doctorat, et de deuxième, de troisième et de quatrième années d'officiat, soumises au stage, ne seront distribués qu'à partir du mardi 10 juillet 1888.

MM. les internes et externes des hôpitaux devront joindre à leur feuille d'inscription un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli leurs fonctions d'internes ou d'externes pendant le troisième trimestre de l'année scolaire 1887-1888. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché.

Ces formalités sont absolument de rigueur: les inscriptions seront refusées aux élèves internes et externes des hôpitaux qui négligeraient de les remplir. Le stage hospitalier obligatoire commence le 1er novembre, en vue de la neuvième inscription de doctorat et de la cinquième d'officiat; il se continue sans interruption jusqu'à la fin du trimestre qui suit la seizième inscription. Le nombre de jours de stage par trimestre est ainsi déterminé : premier trimestre, novembre et décembre, cinquante-six jours; deuxième trimestre, janvier, février et mars, quatre-vingt-six jours; troisième trimestre, avril, mai et juin, quatre-vingt-six jours; quatrième trimestre, juillet à octobre, cinquante-six jours. Les inscriptions pour le stage sont reçues après l'inscription de juillet (huitième de doctorat et quatrième d'officiat) à l'administration de l'Assistance publique, sur la présentation de la feuille d'inscription.

— Les élèves, qui ont été ajournés à la session de novembre 1887, au premier examen de doctorat et aux premier, deuxième

et troisième examens de fin d'année d'officiat, devront consigner les mercredi 13 et jeudi 14 juin aux heures ordinaires. Ils seront appelés à subir leur examen du 25 au 30 juin.

Les élèves de première année qui désirent subir le premier examen de doctorat, avant les vacances, devront consigner les mercredi 20 et jeudi 21 juin. Ils prendront leur quatrième inscription du 27 au 30 juin inclus et seront appelés à subir leur examen à partir du 2 juillet. Ceux qui ne consigneront pas aux dates ci-dessus indiquées seront renvoyés à la session d'octobre. Les aspirants à l'officiat sont astreints à subir en juillet les examens de fin d'année ; ils consigneront en prenant, selon le cas, la quatrième, la huitième ou la douzième inscription. Ils ne peuvent être renvoyés à la session d'octobre que sur une autorisation spéciale du conseil de la Faculté.

En cas d'ajournement au premier examen de doctorat et aux examens de fin d'année, les élèves-docteurs de première année et les aspirants à l'officiat pourront se présenter de nouveau à la session qui aura lieu du 15 au 31 octobre prochain. Ils devront se faire inscrire le lundi 8 ou le mardi 9 octobre 1888, dernier délai. Ces dispositions sont applicables aux élèves-docteurs de première année qui ne se présenteraient pas à la session de juillet 1888.

— M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, fera sa prochaine excursion géologique, le dimanche 17 juin 1888, à Vanves, Meudon et Bellevue. On se réunira aux fortifications (porte de Versailles), à l'extrémité de la rue de Vaugirard, à onze heures précises. On sera de retour à cinq heures du soir.

— *Avis.* — Les thermocautères, ophthalmoscopes, appareil d'Esmarch, pinces hémostatiques, aspirateur de Potain et forceps — dont nous avons annoncé la mise en vente dans nos numéros des 29 et 31 mai 1888, ont été vendus dès les premiers jours. Nous ne pouvons donc plus donner satisfaction aux demandes qui nous seraient faites de ces divers instruments.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le pansement antiseptique. Ses principes. Ses nouvelles méthodes. Manuel pratique, par J. DE NUSSBAUM, professeur à l'Université de Munich, 2e édition, traduite sur la 5e édition allemande, par le docteur E. DE LA HARPE (de Lausanne), 1888, 1 vol. in-16 de 360 pages. — Prix : 5 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 68. — JEUDI 14 JUIN 1888. 61e ANNÉE. JEUDI 14 JUIN 1888. — N° 68.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Nous avons à signaler deux communications relatives à la discussion sur l'érysipèle et la fièvre puerpérale. L'une, de M. Arloing, membre correspondant, est une sorte de réclamation de priorité, tant pour son maître, M. Chauveau, que pour lui-même; elle résume des recherches et des expériences datant déjà de 1883 et aboutissant exactement aux mêmes conclusions que M. Widal. L'autre est de M. Alph. Guérin, qui est venu apporter le contingent de son expérience sur cette grave question des fièvres putrides, puerpérales ou autres.

Ainsi qu'on le verra au compte rendu, M. Alphonse Guérin s'est écarté de ses collègues sur plusieurs points. Il a beaucoup parlé de l'infection purulente, dont la fièvre puerpérale n'est d'ailleurs pour lui qu'une forme spéciale. Mais, si les accoucheurs ont encore parfois l'occasion, de plus en plus rare, d'observer la fièvre puerpérale, les chirurgiens ne rencontrent plus l'infection purulente. Elle est devenue d'une telle rareté que nos étudiants, aujourd'hui, doivent se contenter de l'étudier dans les livres. Aussi, la communication de M. Alphonse Guérin n'a-t-elle, à ce point de vue, qu'un intérêt purement historique.

M. Lancereaux a présenté un malade atteint d'une affection parasitaire bien rare en France. Il s'agit d'un cas de filaire hématique. Il y a encore bien des points obscurs dans l'histoire de ce curieux parasite. Pourquoi, par exemple, ces filaires ne se rencontrent-elles dans le sang que la nuit, ou bien seulement quand le malade est couché, comme dans le cas cité par M. Albert Robin ?

Le reste de la séance a été occupé par la lecture de la fin du rapport de M. Marty, sur le plâtrage des vins, et par l'élection de M. Damaschino, proclamé, de la manière la plus brillante, membre de la section de pathologie médicale.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. TRÉLAT.

I. Tumeur épithéliomateuse de la mâchoire inférieure. II. Tumeur cancéreuse de l'utérus.

I. Il y a six semaines environ, il est entré dans notre service, pour une tumeur située au niveau de la joue droite, un homme de cinquante-six ans, exerçant la profession de jardinier.

Cet homme n'a jamais été malade, si ce n'est qu'il aurait eu, d'après son dire, la diphthérie il y a vingt ans environ, c'est-à-dire à l'âge de trente-six ans. Ses antécédents personnels sont donc excellents. Quant à ses antécédents héréditaires, ils sont absolument nuls.

Le début de la maladie, pour laquelle il s'est décidé à entrer à l'hôpital, remonte à cinq mois. Il a commencé par souffrir des dents, puis il a éprouvé une certaine difficulté à ouvrir la mâchoire aussi grande que par le passé, soit un peu de trismus, mais sans jamais ressentir de violentes douleurs. La tumeur a commencé à se développer au niveau du maxillaire inférieur, en avant du muscle masséter. Il s'est fait alors extirper plusieurs dents, extirpation qui n'a en rien empêché la tumeur de se développer et de grossir.

D'ailleurs, voici l'état que ce malade présente aujourd'hui, c'est-à-dire six à sept semaines après son admission à l'hôpital. Le trismus, dont je parlais tout à l'heure, persiste, il s'est même à ce point accentué que le malade ne peut pas séparer ses arcades dentaires. Il existe, au niveau de la joue droite, une tuméfaction notable, parfaitement visible même à distance. En ce même point, toute pression exercée par les doigts est très douloureuse.

Si l'on cherche à introduire le doigt entre la joue et l'arcade dentaire, on tombe immédiatement sur une tumeur dure et douloureuse, non fluctuante, mais ulcérée et du volume d'une mandarine. Lorsqu'on parvient à écarter légèrement les arcades dentaires, on peut constater que cette tumeur présente, au niveau de sa partie postérieure, une ulcération blafarde, grisâtre, saignante et siégeant à la fois en dehors et en dedans de la branche de la mâchoire, jusque vers le pilier antérieur du voile du palais.

Nous avons pratiqué deux ponctions dans cette tumeur, mais elles ne nous ont donné qu'un peu de sang.

J'ajoute qu'à la palpation on sent, dans la région sous-maxillaire, plusieurs ganglions douloureux, très durs et peu mobiles.

Enfin, disons que, quoique le malade ait maigri un peu depuis quelque temps, son état général, en somme, est bon.

C'est dans ces conditions, relativement bonnes, que nous l'avons opéré il y a six jours. Notre opération a consisté dans une incision, le long du bord inférieur du maxillaire; puis, dans l'ablation de cet os, après désarticulation de sa branche montante. Mais le tissu osseux était tellement altéré qu'il s'est brisé pendant l'opération. Nous avons mis à nu une tumeur mollasse, renfermant de petits foyers jaunâtres, ramollis, sans limites définies; tumeur que nous avons enlevée par fragments, après quoi nous avons fait un curage très soigné de la cavité; enfin, nous avons procédé à l'ablation de la glande sous-maxillaire.

Aujourd'hui, le malade est dans un état aussi satisfaisant que possible.

Après avoir durci, par les procédés habituels, la pièce anatomo-pathologique, M. le docteur Latteux, chef du laboratoire, a pratiqué un certain nombre de coupes et dans diverses directions pour l'étude histologique de la tumeur.

Ainsi qu'on peut le constater, avec un grossissement de 80 diamètres, on trouve un tissu composé de lobules épithéliaux, irréguliers, plus ou moins volumineux, qui envoient des prolongements ramifiés dans toutes les directions et séparés les uns des autres par un stroma fibreux, peu abondant, contenant dans son épaisseur une assez grande quantité d'éléments embryonnaires.

Dans les parties les plus ramollies de la tumeur, on voit ces îlots présenter, au centre, une masse jaune, d'apparence caséeuse et composée de détritus de cellules épithéliales cornées. Dans les points, au contraire, où l'altération est moins grande, on observe alors des globes épidermiques très nombreux et qui finissent même par se confondre mutuellement entre eux.

M. Latteux a noté également certains points qui présentaient des phénomènes de calcification.

De plus, dans les parties de la tumeur avoisinant l'os maxillaire inférieur, on trouve de grosses cellules qui contiennent de nombreux noyaux et provenant des éléments médullaires de la région.

Enfin, M. Latteux a pu constater que la glande sous-maxillaire n'est pas épargnée et que son tissu interstitiel est infiltré d'éléments embryonnaires.

Il résulte donc, en résumé, de l'examen histologique qui a été fait de cette pièce anatomo-pathologique, qu'il s'agit d'un épithéliome lobulé de la région du maxillaire inférieur, affection dont le malade a commencé à s'apercevoir, pour la première fois, il y a cinq mois, ainsi que nous l'avons dit tout à l'heure.

Nous devons ajouter que cette constatation conduit à un pronostic grave, quoique le malade soit actuellement, sept jours après l'opération, aussi bien que possible.

II. C'est à la suite de sa dernière couche, que la malade, entrée dans la salle Sainte-Catherine, ces jours derniers, a commencé à avoir des pertes mélangées de caillots, pertes qui duraient pendant trois semaines environ chaque mois, cessant seulement pendant une période de huit à dix jours.

Cette dernière couche remonte à un peu plus de douze ans.

Or, avant d'arriver à l'hôpital le 11 de ce mois, cette femme a été opérée déjà trois fois : une première fois, il y a dix mois et demi, d'une tumeur de la partie postérieure du vagin; puis, quatre semaines plus tard, elle a subi une seconde opération ou opération complémentaire; enfin, trois mois après, la maladie ayant récidivé, une troisième opération lui a été faite. Bref, il s'agit d'une tumeur cancéreuse du col de l'utérus, d'un cancer encéphaloïde, que j'ai dû opérer de nouveau ces jours derniers, en enlevant avec l'écraseur un gros fragment de tissu fongueux et sanguinolent et en cautérisant ensuite avec le thermocautère.

L'examen histologique de la tumeur, fait par M. Latteux, a permis de constater tous les caractères ordinaires du carcinome encéphaloïde.

Dans la partie la plus éloignée du col de l'utérus, l'aspect en est fort net; on voit très distinctement que le tissu est constitué par un stroma fibreux assez abondant, circonscrivant des cavités remplies de cellules généralement arrondies ou polygonales par pression réciproque, et formant tantôt de grands amas avec noyau et nucléole, tantôt des amas plus petits; le stroma est très embryonnaire.

Dans la partie fongueuse la plus altérée, M. Latteux a remarqué encore la même disposition, mais avec des cellules fusiformes allongées, constituant les nids carcinomateux, et une très faible quantité de stroma fibreux interposé. Ces cellules fusiformes sont groupées en îlots compacts, séparés par de très faibles cloisons conjonctives, ce qui explique la grande friabilité de la tumeur en cet endroit.

Enfin, on ne doit pas omettre l'existence, entre certains îlots de la région molle, de grandes lacunes lymphatiques contenant de grosses cellules libres à noyau, et, dans plusieurs points de la tumeur, on observe des infiltrations sanguines, ou mieux des infiltrations de fibrine contenant encore dans leurs mailles de nombreux éléments sanguins. Ces infiltrations forment des masses réticulées de filaments fibrineux entre les lobules carcinomateux qui sont, par cela même, dissociés et séparés de leurs voisins.

En résumé, il s'agit bien, ainsi que j'en avais porté le diagnostic, d'une tumeur cancéreuse, d'un cancer encéphaloïde du col de l'utérus récidivant pour la seconde fois. Ces deux récidives se sont produites assez rapidement, puisque la première opération qu'elles exigèrent eut lieu trois mois, pour ainsi dire jour pour jour, après une première ablation, et la seconde opération, celle que nous avons pratiquée il y a dix jours, a dû être faite six mois et demi environ après que nous avions fait disparaître toute trace de la première récidive.

Bien que l'état de la malade soit aujourd'hui satisfaisant, il ne nous donne pas moins, pour l'avenir, de grandes craintes; craintes d'autant plus sérieuses que les deux récidives que nous venons de mentionner se sont faites plus rapidement.

J'ajoute que cette malade est une femme de cinquante et un ans, journalière, et que quatre opérations, faites dans l'espace de dix mois, montrent que nous avons lutté aussi énergiquement que possible contre le développement de son cancer.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. LANCEREAUX.

Un cas de filaire hématique chez l'homme.

Il s'agit d'un jeune homme de vingt et un ans, exerçant la profession d'employé de commerce, métis de blanc et de nègre, très robuste, parfaitement constitué et paraissant jouir d'une bonne santé. Il entra dans nos salles, parce que ses urines étaient depuis quelques jours devenues blanchâtres et laiteuses et que ce phé-

nomène l'inquiétait beaucoup sans qu'il eût d'ailleurs d'autres troubles généraux qu'une légère faiblesse.

Cette chylurie, bientôt accompagnée d'hématurie, me laissa fort peu de doute sur l'existence d'une affection parasitaire. Deux parasites, à ma connaissance, pouvaient produire cette double manifestation : le distome hématobie qui a été observé d'abord en Égypte par Bilharz, puis au Cap-de-Bonne-Espérance par Harley ; et un ver nématoïde embryonnaire, la filaire hématique, découverte par Demarquay, en 1863, dans une hydrocèle ; en 1866, par Wueberer, dans l'urine ; en 1872, par Lewis, dans le sang, plus tard, aux Antilles, par notre regretté compatriote, le docteur Crevaux, etc.

Les lieux habités par notre malade étant ceux où a été rencontrée la filaire du sang, il y avait tout d'abord lieu de croire que nous pouvions avoir affaire à ce dernier parasite, toutefois il n'était pas absolument impossible que le premier ne fût en cause. Mais l'examen attentif de notre malade ne tarda pas à nous fixer, car il existait, dans les aines, des tuméfactions ganglionnaires assez molles et n'ayant aucun des caractères des affections que nous avons l'habitude d'y voir. Or, après la découverte de l'embryon de la filaire dans le sang, Bancroft et Lewis lui-même trouvèrent des filaires adultes sexuellement mûres dans les liquides pathologiques et l'on sait que certaines lymphangiectasies du scrotum, des grandes lèvres, des ganglions inguinaux, même des aisselles, et plusieurs autres affections des organes lymphatiques peuvent être produites par la *filaria sanguinis hominis*.

Dans ces conditions, il devenait certain que nous étions en présence de ce parasite et j'engageai M. Pilliet, mon interne, à pratiquer l'examen du sang en se contentant d'une simple piqûre à l'extrémité du doigt. Cet examen, fait une première fois pendant le jour, resta sans résultat ; mais ayant appris qu'il fallait opérer le soir pour trouver ce parasite, l'examen fut renouvelé et il nous donna plusieurs filaires. Cet examen fut répété deux fois. La seconde, les filaires étaient très abondantes et très vivaces, puisqu'on put les voir s'agiter sous le microscope seize heures après avoir été mises sous le couvre-objet.

Ce qu'il y a de remarquable dans ce fait, c'est la bonne santé apparente du malade qui n'accuse aucune souffrance et présente à peine un léger degré d'anémie ; il est vrai que cette bonne santé relative a été signalée par les auteurs qui ont observé la filaire du sang.

Les connaissances que nous possédons sur l'étiologie de cette affection parasitaire ne sont peut-être pas définitives ; toutefois pour Patrick Mauson, médecin à Amoy, le cycle évolutif de la filaire du sang humain s'opère de la façon suivante : 1° par l'intermédiaire du sang ; 2° par le moyen des Culex (moustiques ou maringouins) ; 3° par l'eau d'où la filaire pénètre dans l'homme. A sa sortie du sang humain, la filaire se développe dans l'estomac du Culex qui l'a sucée par une série de phases qui sont : 1° une mue en trente-six heures ; état chrysalidien où elle devient immobile ; 2° une phase de formation du tube digestif ; 3° une dernière phase de formation du tube digestif ; 4° une dernière phase, durant de quatre à six jours, pendant laquelle le corps s'allonge et atteint un millimètre de long sur 0^{mm},05 de large. Après la mort du moustique la larve plonge dans l'eau et mène une vie indépendante ; de là, elle pénètre dans le tube digestif par l'eau de boisson. Dans l'intestin humain a lieu la reproduction, suivant quelques auteurs ; mais, depuis qu'on a trouvé dans les vaisseaux lymphatiques des femelles adultes et des embryons, il y a lieu de croire que c'est dans ces organes que s'opère la reproduction et que de là l'embryon passe dans le sang.

HOPITAL SAINT-JOSEPH. — M. LE BEC.

Ankylose angulaire du genou ; résection cunéiforme.

Henri L..., quatorze ans, est entré à l'hôpital Saint-Joseph, le 17 novembre 1886.

C'est un garçon pâle, de mauvaise mine. Il est atteint d'une double flexion du genou à angle droit, suites de tumeurs blanches.

Le genou gauche est volumineux et arrondi, il a tous les caractères des tumeurs blanches. Il n'est pas encore ankylosé, mais seulement très fléchi. Je place un appareil à extension continue, avec des poids et des bandes de diachylon. L'extension est obtenue suffisante au bout de trois semaines, et je mets un appareil au silicate de potasse.

Genou droit : Il a été atteint d'une tumeur blanche, actuellement guérie, mais il est fléchi à angle droit. Il est maigre, fort peu déformé. On sent nettement la forme du squelette qui n'a pas été tuméfié. Le fémur n'est pas volumineux. La rotule est presque complètement fixée dans l'espace inter-condylien.

Le tibia est normal.

Tout mouvement quel qu'il soit est absolument impossible, et les efforts ne réveillent pas de douleur dans la jointure. Les tendons des muscles postérieurs de la cuisse ne sont pas tendus et rigides.

Il y a soudure osseuse des condyles, du fémur et du tibia.

Opération le 21 décembre 1886.

La jambe est soigneusement lavée. La bande de caoutchouc appliquée, incision transversale passant par le milieu de la rotule, et descendant très bas sur les parties latérales. J'enlève une languette de peau de 2 centimètres de large, le fémur est découvert jusqu'à la base des condyles. Une sonde cannelée est passée sous le fémur, et je le scie à la base des condyles. Le plan de section est fait bien perpendiculaire à l'axe du fémur et dans la projection de la face postérieure du tibia.

Le tibia est ensuite découvert et scié juste au-dessous du plateau articulaire.

La jambe est alors très facilement redressée. Après nettoyage du champ opératoire avec une solution de sublimé à 1/1000e, je fais en deux points la suture osseuse avec du *crin de Florence* mis en double.

Suture complète de la peau, pansement à l'iodoforme.

Le membre est placé dans un appareil plâtré, muni de la gouttière de M. le docteur Lucas-Championnière.

Autopsie du genou.

La résection a emporté les condyles fémoraux en entier, et le plateau articulaire du tibia. La rotule est saine, et incomplètement fixée au fémur par des trousseaux fibreux. Le tendon rotulien est intact.

La partie antérieure de l'articulation paraît saine. Elle ne contient ni liquide, ni fongosités, elle n'est pas vascularisée, mais seulement remplie par du tissu cellulo-fibreux assez souple.

Les condyles fémoraux sont soudés solidement aux cavités glénoïdes du tibia, par une fusion osseuse totale, dans toute l'étendue de ces surfaces. Les ménisques fibro-cartilagineux n'existent plus qu'à l'état de vestige sur les parties latérales.

Les surfaces de section des os paraissent en bon état.

Ce sont là les lésions classiques de l'ankylose osseuse vulgaire.

22 décembre. Le malade a passé une nuit très agitée. Il s'est beaucoup remué, il est de travers dans son lit, et souffre de sa jambe. Pansement, on change les pièces qui sont souillées de sang. P. 80 ; T. 37°6.

25 décembre. Le malade est indocile, il s'est mis de travers dans son lit, et, malgré tout ce qui lui a été dit, par la personne de service, il a fait remuer sa jambe. Il a souffert pendant la nuit.

26 décembre. Pansement. Le genou est volumineux et douloureux. Il s'est fait un épanchement de sang sous la peau. Je passe un drain en anse sous la peau, d'un angle à l'autre de la plaie,

et je lave largement à la solution de sublimé à 1/1000e. Iodoforme et pansement compressif. P. 96; T. 38°3.

27 décembre. Le malade est mieux, il reste tranquille, craignant de nouveaux accidents.

7 janvier 1887. Pansement. Le genou est moins gros. Pas de suppuration, mais écoulement d'un liquide séreux roussâtre. La suture cutanée est enlevée. Lavage du drain que je laisse, parce que je trouve encore un petit décollement. Compression.

20 janvier. Le drain est enlevé, et le décollement guéri.

1er février. Les plaies des drains sont fermées et la jambe est en bon état. Gouttière plâtrée immobilisant la jambe.

Je fais de l'extension continue à l'autre jambe.

La rectitude est obtenue en dix jours. Je lui place un appareil plâtré, mais le malade retourne à « l'asile des malades infirmes, des Frères Saint-Jean-de-Dieu » où il continuera à se soigner.

Octobre. Je le revois. La jambe opérée est parfaitement droite et solide. Elle ne détermine jamais de douleurs, et le malade a pu faire près de trois lieues à pied, mais avec des béquilles par précaution.

L'autre genou s'ankylose manifestement.

Il n'y a plus de mouvements de flexion possibles, mais il y a encore des parties fongueuses des deux côtés du ligament rotulien. Les douleurs sont nulles.

Tout cela constitue un ensemble très satisfaisant, qui permettra au malade de travailler.

NOTES CHIRURGICALES

De la réduction de la luxation du pouce en arrière. — Malgaigne disait, en parlant de la luxation du pouce en arrière : « Ce sont les difficultés de la réduction qui rendent cette luxation remarquable et périlleuse entre toutes, et il n'y en a aucune qui ait été trouvée aussi souvent irréductible. »

M. le docteur Thiau, élève de M. le professeur Guermonprez, vient de passer en revue, dans sa thèse, les obstacles qui s'opposent à la réduction, obstacles dus à la brièveté du pouce, à l'interposition des os sésannoïdes entre les surfaces luxées, à la torsion des ligaments, à l'étranglement de la tête du métacarpien dans les deux lèvres d'une boutonnière musculaire, dont les lèvres sont tordues et rétractées.

Avec M. Farabeuf, il faut diviser en deux grandes variétés les luxations du pouce en arrière, suivant qu'elles sont complètes ou complexes.

La *luxation complète* est caractérisée par les signes suivants : le pouce affecte la forme d'un Z, la tête du métacarpien forme sous la peau une tumeur ronde, petite, dure et lisse, tout à fait superficielle; la phalange s'est transportée en masse vers l'index, elle est mobile dans tous les sens; l'extension est facile jusqu'à angle droit, la flexion est difficile ou impossible. Dans un degré plus avancé, il y a une mobilité excessive de la phalange, mobilité qui étonne et déconcerte le chirurgien, tellement paraît paradoxale cette irréductibilité d'un os si facile à incliner et à transporter dans tous les sens.

La *luxation complexe* est presque toujours le résultat de mauvaises tentatives de réduction. C'est un point que le praticien ne doit pas perdre de vue. Cependant cette variété peut se produire par le fait même du traumatisme initial. Elle se reconnaît aux signes suivants : la tête du métacarpien est superficielle, mais le pouce n'a plus la forme d'un Z, il est rectiligne et à peu près parallèle au métacarpien, sur lequel il chevauche dans une étendue variable; le raccourcissement peut être considérable, la flexion, quoique limitée, est possible. Il faut noter que la superposition des deux extrémités articulaires donne à la base du doigt une épaisseur anomale.

En présence d'une luxation du pouce en arrière, le praticien doit poursuivre ce triple but : réduire, maintenir réduit, parer aux accidents présents ou à venir.

Si la luxation est *complète, il faut avant tout se garder de rabattre la phalange et de faire des tractions.* C'est cependant là un procédé en quelque sorte instinctif, le premier qui vienne à l'esprit du chirurgien. Mais c'est une méthode dangereuse, capable de transformer une luxation complète en luxation complexe, c'est-à-dire irréductible par les procédés ordinaires.

La première méthode à employer est celle de l'*impulsion simple*, méthode de douceur, en général très efficace. Si la luxation est moins récente et résiste, l'impulsion devra être précédée du *renversement en arrière*, manœuvre excellente qui réussit presque toujours. Enfin si la réduction n'est pas obtenue, on y joindra utilement un mouvement de *rotation* qui précédera ou suivra le renversement en arrière. Il ne faut pas oublier que, pour ces procédés de force, il faut employer différents agents de préhension, comme la pince de M. Farabeuf, et que souvent l'anesthésie par le chloroforme est indispensable.

Si la luxation est *complexe*, on doit commencer tout de suite par la rotation et le renversement en arrière, précédant l'impulsion. Les méthodes de douceur ne réussissent jamais dans ce cas. M. le docteur Thiau recommande, à côté de ces procédés, celui de son maître, M. Guermonprez, procédé à qui l'on peut donner le nom de *rotation précédée de tractions prolongées*.

Si toutes ces tentatives sont inutiles, il ne faut pas temporiser davantage et il est préférable de recourir immédiatement aux *méthodes sanglantes*, dont la plus féconde en résultats est, sans contredit, la division longitudinale du ligament antérieur, après une incision de la peau à la face dorsale de l'articulation.

Si cette opération demeure infructueuse, il ne reste qu'à rendre le plus possible à l'organe, par des soins appropriés et longtemps soutenus, l'usage de ses anciennes fonctions.

La contention par un appareil solide, simple, est absolument indispensable; elle devra être maintenue une dizaine de jours, si la luxation est simple, et, pendant un temps plus long, si la luxation est complexe ou a nécessité des manœuvres prolongées ou violentes pour se réduire.

Innervation collatérale et plaies des nerfs. — Si l'anatomie sert de base indiscutable aux connaissances chirurgicales, il importe, cependant, de ne point exagérer et de vouloir tout expliquer par l'anatomie dite normale. Souvent, en effet, l'anatomie et la clinique sont en complet désaccord. Un nerf est sectionné, et, phénomène inexplicable, les muscles, auxquels il se rend, continuent d'agir, les téguments conservent à peu près leur sensibilité. Après le premier fait, si retentissant, observé en 1867, par M. le professeur Richet, on remarqua qu'il en était souvent ainsi, et les observations de ce genre ne tardèrent pas à se multiplier.

L'anatomie était impuissante à résoudre le problème. Le nerf était sectionné et le territoire qu'il régissait était à peine influencé par cette section; que se passait-il? M. A. Broca, dans un article fort intéressant de la *Gazette hebdomadaire*, croit trouver l'explication de ce fait, dans l'existence d'une innervation collatérale, dont les voies, encore peu connues, viennent cependant d'être réétudiées à nouveau par nos collègues MM. Hartmann et Delbet. Lorsqu'un tronc nerveux est coupé, le territoire paralysé est rarement calqué sur le territoire innervé; en général, la paralysie se trouve plus restreinte que ne le faisaient prévoir les notions anatomiques admises.

Pour expliquer ce fait, MM. Arloing et Tripier ont invoqué la *sensibilité récurrente* due aux anastomoses des nerfs voisins avec le bout inférieur du nerf sectionné. Cette opinion est vraie, elle rend compte de bien des phénomènes, elle explique la persistance d'une sensibilité obtuse mais non l'intégrité absolue de la sensibilité et de la motilité.

A l'occasion d'une résection du nerf médian qu'il pratiqua, en 1883, M. Verneuil, constatant l'absence de paralysie des muscles fléchisseurs de l'avant-bras, fit entreprendre à ce sujet des recherches anatomiques qui permirent à M. Verchère de rappeler l'attention sur un filet anastomotique unissant le médian et le cubital dans l'épaisseur du fléchisseur profond. Là, l'expli-

cation était manifeste, le cubital suppléait le médian sectionné; et, à côté de la voie normale et habituelle de l'innervation, il y avait une voie accessoire, collatérale, qui remplaçait le tronc officiellement chargé de l'innervation. M. Hartmann (1) a vu le nerf médian se diviser au pli du coude en deux rameaux. M. Delbet (2) a fait voir un saphène externe, branche du sciatique poplité interne, suppléé par son accessoire, qui vient du sciatique poplité externe. Ce dernier cas est très fréquent, nous dirons même, presque aussi fréquent que la disposition classique.

Ces dispositions nerveuses variables constituent de sérieux arguments, invoqués par M. Broca, pour expliquer la non-concordance entre le territoire paralysé d'un nerf et le territoire anatomique connu de ce nerf. Ces anastomoses sont réelles; très nombreuses et très fréquentes aux extrémités des nerfs elles empiètent d'un territoire sur l'autre, et nous dirions volontiers que les frontières n'existent pas normalement entre les territoires nerveux, qu'il y a toujours une zone neutre, où les téguments sont tributaires de deux nerfs voisins. L'anatomie est alors impuissante à faire le départ de ce qui appartient à l'un ou à l'autre des nerfs.

Cette idée de l'innervation collatérale, qu'avait déjà soutenue M. Verneuil, reçoit sans doute un sérieux appoint de la découverte de quelques anastomoses nouvelles et de quelques distributions nerveuses anomales; mais cela est loin de suffire encore pour expliquer la totalité des faits et exclure toute autre théorie. Nous croyons que le débat subsistera encore tout entier, tant que les voies collatérales, qui jusque-là sont anatomiquement exceptionnelles, ne seront pas physiologiquement constatées.

Il faut savoir gré à M. Broca d'avoir soulevé à nouveau la question du rétablissement de l'innervation à la suite des plaies nerveuses, mais pour la résoudre, l'anatomie est impuissante; la physiologie seule pourrait nous prêter son concours.

Le rétablissement de l'innervation par une voie collatérale est possible, nous dirons même, est réel dans quelques cas; mais dans l'immense majorité des cas, c'est par le tissu de cicatrice que se rétablit le courant nerveux. Nous n'en voulons pour preuve que les cas de réunion immédiate des nerfs, depuis longtemps sectionnés, et dont la suture a amené rapidement le fonctionnement. Évidemment dans ces cas l'innervation collatérale n'existait pas ou était insuffisante.

En résumé, on peut conclure actuellement que, si, après la section d'un nerf, la paralysie ne se manifeste pas dans le territoire anatomique de ce nerf, c'est qu'il y a, ou bien une anastomose de fibres récurrentes, une innervation collatérale supplémentaire, ou bien une anomalie dans la distribution du nerf.

A. Ricard.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 juin 1888. — Présidence de M. Hérard.

CORRESPONDANCE

Elle comprend :

1° L'ampliation du décret par lequel est approuvée l'élection de M. Magitot dans la section des associés libres;

2° Une note de M. Arloing, membre correspondant, relative au rapport de M. Cornil sur la communication de M. Widal. Il rappelle avoir continué à Lyon, en 1883, des recherches commencées par M. Chauveau sur la septicémie puerpérale et être arrivé à des conclusions semblables à celles de M. Widal sur la nature, les formes de l'affection et sur la morphologie du microbe producteur de cette redoutable complication des accouchements. M. Arloing, après avoir communiqué les recherches et les expériences qu'il a faites sur ce sujet, rappelle en avoir conclu : *a*. Que les différentes formes de la septicémie puerpérale reconnaissent, comme l'admettait M. Chauveau, un seul agent qui, suivant son activité, produit l'une ou l'autre ; *b*. Que s'il est démontré que ce micro-organisme est unique, il n'est pas prouvé qu'il soit spécial à l'état puerpéral; seulement la puerpéralité réalise des conditions favorables à son introduction et à son évolution dans l'organisme humain.

(1 et 2) *Bulletins de la Soc. anat.*, 1888.

RAPPORT

Remèdes officinaux et magistraux. — M. PRUNIER lit un rapport sur ce sujet. Voici, dit-il, comment la Commission propose à l'Académie de formuler sa réponse à la demande ministérielle :

1° Ne doivent être regardés comme *officinaux* que les médicaments de conservation facile dont le Codex a enregistré la formule et le mode de préparation pour les médicaments galéniques, ou bien les caractères, purification et essai pour les médicaments chimiques;

2° Il ne s'ensuit pas néanmoins que tous les médicaments qui figurent au Codex soient nécessairement officinaux. Les loochs, potions, tisanes, juleps, etc., sont de nature essentiellement magistrale, de même que tous les mélanges prescrits par le médecin, lors même qu'ils se composent uniquement de médicaments officinaux.

Par le seul fait du mélange, ils rentrent dans la catégorie des remèdes magistraux.

ÉLECTION

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie médicale.

Le nombre des votants étant 74, majorité 38, au premier tour de scrutin, M. Damaschino obtient 55 suffrages, M. Cadet de Gassicourt 7, M. Dieulafoy 2. En conséquence, M. Damaschino est proclamé élu.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA FIÈVRE PUERPÉRALE ET L'ÉRYSIPÈLE

M. GUÉRIN a été fort surpris en entendant parler de la fièvre puerpérale, il croyait le diagnostic des maladies trop précis en France pour que l'on conserve une expression qui n'est pas moins étrange que ne le serait celle de fièvre pulmonaire.

Tous les accidents des suites de couches étaient compris sous la dénomination de fièvre puerpérale, aussi bien la métro-péritonite, la lymphangite, la phlébite, les phlegmons péri-utérins, la péritonite généralisée, l'infection purulente et l'infection putride.

Laissant de côté les accidents que l'on peut reconnaître au toucher, M. Guérin dit quelques mots seulement de l'infection purulente, de l'infection putride et de la péritonite généralisée.

Dans l'infection purulente, la fièvre s'accroît rapidement et monte à 39 et 40 degrés. Le pouls est fréquent. Dans les viscères parenchymateux, dans les grandes articulations, et dans le tissu cellulaire sous-cutané, on trouve des collections de pus.

Dans l'infection putride la fièvre est lente, semblable à la fièvre hectique; on observe le dégoût pour les aliments, une chaleur anomale, un pouls fréquent et dépressible; pas de frisson, ni stade de sueur.

La péritonite puerpérale donne lieu à une sécrétion de sérosité trouble et à la production de fausses membranes.

Ce sont donc trois ordres d'accidents qui peuvent être dus à une même cause, mais dont la marche est fort différente suivant les sujets. C'est à la bactériologie d'en dire le pourquoi, comme elle vient d'expliquer les rapports avec l'érysipèle qui sont certains. Mais pour sa part, M. Guérin, se basant sur la clinique, croit la transmission impossible par la voie pulmonaire.

PRÉSENTATIONS

Un cas de filaire hématique chez l'homme. — M. LANCEREAUX présente un malade atteint de filaire hématique. (Voir plus haut, p. 630.)

M. BUCQUOY a été appelé en consultation auprès d'une jeune femme venant de l'île Maurice, qui présentait un engorgement ganglionnaire dans les aines, avec des étouffements, une fièvre intense et un état comparable à celui dans lequel se trouvent les malades atteints de rhumatisme cérébral. Cette malade, ayant eu déjà ces accidents à l'île Maurice, ne s'en dissimulait pas la gravité et déclarait qu'elle en mourrait dans l'espace de deux jours. En effet, le surlendemain, cette malade mourait. Il est intéressant de rapprocher ce fait de celui dont M. Lancereaux vient d'entretenir l'Académie.

M. LE ROY DE MÉRICOURT fait observer qu'à côté des faits semblables à celui de M. Lancereaux, il y en a d'autres, fréquents au Brésil, qui sont des cas de lymphadénomes aigus ou chroniques, généralement très graves. Quant à la filaire du sang elle est bien connue au Brésil.

M. ROBIN a observé deux cas de chylurie dépendant de filaires du sang, le premier dans le service de M. Jaccoud, dont il était alors l'interne. Il releva, chez ce malade, ce fait particulier qu'on ne trouvait de filaires dans le sang que quand il était couché sur le dos.

RAPPORT

Du plâtrage des vins. — M. MARTY achève la lecture de son rapport sur cette question. En voici les conclusions:

1° Les documents relatifs à l'enquête faite à l'École nationale d'agriculture de Montpellier ne paraissent pas à votre Commission de nature à infirmer les résultats de l'enquête générale ordonnée en 1884 par M. le ministre du commerce;

2° Les renseignements et les faits, analysés dans le présent rapport, démontrent que le plâtrage exagéré exerce sur la santé publique une influence fâcheuse;

3° Se plaçant au point de vue exclusif de l'hygiène, la Commission ne peut approuver, en principe, le plâtrage des vins;

4° Cependant, préoccupée des nécessités de la production et du commerce, et tenant surtout compte de l'intérêt des consommateurs, qu'il serait imprudent, par une mesure trop absolue, de priver dans certaines années de vins, que seul, jusqu'à ce jour, le plâtrage modéré paraît propre à conserver;

5° Considérant que si le sulfate de potasse se rencontre normalement dans les vins purs, il n'y existe jamais dans une proportion supérieure à 6 décigrammes (0 gr. 60) par litre, ainsi que l'analyse permet de le constater; qu'il n'est pas clairement démontré que, jusqu'à la dose de 2 grammes par litre de vin, le sulfate de potasse, introduit par le plâtrage, ait une action nuisible sur la santé, mais qu'il est indispensable de fixer la limite maxima de sulfate de potasse qui peut, sans danger sensible, être introduite dans le vin par le plâtrage;

Emet l'avis:

Que la présence du sulfate de potasse dans les vins du commerce, quelle qu'en soit l'origine, ne doit être tolérée que jusqu'à la limite maxima de 2 grammes par litre.

En outre, la Commission exprime le vœu que la circulaire de M. le garde des sceaux, ministre de la justice, en date du 27 juillet 1880, reçoive une application effective.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1887-1888.

229. M. HAMEAU. Traitement des abcès par congestion à l'aide des injections d'éther iodoformé. — 230. M. COLIN. De la nature infectieuse du tétanos (Étude historique). — 231. M. DEMOULIN. Ostéomyélite chronique d'emblée. — 232. M. BERTRAND. Contribution à l'étude de l'entorse et de son traitement par le massage. — 233. M. LAURENT. Les gynécomastes. — 234. M. DOAT. Des difficultés de l'allaitement. — 235. M. NIVIÈRE. Perte des réflexes tendineux dans le diabète sucré. — 236. M. ROSENTHAL. Du traitement des fractures de la clavicule. Bretelles des épaules préconisées par M. le professeur Lannelongue. — 237. M. DEMETRIADES. Du traitement des plaies, par armes à feu, de la portion sous-diaphragmatique du tube digestif. — 238. M. MARGUET. Kystes hydatiques des muscles volontaires. — 239. M. CHUQUET. Étude sur le cathétérisme rétrograde.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 11 juin 1888, M. Peyron, directeur de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris, est nommé membre du conseil supérieur de l'Assistance publique.

— Par arrêté ministériel, en date du 12 juin 1888, M. Ernest Dupuy, professeur de rhétorique au lycée Henri IV, est délégué dans les fonctions de chef du cabinet du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, en remplacement de M. Gustave Larroumet, délégué dans les fonctions de directeur des beaux-arts.

— La deuxième épreuve du concours pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux de Paris est terminée. Seuls sont admis à subir les épreuves définitives MM. Barette, Castex, Chaput, Jullien, Ménard, Michaux, Poirier et Walther.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le concours de l'adjuvat s'est ouvert lundi à midi et demi; le sujet de la première épreuve (composition écrite) a été: Le diaphragme, anatomie et physiologie. Les seuls candidats qui y ont pris part sont MM. Mordret, Pfender, Dagron, Dumoret, Dupré, Callot, Arnould, Baudouin et Isch-Wahl.

La lecture des compositions commence aujourd'hui mercredi à trois heures.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — Par arrêté ministériel, en date du 23 mai 1888, M. René, agrégé, est chargé, en outre, d'un cours de physiologie à ladite Faculté.

— La neuvième chambre correctionnelle vient de condamner, pour exercice illégal de la médecine et homicide par imprudence, le nommé Louis Casau, se disant docteur en médecine, à 2000 fr. d'amende et au remboursement des honoraires perçus.

Le même jour, la onzième chambre correctionnelle a condamné, à trois mois de prison, le nommé Louis Sotiau, pour exercice illégal de la médecine, etc., etc.

— *Faculté des sciences de Paris.* — Le mercredi 20 juin 1888, à huit heures et demie du matin, M. Joubin soutiendra, pour obtenir le diplôme de docteur ès sciences physiques, une thèse ayant pour titre: « De la dispersion rotatoire magnétique. »

Le jeudi 21 juin 1888, à deux heures, M. Hovelacque soutiendra, pour obtenir le diplôme de docteur ès sciences naturelles, une thèse ayant pour titre: « Recherches sur l'appareil végétatif des Bignoniacées, des Rhinantacées, des Orobanchées et des Utriculariées. »

Le vendredi 22 juin 1888, à huit heures et demie du matin, M. Anatole Leduc soutiendra, pour obtenir le diplôme de docteur ès sciences physiques, une thèse intitulée: « Modifications de la conductibilité du bismuth dans un champ magnétique. »

— M. le professeur Bureau fera sa prochaine herborisation, le dimanche 17 juin 1888, à Malesherbes. Le rendez-vous est à la gare de Lyon à six heures quarante minutes du matin. On est prié de s'inscrire au laboratoire de botanique (galerie des herbiers) au plus tard, vendredi prochain à quatre heures.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de chirurgie clinique, par P. Tillaux, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine. Tome II, fascicule I : *Affections chirurgicales de l'abdomen et des voies urinaires.* Prix : 6 francs. — Tome Ier, *Colonne vertébrale, Tête, Cou, Membre supérieur, Poitrine.* 1 vol. in-8 de 720 pages avec 90 figures dans le texte. — Prix : 12 francs. — L'ouvrage formera deux volumes et sera publié en quatre fascicules. — Paris, Asselin et Houzeau.

Conférences cliniques sur les maladies des femmes, par M. G. Bernutz, membre de l'Académie de médecine, médecin honoraire des hôpitaux. 1 fort vol. gr. in-8° de près de 800 pages. — Prix : 12 francs. — Paris, G. Masson.

Traité d'hygiène sociale, par le docteur Jules Rochard, inspecteur général du service de santé de la marine, etc. 1 vol. in-8°. — Prix : 10 francs. — Paris, ancienne maison Delahaye et Lecrosnier ; Lecrosnier et Babé, successeurs.

Leçons de clinique chirurgicale, professées à l'Hôtel-Dieu de Lyon, par M. Daniel Mollière, chirurgien titulaire de l'Hôtel-Dieu. 1 vol. in-8°. — Prix : 8 francs. — Paris, G. Masson.

Traité clinique et thérapeutique des maladies vénériennes, par Hermann V. Zeissl, revu par Maximilien V. Zeissl ; ouvrage traduit de l'allemand par le docteur Raugé. 1 vol. in-8°. — Prix : 7 francs. — Paris, ancienne maison Delahaye et Lecrosnier ; Lecrosnier et Babé successeurs.

Traité des fibromes de la paroi abdominale, par les docteurs Labbé et Rémy. 1 vol. in-8° avec figures. — Prix : 7 francs. — Paris, ancienne maison Delahaye et Lecrosnier ; Lecrosnier et Babé, successeurs.

Électricité médicale, études électro-physiologiques et cliniques, par le docteur Boudet de Paris, ancien interne des hôpitaux de Paris. 2e fascicule, 1 vol. gr. in-8° de 300 pages et 97 fig. — Prix : 6 francs. — L'ouvrage sera complet en trois fascicules ; le troisième est sous presse. — Paris, O. Doin.

Étude clinique sur le délire religieux, essai de séméiologie, par le docteur Dupain. 1 vol. in-8°. — Prix : 5 francs. — Paris, ancienne maison Delahaye et Lecrosnier ; Lecrosnier et Babé, successeurs.

La descendance des alcooliques, par le docteur Combemale. In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, ancienne maison Delahaye et Lecrosnier ; Lecrosnier et Babé, successeurs.

L'hypnotisme et la suggestion en obstétrique, par les docteurs Auvard et Secheyron. In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, ancienne maison Delahaye et Lecrosnier ; Lecrosnier et Babé, successeurs.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

M. le docteur Théophile Roussel, sénateur, a été nommé vice-président du Conseil; M. le docteur A.-J. Martin, secrétaire.

La deuxième section (secours aux indigents valides ou malades, hôpitaux) a un bureau entièrement médical. Président, M. Jules Rochard; vice-président, M. Ulysse Trélat; secrétaire, M. Dreyfus-Brisac; secrétaire-adjoint, M. Chevallereau.

M. le docteur Chautemps est nommé secrétaire de la troisième section (secours aux indigents, âgés ou invalides, hospices, établissements de bienfaisance).

M. le docteur Pichon est nommé secrétaire-adjoint de la quatrième section (aliénés, dépôts de mendicité, monts-de-piété).

— L'Académie des sciences a élu, dans la séance de lundi dernier, correspondant étranger dans la section de botanique, M. Treub (de Batavia), par 25 voix sur 44 votants.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les démonstrations d'ostéologie commenceront le lundi 15 octobre 1888 à l'École pratique. MM. les étudiants qui auront passé avec succès le premier examen de doctorat ou le premier examen de fin d'année d'officiat, devront se faire inscrire, avant les vacances, à l'École pratique, 5, rue de l'École-de-Médecine. A cet effet, le bureau du chef du matériel sera ouvert tous les jours, de midi à quatre heures, pendant la période des examens.

— *Faculté des sciences de Paris.* — Le samedi 23 juin 1888, à huit heures et demie, M. P. Chautard soutiendra, pour obtenir le diplôme de docteur ès sciences physiques, une thèse ayant pour titre : « Recherches sur les aldéhydes de la série grasse. »

— M. le professeur Gaston Bonnier dirigera une excursion de botanique, le dimanche 17 juin 1888, aux mares de Belle-Croix et aux gorges d'Apremont. Le rendez-vous est à la gare de Lyon, le dimanche à six heures cinq minutes du matin. On sera de retour à Paris à six heures quarante-sept minutes. — S'inscrire au laboratoire de botanique, à la Sorbonne, de deux heures à cinq heures.

— M. le professeur L. Guignard fera sa prochaine herborisation, le dimanche 17 juin 1888, à Montmorency. Le rendez-vous est à la gare du Nord, à midi cinquante minutes, pour la station de Domont.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 70. — MARDI 19 JUIN 1888. 61e ANNÉE. MARDI 19 JUIN 1888. — N° 70.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. BROUARDEL.

Responsabilité du pharmacien; escroquerie médicale; refus d'honoraires; médisances de la presse extra-scientifique.

Quelques médecins font en même temps la pharmacie; ce cumul est autorisé par la loi, dans les bourgs, villages ou communes où il n'y a pas de pharmacien ayant officine ouverte. Mais, dès l'instant où un pharmacien s'installe, l'exercice de la pharmacie devient illégal pour le médecin. Il y a, dans tous les cas, de grandes difficultés dans cette situation : un médecin a été rendu responsable d'un empoisonnement et condamné, parce que son jardinier avait délivré, en son absence, 60 grammes de chlorate de potasse au lieu de sulfate de soude.

Dans certaines circonstances, le médecin peut encourir la responsabilité des erreurs du pharmacien lui-même. Le docteur L..., voulant faire rendre un tænia à un de ses malades, envoie chercher de la racine de grenadier; le pharmacien donne de la fausse angusture; le médecin ne s'en aperçoit pas et le malade meurt en quelques heures. Or, le tribunal jugea que le privilège accordé au médecin l'oblige à savoir reconnaître les médicaments dont il use, et le docteur L... fut condamné.

Depuis un certain nombre d'années, une nouvelle question a envahi la médecine, je veux parler de la morphiomanie. Pour s'y livrer, il faut pouvoir se faire délivrer indéfiniment de la morphine avec la même ordonnance. Et il est presque impossible à un pharmacien de ne pas se prêter à cette espèce de supercherie, parce qu'il sait bien que, s'il refuse, le client ira chez le pharmacien d'à côté où on cèdera à sa demande.

Aussi j'ai essayé de faire établir sur ce point une sorte de jurisprudence à propos d'un fait en présence duquel nous nous sommes trouvés, M. Motet et moi, il y a deux ou trois ans. Il s'agissait d'une femme qui avait été arrêtée pour vol à l'étalage dans un grand magasin et dont le mari avait trouvé, chez elle, 20 grammes de morphine et s'était aperçu qu'elle avait vendu plusieurs choses, en particulier tous les volumes du second rang de sa bibliothèque et le bâton de maréchal de son grand-père, maréchal de l'Empire.

Le pharmacien ayant envoyé au mari une note de 1500 francs, celui-ci l'attaqua comme responsable de la perversion de sa femme, et on me demanda alors si un pharmacien peut renouveler indéfiniment une ordonnance. Je n'ai pas voulu prendre la question en thèse générale, mais j'ai fait remarquer qu'un pharmacien ne pouvait vendre qu'à dose médicinale. Or, ce qui était très grave pour le pharmacien en question, c'est qu'il avait envoyé à cette dame, aux bains de mer, cent paquets de 25 ou 30 centigrammes de chlorhydrate de morphine. Il fut condamné à une amende de 2000 francs, à six jours de prison et à payer les frais d'entretien de sa cliente dans un asile. Sous ce dernier rapport, la peine ne fut pas très lourde, car la malade succomba trois mois après.

Voici ce que j'ai proposé. Le médecin écrira au bas de sa prescription : *ordonnance à ne pas renouveler*, et, dans le Codex, on indiquera aussi un certain nombre de substances à ne pas renouveler.

Un autre côté de la question a été soulevé par M. Yvon. La plupart du temps, les ordonnances portent une signature illisible et, à Paris, il est bien difficile au pharmacien de s'assurer qu'elle est l'œuvre d'un docteur. Bien plus, il y a des femmes qui imitent les signatures et, pour ma part, on m'a ainsi rapporté une dizaine d'ordonnances que je n'avais jamais faites et qui étaient signées de mon nom. M. Yvon voudrait qu'on exigeât du médecin quelque chose d'analogue au cachet du pharmacien, une griffe quelconque qui permettrait de reconnaître l'origine de l'ordonnance.

Des médecins peuvent être poursuivis pour escroquerie sur le domaine médical. Il y a quelques années, un docteur S... soignait tous ses clients avec la même médication, la *médecine noire*, qui était une drogue purgative. Il n'allait même pas voir les malades, il prescrivait à distance. Dans un cas de fièvre typhoïde où il avait promis la guérison et où la mort survint, la famille le poursuivit en justice, mais, condamné par le tribunal, il fut acquitté par la cour.

Il n'en fut pas de même d'un docteur R... qui faisait une espèce de traitement à forfait. N'ayant pas obtenu une guérison qu'il avait promise dans un délai de trente ou quarante jours, il fut condamné à treize mois de prison et à 6000 francs d'amende.

Depuis quelque temps les tribunaux ont l'air de prendre davantage la défense des malades contre les médecins qui abusent ainsi de leur titre. En ce moment, je suis commis dans deux affaires de ce genre. Dans l'une d'elles figure un médecin qui s'intitulait « professeur libre de pathologie à la Faculté de médecine de Paris ». C'était une tromperie, non pas sur la qualité de la marchandise, mais sur la qualité du marchand.

Je viens de vous dire quels sont les méfaits des médecins qui peuvent mettre en cause leur responsabilité, mais quelquefois aussi la faute vient du client qui y met de la mauvaise volonté. Il arrive par exemple qu'à la suite de la mort d'un de ses membres, une famille refuse de payer les honoraires du médecin. Il y a là parfois un effet de la grande douleur, une injustice qu'il faut savoir pardonner.

Souvent, au contraire, c'est de la mauvaise foi. Un homme, ayant eu un raccourcissement à la suite d'une fracture de jambe, traîne cette jambe devant les tribunaux pour avoir une indemnité. Et il n'est malheureusement pas rare que l'origine de cette médisance soit dans les propos malveillants que tiennent certains médecins vis-à-vis de leurs confrères. On doit éviter de dire trop légèrement à un malade : « Celui qui vous a soigné est un âne. »

Un autre point très important à considérer, c'est la susceptibilité du public, en province surtout. Quand un médecin, par suite d'un événement malheureux, a donné prise à la critique, le seul parti à prendre pour lui est de boucler sa malle et de porter sa tente ailleurs. L'affaire devient plus grave lorsque les journaux s'en emparent. Il y a quelque temps, un docteur B... fut pris à partie par un journal de Bar-le-Duc, qui racontait une opération fantastique, faite par lui avec une vrille et du fil de fer à un homme ayant reçu un coup de serpe. Ce médecin a attaqué le journaliste, et le tribunal qui avait admis, à tort, les deux parties à faire la preuve du fait, a rendu un jugement très défavorable à notre confrère. Mais la cour de Nancy en a jugé autrement : elle a relevé des précédents et a condamné le journal à 10000 francs de dommages-intérêts.

Malgré ce succès, je n'oserais pas vous conseiller une semblable procédure. On risque trop de sortir de ces débats ridiculisé, anathématisé, démonétisé. Il faut bien avouer que rien n'est plus facile que de se moquer de nous : il vaut donc mieux ne pas soumettre nos opérations, nos doctrines et notre thérapeutique à un jugement public. Tant que votre honneur ne sera pas absolument engagé, ne répondez pas; sinon c'est vous qui paieriez, en fin de compte, les frais de littérature du journal.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. A. PONCET.

Adéno-chondrome volumineux du voile du palais; mort par asphyxie.

(Observation recueillie par M. HÉRON, interne des hôpitaux.)

On peut, au voile du palais, comme dans toute autre région riche en glandules salivaires, rencontrer des tumeurs formées aux dépens de ces glandes, et reproduisant plus ou moins le tissu glandulaire.

Bien connus sous le nom d'*adénome*, de *tumeur adénoïde* du voile du palais, depuis les travaux de Nélaton, Michon, etc., qui remontent déjà à une quarantaine d'années, ces néoplasmes, quoique présentant la même physionomie clinique, n'ont pas toujours la même structure. A côté, en effet, d'un véritable adénome, dû à une hypertrophie simple des éléments glandulaires, se placent diverses variétés anatomiques, constituées par du tissu conjonctif en voie de développement, offrant sur certains points, parfois dans la totalité de la tumeur, les caractères d'un sarcome glandulaire, ou d'une tumeur mixte avec hyperplasie glandulaire et noyaux de tissu cartilagineux, de tissu muqueux. Chez le malade dont nous rapportons l'observation, la tumeur avait ces caractères mixtes qui permettaient de la rapprocher de certaines tumeurs parotidiennes. Elle avait acquis un volume relativement considérable, son poids était, en effet, de 150 grammes; elle détermina des accidents aigus d'asphyxie qui amenèrent la mort du malade, dans un accès de suffocation.

Il s'agit d'un homme âgé de cinquante-sept ans, sur lequel nous avons peu de renseignements, car il succomba quelques heures après son entrée à l'hôpital, dans le service de M. le professeur Poncet. Il s'était aperçu, depuis trois ans environ, d'une tuméfaction siégeant à droite sur le voile du palais; ne souffrant pas, n'éprouvant qu'un peu de difficulté de la parole et de gêne de la déglutition, il ne s'inquiétait pas de son état et continuait son travail.

Depuis cinq jours seulement des accès de suffocation étaient survenus, ils se montrèrent d'abord la nuit pendant le sommeil, bientôt la dyspnée devint permanente, avec paroxysmes nocturnes. Pour venir à l'hôpital, le malade eut plusieurs accès de suffocation où il croyait, suivant son expression, « y rester ».

A son arrivée, on constate une dyspnée extrême, la face est cyanosée, la parole inintelligible.

Lorsqu'on lui fait ouvrir la bouche, on aperçoit une tumeur énorme située sur la moitié droite du voile du palais, elle s'avance sur la ligne médiane et paraît obstruer complètement l'orifice pharyngien. Au toucher elle est dure, élastique, il semble qu'avec le doigt on puisse la circonscrire en arrière, mais cette exploration est très pénible et provoque des accidents graves de suffocation.

Pas de ganglions, état général excellent. A onze heures du soir, le malade est pris tout à coup d'un accès terrible de dyspnée, il se précipite hors de son lit et s'échappe par la porte voisine. Lorsqu'on l'amène dans la salle d'opérations, il est dans un état d'anxiété extrême; assis sur son lit, la tête dans les mains, il est couvert de sueurs, les lèvres sont cyanosées, la mort par asphyxie paraissant imminente, l'interne de garde, en l'absence de M. Poncet, pratique immédiatement la trachéotomie. La canule mise en place, on fait, pendant quelques instants, la respiration artificielle; la face se colore, les mouvements respiratoires deviennent même assez réguliers, mais bientôt la respiration s'arrête, le malade pâlit, son cœur ne bat plus. Sous l'influence de la respiration artificielle et de tous les moyens excitants, usités en pareil cas, on obtient quelques inspirations qui deviennent de plus en plus rares et le malade succombe, malgré tous les efforts.

Le lendemain, lorsque nous avons raconté à M. Poncet ce qui s'était passé la veille, il n'hésita pas à porter le diagnostic de : *tumeur adénoïde* du voile du palais, ayant, par son volume exceptionnel, déterminé des accidents graves d'asphyxie. L'autopsie confirma ce diagnostic.

Le maxillaire inférieur enlevé, nous eûmes sous les yeux une tumeur énorme, du volume d'une grosse mandarine, assez régulièrement arrondie, distendant la muqueuse qui

n'est cependant le siège d'aucune ulcération. La tumeur ne présente du reste aucune adhérence solide avec le voile du palais; la muqueuse incisée, elle se détache, s'énuclée avec la plus grande facilité; cliniquement elle réunit tous les caractères d'un adénome et appartient à cette catégorie de tumeurs bénignes du voile du palais qui sont indépendantes des tissus voisins, qui s'extirpent facilement et ne récidivent pas.

Nous ne rappelons que pour mémoire, à ce propos, les noms de Parmentier, de Rouyer, de Letenneur, etc., dont les observations ont été rassemblées dans la thèse de M. Python (1).

Quant à la structure intime de ce néoplasme, elle fut l'objet d'une étude complète de M. Auguste Pollosson dont nous publions la note qu'il a bien voulu nous remettre.

« La tumeur du voile du palais est composée de deux ordres d'éléments qui ne prennent pas une part égale à sa constitution. On y rencontre: 1° des éléments épithéliaux en très petite quantité; 2° des formes diverses du tissu conjonctif, principalement les formes myxomateuse et enchondromateuse. La disposition de ces éléments mérite une description détaillée.

Bien que non lobulée à la surface, la tumeur est composée sur la coupe par des masses arrondies, entourées par du tissu fibreux. Ces masses, qui sont macroscopiquement hyalines et translucides, présentent une élasticité telle qu'elles bombent sur la coupe non encore montée entre deux lamelles. Elles sont de dimensions variant entre 1 millimètre et 1 centimètre de diamètre. Leur forme est assez régulièrement ronde ou ovale. Les travées qui séparent ces masses ont en moyenne un demi-millimètre de diamètre, mais il en existe de beaucoup plus minces.

Nous étudierons successivement les masses hyalines et les travées qui les séparent.

Les *masses hyalines* sont composées d'une substance fondamentale et d'éléments cellulaires. La *substance fondamentale* est très abondante relativement aux éléments cellulaires; elle est parfaitement amorphe dans certains points, et légèrement fibrillaire en d'autres endroits; elle ne se colore que très peu par le picro-carmin, c'est à peine si elle prend, sous l'influence de ce réactif, une teinte rosée, très pâle. Sur quelques masses hyalines, on constate dans la substance fondamentale une notable proportion de tissu élastique. Ce tissu élastique se présente soit sous forme d'un réseau de fibrilles extrêmement fines, soit sous forme de fibres volumineuses pelotonnées sur elles-mêmes.

Les *éléments cellulaires* sont de plusieurs variétés. On trouve, disséminées dans la substance fondamentale, de petites cellules fusiformes ou étoilées qui s'anastomosent quelquefois les unes avec les autres; elles présentent les caractères de celles du myxome à petites cellules. Ce tissu myxomateux constitue la totalité de certaines masses hyalines. D'autres masses présentent, à côté d'éléments semblables, des capsules de cartilage très facilement reconnaissables avec leur paroi à double contour. Ces capsules ne renferment, pour la plupart, qu'une cellule à protoplasma granuleux et un seul noyau. A la périphérie de ces cellules cartilagineuses encapsulées, la substance fondamentale se colore en rose plus vif et est plus parfaitement hyaline. Les masses hyalines renferment aussi des éléments embryonnaires; quelques-unes en contiennent une abondante quantité, dans ces cas, c'est à la périphérie, tout près des travées enveloppantes, que ce tissu embryonnaire est le plus abondant.

Les *travées* qui entourent les masses hyalines ne constituent qu'une partie relativement minime de la masse de la tumeur. Elles sont constituées par du tissu fibreux. C'est dans leur épaisseur que l'on rencontre, çà et là, des tubes épithéliaux; toutes les travées n'en renferment pas, celles qui en renferment n'en contiennent qu'un petit nombre. Ces éléments épithéliaux sont constitués par des tubes de forme variable, suivant qu'ils sont coupés en travers, obliquement, ou en long. Ces tubes présentent un revêtement régulier de cellules cubiques, à noyau unique, volumineux. Ces cellules sont disposées sur une seule couche; on trouve pourtant quelques points où elles sont disposées sur deux couches. La plupart de ces tubes n'ont pas de lumière, mais quelques-uns en ont une; elle est alors remplie par des blocs hyalins réfringents ou même par des éléments en dégénérescence granulo-graisseuse. Le contenu de ces tubes démontre bien leur nature épithéliale, adénoïde.

Les vaisseaux de la tumeur sont de petit volume, ils sont placés dans les travées. On trouve quelques capillaires à la périphérie des masses hyalines, surtout quand les éléments embryonnaires y sont abondants; mais on ne rencontre pas de vaisseaux au sein même du tissu chondro-myxomateux.

L'interprétation de cette tumeur est difficile, surtout à cause du petit nombre des tubes épithéliaux. Il est probable que ces tubes ont été le point de départ de la tumeur qui aurait été primitivement un adénome et que plus tard le stroma conjonctif a évolué pour son propre compte vers le type muqueux et cartilagineux. Cette évolution se serait faite avec une activité telle que le tissu interstitiel aurait étouffé à peu près complètement les éléments épithéliaux et aurait pris une telle prédominance qu'il donne actuellement à la tumeur les caractères généraux d'un chondromyxome. L'histoire de l'évolution de cette tumeur est hypothétique, mais on trouve dans l'histoire des néoplasmes des exemples de ce genre. M. le docteur Bonnet (1) cite dans sa thèse des évolutions semblables de la substance intercellulaire dans les tumeurs organoïdes. Dans un travail sur l'épithéliome alvéolaire, M. Malassez (2) décrit une tumeur épithéliale dont le tissu interstitiel a évolué vers le type muqueux et a pris un développement considérable; cet auteur a trouvé, dans le cas qu'il étudie, des phases de transition qui lui permettent d'écrire l'histoire de l'évolution de sa tumeur. Or, les phases les plus avancées de la pièce étudiée par M. Malassez ressemblent à peu près complètement à la phase actuelle de celle que nous avons examinée. En somme, notre tumeur présente actuellement les caractères d'un chondro-myxome, dont l'origine probable est dans un adénome du voile du palais. »

Il est rare de voir un adénome du voile du palais déterminer des accidents aussi graves de suffocation; le plus habituellement, en effet, le volume de ces tumeurs varie depuis celui d'une noisette jusqu'à celui d'un œuf de poule. Chez notre malade les conditions étaient bien différentes, il est fort probable, comme nous le faisait remar-

(1) *Des adénomes du voile du palais et de la voûte palatine.* Th. Paris, 1875.

(1) L.-E. Bonnet. *Introduction à l'étude des tumeurs.* Thèse de Lyon 1881, p. 149 et suivantes.

(2) *Archives de physiologie*, 1er janvier 1883. Sur le cylindrome (épithéliome alvéolaire avec envahissement myxomateux), par M. Malassez.

quer M. Poncet, que les accès de suffocation, qui se seraient produits seulement dans les cinq derniers jours, n'ont pas été le fait d'un accroissement rapide de la tumeur, ils ont dû reconnaître pour cause un défaut de résistance du voile du palais qui, *forcé* à la longue par le poids du néoplasme, a été incapable de le soutenir plus longtemps et lui a permis d'obturer la glotte.

L'indication urgente eût été pour M. Poncet, en présence de l'asphyxie progressive, de saisir la tumeur avec des pinces de Museux, de la soulever; si la respiration se fût, par cette manœuvre, rétablie, on pouvait songer à l'énucléation immédiate. Dans tous les cas, on devait en même temps avoir sous la main les instruments nécessaires pour une trachéotomie. Cette opération eût été faite immédiatement, si le soulèvement de la tumeur n'eût pas assuré la respiration; elle se fût trouvée également nécessaire, si les manœuvres d'extraction avaient provoqué des accès de suffocation.

Chez de tels malades, il faut bien savoir que des explorations, que des manœuvres simples, nécessaires pour l'ablation, peuvent donner lieu à de nouveaux réflexes de suffocation, peut-être à des réflexes d'arrêt du côté du cœur, capables d'entraîner une mort rapide. On sera donc toujours prêt à pratiquer la trachéotomie que l'on ne saurait considérer comme une opération grave, et qui dès lors ne doit pas, suivant M. Poncet, être renvoyée au dernier moment.

LUXATION MÉTACARPO-PHALANGIENNE

DU POUCE EN ARRIÈRE, RENDUE COMPLEXE PAR DES MANŒUVRES INTEMPESTIVES ET RÉDUITE PAR DES TRACTIONS PROLONGÉES SUIVIES DE ROTATION (1).

Par M. Van Becelaere,
Membre correspondant de la Société anatomo-clinique de Lille.

Le 3 juin 1888, Marie L..., âgée de seize ans, tombe en avant, étant dans une obscurité profonde, et ne peut donner aucun renseignement sur les détails de sa chute. Immédiatement elle éprouve une douleur très intense dans l'articulation métacarpo-phalangienne et dans tout le reste du pouce droit, et elle constate l'impuissance de ce doigt.

Une personne de bonne volonté essaie la réduction une heure après l'accident; mais comme elle n'emploie que la traction simple, elle prolonge les efforts pendant une demi-heure et ne parvient qu'à *rendre complexe* la luxation *qui était complète antérieurement.*

Deux heures et demie s'étaient écoulées depuis l'accident, lorsque la blessée me fut amenée. Elle souffrait beaucoup, était incapable du moindre mouvement du pouce et se rendait parfaitement compte du déplacement articulaire. La direction du pouce était conservée; mais il était facile de voir la tuméfaction de l'articulation en cause. Par la palpation, on sentait très facilement la tête du métacarpien immédiatement placée sous la peau palmaire. Du côté dorsal, on sentait, de chaque côté du tendon extenseur, la cupule articulaire de la phalange luxée. Pendant les manœuvres, et grâce aux mouvements de latéralité, il était facile de se rendre compte de la rupture complète des deux ligaments latéraux; on reconnaissait surtout, que le tendon fléchisseur était déjeté en dedans. J'essayai successivement l'impulsion, la traction dans l'axe, le renversement du pouce en arrière, les mouvements de rotation du pouce, puis ceux de circumduction. Après vingt minutes d'efforts, n'ayant obtenu aucun résultat, je renonçai à renouveler mes tentatives.

(1) Voir, sur le même sujet, l'article paru dans notre numéro du 14 juin, page 632.

Le 4 juin, dès le matin, je fis de nouveaux efforts, en recommençant les mêmes manœuvres, en les combinant de diverses façons et en persévérant pendant une demi-heure, mais sans recourir à aucun instrument de préhension, sans même employer les lacs; je me suis toujours borné à l'usage de mes doigts. Je fis ensuite appliquer des compresses fraîches et insistai sur le repos absolu.

Le 5 juin, vers quatre heures du soir (42 heures après l'accident), M. le docteur Guermonprez entreprit de nouvelles manœuvres avec l'assistance de M. le docteur Ch. Legrain. La clef et la pince de Farabeuf furent successivement essayées comme moyens de préhension : la supériorité de ce dernier instrument fut bien vite et remarquablement appréciée. La manœuvre du renversement en arrière, répétée à plusieurs reprises, ne put jamais donner, ni à M. Legrain, ni à M. Guermonprez, la sensation si importante du contact dur entre le cartilage de la cupule phalangienne, d'une part, et la face dorsale de l'os métacarpien, d'autre part. M. Guermonprez en conclut que, très probablement, le tendon du long fléchisseur était venu s'interposer entre les surfaces articulaires. Cela expliquerait l'absence de réduction par la manœuvre de l'impulsion avec renversement en arrière, qui est incontestablement la manœuvre de choix. Le renversement de la phalange étant assuré de nouveau, tandis que le métacarpien était solidement maintenu en opposition, d'énergiques efforts furent conduits dans le but de reporter la phalange fortement en arrière, et dans l'espoir de redresser et de dégager les éléments interposés; mais il fut impossible d'y parvenir; on ne put jamais percevoir la sensation du contact direct de deux pièces squelettiques. Grâce à la laxité extrême de l'articulation, il fut facile d'exécuter la manœuvre de rotation recommandée par Richard, puis celle de rotation avec renversement en arrière comme le conseille M. le professeur Guyon; grâce à la pince de M. Farabeuf, ces efforts furent conduits avec précision et avec une certaine facilité; mais le résultat ne fut pas meilleur : la luxation n'était pas réduite. La circumduction ne donna pas de meilleurs résultats, bien qu'elle fût combinée avec la rotation, l'impulsion et les tractions prolongées. C'est alors que *M. Guermonprez eut recours à son procédé de rotation précédée de tractions prolongées.* A plusieurs reprises, il fallut renouveler l'effort, parce que le premier temps (extension et contre-extension) n'avait pas été prolongé pendant un temps suffisant; il fallut même y joindre une légère inflexion sur le bord cubital du pouce. Pendant cette manœuvre, il était manifeste que le pouce s'allongeait considérablement; enfin, la réduction fut obtenue, sans secousse, sans ressaut brusque, sans impulsion; la malade indiqua elle-même la sensation spéciale : ce n'était pas un changement brusque; c'était la disparition de la douleur primitive. Elle montra, immédiatement, qu'elle pouvait effectuer les mouvements de flexion, d'adduction et d'opposition du pouce, et les mouvements de flexion de la phalange terminale. La palpation de l'article démontrait, qu'en effet, la tête du métacarpien avait réellement repris sa place dans la cupule phalangienne. Ces efforts avaient été prolongés pendant environ vingt ou vingt-cinq minutes.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

I

De l'eau chaude en chirurgie.

Lorsque la doctrine antiseptique est venue bouleverser les anciennes méthodes chirurgicales, elle n'avait amené à sa suite que le pansement de Lister, qui la personnifiait en quelque sorte et qui en représentait la seule et véritable application. Pendant quelque temps, les chirurgiens exécutèrent avec un soin jaloux ce pansement nouveau, ne se permettant pas la moindre infraction à la technique Listérienne. Mais, bientôt, on pénétra mieux le mode d'action du pansement, on cessa de l'appliquer indifféremment à toutes les plaies; des modifications, timides d'abord, se

firent jour, puis bientôt surgirent toutes les substances antiseptiques nouvelles dont chacune eut bientôt ses indications nettement posées.

Les idées ne tardèrent pas à se modifier davantage et à côté de la méthode antiseptique qui, d'abord, était l'idéal rêvé, vint se placer la méthode aseptique. S'il est beau, en effet, de détruire les germes nuisibles existant dans une plaie, il est plus parfait encore de n'avoir point à les détruire, en prévenant leur existence par une rigoureuse asepsie. A côté de leur merveilleux pouvoir, les agents antiseptiques ne sont pas, en effet, sans avoir quelques inconvénients résultant de l'irritation et même de la cautérisation légère qu'ils peuvent déterminer à la surface des plaies. Ne sont-ils pas quelquefois même dangereux, par l'intoxication générale qu'ils peuvent déterminer? Aussi, actuellement, quelques-uns de nos opérateurs des plus éminents en France et à l'étranger ont-ils pu, par une asepsie parfaite, obtenir des résultats surprenants; et cela, même dans les plus grandes opérations de la chirurgie abdominale. Un des principaux agents de cette asepsie nouvelle c'est l'eau stérilisée par l'ébullition.

Devant cette innocuité parfaite de l'eau pure comme moyen de pansement, des études nouvelles se firent jour et l'on se rappela bientôt que l'eau, portée à une certaine température, jouissait de propriétés thérapeutiques particulières.

Ce sont ces propriétés de l'eau chaude que nous avons l'intention d'étudier ici. Dans une de ses cliniques de l'Hôtel-Dieu, M. Reclus, dans ce style persuasif et brillant que chacun lui connaît, nous a montré les bienfaits que la chirurgie pouvait retirer de l'usage de l'eau chaude; le docteur Barette a de nouveau étudié la question; le docteur Lorain a rappelé dans sa thèse les avantages que confère l'emploi de l'eau chaude, dans la pratique obstétricale; le moment nous semble propice d'appeler à nouveau l'attention sur ce moyen si simple, si facile et en même temps si efficace.

En nous plaçant sur le terrain exclusif de la pratique, nous avons à résoudre les trois questions suivantes :

1° Quelles sont les qualités que l'eau chaude doit présenter pour être employée en chirurgie?

2° Quel est son mode d'action?

3° Dans quels cas son usage est-il indiqué?

1° *Qualités que doit présenter l'eau chaude.* — L'eau chaude, employée en chirurgie, doit être *aseptique et portée à la température de* 40 à 50 degrés.

Nous n'insisterons pas sur la qualité première exigée de l'eau, utilisée chirurgicalement. Il est évident qu'une eau impure et souillée doit être absolument rejetée. Il reste à savoir comment on peut rendre l'eau aseptique? Ce serait long, difficile à obtenir, s'il s'agissait de donner à l'eau une pureté parfaite; mais pratiquement et cliniquement, rien n'est plus simple, puisqu'il résulte des dernières discussions à la Société de chirurgie (février 1888) que l'eau bouillie, à 100 degrés, doit être considérée comme dépourvue de germes pathogènes, c'est-à-dire comme suffisamment pure, et cliniquement aseptique.

M. Terrillon, dans le *Bulletin médical*, résumant une note de Roux, collaborateur de M. Pasteur, nous donne les températures auxquelles meurt chaque variété de microbe pathogène, sous l'action de la chaleur humide.

Le microbe du choléra des poules, celui de la septicémie de la souris et du rouget du porc, les microbes pyogènes (albus, citreus et aureus), le *streptococcus erysipelatus*, meurent quand on les chauffe dix minutes entre 58 et 60 degrés.

Pour le *charbon*, la bactéridie sans spores meurt, après dix minutes, à 58 ou 60 degrés; la bactéridie avec spores meurt, après dix minutes, à 95 degrés.

Les bacilles du *vibrion septique*, également munis de spores, résistent jusqu'à 90 à 95 degrés.

Ceux de la *fièvre typhoïde*, munis de spores, périssent entre 90 et 100 degrés.

Dans la *tuberculose*, spores et bacilles sont détruits entre 65 et 70 degrés.

Enfin les microbes de la *diphthérie* meurent à 60 degrés.

Rien n'est donc plus simple que de se procurer de l'eau récemment bouillie et de la maintenir à une température de 40 à 50 degrés. Pour reconnaître que l'eau a atteint cette température, il est certain que le thermomètre constitue le guide le plus sûr; mais, à son défaut, et comme donnée pratique, on peut se contenter des renseignements suivants :

Quand l'eau est à 45 degrés et même à 48 degrés, on peut y maintenir la main tout entière immobile, sans éprouver de sensation pénible.

A 50 degrés la main doit, au bout de 10 à 15 secondes, s'agiter dans le liquide, sous peine d'éprouver une sensation de brûlure assez prononcée.

A 52 degrés on ne peut maintenir la main plus de deux secondes, même en lui imprimant les mouvements.

A 55 degrés, la sensation de brûlure est immédiatement très douloureuse.

Nous pouvons donc conclure qu'il est facile à tous, et en toutes circonstances, d'avoir à sa disposition de l'eau chaude utilisable chirurgicalement.

Nous connaissons maintenant l'agent thérapeutique; mais avant de l'employer, il est indispensable d'aborder la deuxième question que nous nous sommes posée et de nous demander quel est son mode d'action.

2° *Mode d'action.* — Il n'entre pas dans le cadre, essentiellement pratique, que nous nous sommes tracé, de savoir quel est le mécanisme intime par lequel l'eau chaude agit sur nos tissus. Ce que nous savons, c'est que l'on peut grouper ses propriétés sous quatre chefs principaux, et dire : l'eau portée à la température de 40 à 50 degrés possède : des qualités hémostatiques puissantes, un pouvoir antiphlogistique certain, une influence heureuse sur la cicatrisation des plaies, et, dans quelques cas spéciaux, une action antiseptique incontestable.

Les *qualités hémostatiques* de l'eau chaude sont aujourd'hui un fait connu et d'autant mieux admis, qu'il avait contre lui l'opinion préconçue, attribuant à l'eau froide une propriété que tout le monde s'accordait à refuser à l'eau chaude. Cette action hémostatique, nettement visible sur le champ d'une surface opératoire, voit son maximum d'action utilisé dans la pratique obstétricale, où nous avons vu juguler en quelques minutes des hémorrhagies redoutables.

Le pouvoir antiphlogistique de l'eau chaude n'est pas moins certain, ainsi que nous allons le démontrer plus loin. Si nous voulons nous demander d'où provient cette action antihémorrhagique et antiphlogistique, nous devons nous contenter de savoir que l'eau chaude agit soit par l'intermédiaire de la circulation sanguine, en excitant les fibres musculaires lisses, soit en agissant directement sur le protoplasma cellulaire lui-même des éléments anatomiques. On sait que quelques germes ne se développent pas à une certaine température. L'eau chaude agit-elle alors comme antiseptique? Contentons-nous de dire avec M. Reclus (1) : « Ce sont là des hypothèses que résoudront les physiologistes; pour nous, cliniciens, un fait demeure : *l'efficacité de ce topique qui se trouve partout et qui ne coûte rien.* Aussi je m'en sers et vous conseille de m'imiter. »

3° *Dans quels cas l'usage de l'eau chaude est-il indiqué?*

D'après ce que nous venons de dire, il est certain que les indications principales de l'eau chaude tendront en général à ce but : arrêter une hémorrhagie, prévenir ou diminuer les phénomènes inflammatoires, activer la cicatrisation de certaines plaies.

Il est évident que l'eau chaude ne peut avoir d'action que sur les hémorrhagies en nappe, capillaires ou veineuses, mais qu'en règle générale, les hémorrhagies artérielles doivent être combattues par des moyens hémostatiques directs. Aussi l'emploi de l'eau chaude est-il surtout recommandable dans les plaies contuses des extrémités, main ou pied; alors que le sang, provenant

(1) Reclus. *Cliniques de l'Hôtel-Dieu*, p. 87.

des tissus lacérés, suinte à travers les lèvres déchirées de la plaie. Dans les plaies anciennes et anfractueuses, où surviennent des hémorrhagies, l'usage de l'eau chaude devient également indiqué. L'hémorrhagie survenant après la délivrance est particulièrement justiciable de ce procédé.

Toutes les fois que l'on peut plonger entièrement, dans le liquide, la partie atteinte, cela est préférable; dans le cas contraire, c'est aux injections ou aux irrigations qu'il faut avoir recours. Ainsi, par exemple, on plongera, dans un bain chaud, le pied, la main, ou le membre supérieur, on irriguera une plaie anfractueuse, on fera une injection dans la cavité utérine.

Pendant les opérations chirurgicales, une irrigation continue ou intermittente des lambeaux et des surfaces avivées, avec de l'eau à 50 degrés, fait disparaître le saignement en nappe, et rend visibles les jets artériels, faciles alors à arrêter. Dans la chirurgie abdominale, lorsqu'à la suite d'opérations laborieuses sur le petit bassin, le péritoine déchiré, les adhérences rompues laissent sourdre le sang de toutes parts, rien ne vaut une injection d'eau chaude pour maîtriser le flux sanguin et arrêter l'hémorrhagie. Nous avons vu ainsi, en quelques minutes, tarir une hémorrhagie que la pose de pinces et de ligatures nombreuses n'avait pu diminuer.

La puissance antiphlogistique de l'eau chaude est également incontestable, elle doit être particulièrement utilisée dans ces traumatismes si fréquemment septiques des extrémités. Nous n'en voulons pour preuve que cet exemple observé par M. Reclus sur lui-même : « J'enlevais une épulis du maxillaire supérieur ; la vrille dont je me servais perfora l'os du malade et la pulpe de mon index gauche, ne s'arrêtant que sous l'ongle soulevé ; je souffris à peine pendant le jour, mais la nuit je me réveillai avec une douleur intolérable au point blessé, une rougeur intense, du gonflement et des battements insupportables dans tout le doigt ; au matin, je plongeai la main pendant une heure dans un bain à 48 degrés, je ne la sortis que pour l'entourer de compresses de tarlatane trempées dans la liqueur de Van Swieten, et recouvertes de gutta percha laminée. Le soir nouveau bain à la même température : l'inflammation était éteinte et le panaris conjuré. »

Si l'eau chaude s'oppose à l'éclosion des phénomènes inflammatoires et prévient leur extension, elle n'est pas moins efficace dans les inflammations déclarées et déjà suppurantes. Sous l'influence de l'eau chaude, le panaris rétrocède, le phlegmon se limite rapidement, et les phénomènes généraux disparaissent. Les cas en apparence les plus désespérés, tant par la gravité de l'état local, que par l'intensité des phénomènes généraux, ont été amendés puis guéris par l'usage prolongé de cet agent thérapeutique.

Il est d'ailleurs certain que, lorsque, sans inconvénient, sans crainte d'absorption, il est possible d'ajouter au bain chaud une substance antiseptique, le mélange ne pourra que bénéficier de cette heureuse association, si puissante dans le traitement des inflammations du membre supérieur. Toutes choses égales, d'ailleurs, le bain chaud l'emporte en efficacité sur les irrigations et les injections où l'action de la température est nécessairement moins continue.

Dans *les plaies atoniques ulcéreuses*, l'influence de l'eau chaude est incontestable, que ces ulcérations soient dues à des varices, à des pertes de substance traumatiques ou consécutives à des chancres phagédéniques, à l'élimination de lambeaux sphacelés de l'anthrax ou de toute autre gangrène dermique. L'action bienfaisante de l'eau chaude est remarquable sur les plaies blafardes et recouvertes d'un enduit pultacé et diphthéroïde, dont la guérison est souvent si difficile à obtenir.

Sous l'influence de la balnéation ou de l'irrigation, on voit l'exsudat pultacé disparaître ; les bourgeons charnus qui étaient ecchymotiques, mous, pâles, saignants ou ulcérés, redeviennent roses et vermeils, la membrane granuleuse s'organise, et l'épidermisation se manifeste à la périphérie.

Cette action modificatrice et cicatrisante est d'autant plus merveilleuse qu'elle se manifeste alors qu'elle n'était pas survenue malgré l'emploi des agents les plus divers, et que les substances modificatrices les plus justement vantées, comme le nitrate d'argent, l'acide phénique, l'iodoforme, le sublimé, avaient été jusque-là vainement essayées.

A. Ricard.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel de métallothérapie et de métalloscopie (1), par M. le docteur J. Moricourt, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Depuis les dernières publications de Burq sur la métalloscopie, il n'avait été donné, comme littérature sur le sujet, qu'un certain nombre d'observations éditées par divers journaux de médecine. Les travaux de Burq manquant de cet ensemble dogmatique qu'il nous aurait à coup sûr donné s'il avait vécu, deux lacunes étaient à combler relativement au Burquisme : d'abord un volume *ex professo* contenant tout ce qui se rattache à la question de la métalloscopie et à celle de la métallothérapie, puis un manuel pratique, mettant facilement au courant de cette science nouvelle, et permettant d'aborder aisément son application.

Si le premier monument reste encore à construire, nous pouvons dire que le manuel pratique de la métalloscopie et de la métallothérapie est aujourd'hui une œuvre faite. Elle est due à M. le docteur Moricourt, disciple de Burq, et son élève particulier pendant un temps assez long et bien employé.

Nous n'insisterons pas également sur chacun des chapitres de ce précieux manuel. L'historique de la question, l'étude de la peau au point de vue de l'application des métaux, la description des instruments de recherche pour la sensibilité métallique, sont traités avec une connaissance parfaite du sujet.

L'un des faits saillants du manuel de M. Moricourt est la recherche du métal chez un malade en rapport avec un autre sujet en état de somnambulisme, et en même temps exercé et lucidé. Généralement les séances de métalloscopie sont d'une longueur telle, que certains malades y renoncent dans la crainte d'une trop grande fatigue. Grâce à l'intervention d'un aide en état de somnambulisme, la rapidité de la découverte du métal auquel un névrotique est sensible n'est plus, pour ainsi dire, qu'une opération des plus courtes et des plus utiles, surtout pour les sujets présentant des aptitudes dissimulées.

Les théories des docteurs O. Jennings, Charcot, Reynard, Schiff, Vigouroux, sur les causes de l'action des métaux sur l'organisme vivant, sont soigneusement passées en revue. Celle de Burq qui veut que « il existe en nous un agent subtil indispensable à la vie comme à la production des divers phénomènes nerveux, directement saisissable par certains agents et par certains procédés », nous semble être celle qui approche le plus de la vérité, surtout depuis les découvertes récentes de notre ami Jules Thore (de Dax), sur ce qu'il a appelé *une force nouvelle*.

Les chapitres sur la métallothérapie, c'est-à-dire sur l'application pratique de la métalloscopie, sont les plus utiles du manuel de M. Moricourt. L'auteur y donne les indications pratiques au sujet des doses à appliquer comme médication interne, pour chaque métal.

Il s'étend, en s'appuyant surtout sur mes propres publications, sur l'utilité des eaux minérales dans une application rationnelle, à la suite des indications métalloscopiques. Malheureusement il engage à utiliser des sources que des travaux ont aujourd'hui transformées et rendues à peu près inertes pour les cas dans lesquels il les indique, comme je les indiquais moi-même autrefois. D'autre part, un certain nombre de sources que des analyses officielles récentes (Willm, J. Lefort, etc.) donnent comme dépourvues de métaux, en contiennent au contraire des quantités pondérables. Elles rentrent ainsi, fautivement, dans la catégorie des sources inertes, et que personne, en dehors de

(1) Un vol. in-12. Prix : 3 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

ceux qui se sont donné la peine d'en faire l'analyse complète, ne saurait ordonner aux malades.

Il y a là une lacune énorme à remplir. Il est permis de regretter que la science officielle française se laisse devancer dans cette voie par la science allemande déjà fort avancée sur ce point, et même par la science espagnole. A qui la faute?

Les chimistes officiels, et la commission des eaux minérales de l'Académie de médecine, pourront un jour faire leur *meâ culpa* de leur parti pris à ce sujet.

Plus de la moitié du manuel de M. Moricourt est consacré au développement des cas pathologiques guéris par la métalloscopie.

Ce livre, quoique manquant d'un ordre de classement dans l'exposé des chapitres, ordre qui l'eût rendu infiniment plus compréhensible et pratique, n'en est pas moins un de ces écrits que doivent lire tous les amis de la médecine de progrès, car ma pratique personnelle me permet d'affirmer, une fois de plus, que le Burquisme ne peut se séparer du traitement des névroses.

La métalloscopie est la science sur laquelle on peut le plus compter pour arriver à prescrire le traitement qui guérira, à peu près à coup sûr, ces affections si tenaces et si variées.

Dr F. Garrigou.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 15 juin 1888, a été nommé dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin de première classe. — M. le docteur Tissot, médecin de première classe de la marine, démissionnaire.

— Par décret, en date du 16 juin 1888, M. le médecin principal de première classe Vallin est promu au grade de médecin inspecteur dans le cadre du corps de santé militaire, en remplacement de M. le médecin inspecteur Paulet admis, sur sa demande, à la pension de retraite.

Par décision ministérielle, en date du même jour, M. Vallin est nommé directeur du service de santé du gouvernement militaire de Lyon et du 14e corps d'armée.

— Par décret, en date du 16 juin 1888, M. Castan, professeur de pathologie interne à la Faculté de médecine de Montpellier, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique médicale, en remplacement de M. Combal, décédé.

— Par décret, en date du 16 juin 1888, il est créé une chaire de clinique ophthalmologique, à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes.

— La seconde épreuve du concours pour la nomination à deux places de chirurgiens des hôpitaux de Paris — épreuve opératoire — est terminée. Les opérations données à faire aux candidats ont été : 1° Ligature de l'artère fémorale au niveau de l'anneau du troisième adducteur; 2° Amputation de Chopart.

L'un des candidats, M. le docteur Jullien, malade, s'est retiré du concours.

— A l'avenir, l'examen préparatoire, institué par l'arrêté du 1er août 1879, ne sera pas exigé des aspirantes au diplôme de sage-femme de première classe qui posséderont le certificat d'études primaires établi par l'arrêté du 16 juin 1880.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — Un concours, pour deux places de chef de clinique chirurgicale, s'ouvrira le 17 juillet 1888, à huit heures du matin.

Un concours, pour la place de chef de clinique obstétricale, s'ouvrira le 20 juillet 1888, à huit heures du matin.

Un traitement annuel de 1200 francs est attaché à chacun de ces emplois.

— *École de médecine de Nantes.* — M. Allaire, pharmacien de première classe, est institué chef des travaux physiques et chimiques.

— M. le docteur Artis, conseiller municipal, est nommé membre du comité d'inspection et d'achats de livres, près la bibliothèque de Carentan.

— M. le docteur Pitti-Ferrandi, médecin suppléant du lycée de Bastia, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. le docteur Manfredi.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Adrien Kusmierski, ancien interne des hôpitaux de Bordeaux, proclamé, avec le n° 1, externe des hôpitaux de Paris, au concours de 1887. Ce malheureux jeune homme, fils et petit-fils de médecins, a succombé à une angine diphthéritique contractée dans l'exercice de ses fonctions.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

33

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

St dép. dét. à Paris, Phie Lebeault, 53, Réaumur.

ENTREPOT GÉNÉRAL : **5, rue Bourg-L'Abbé, Paris.**

111

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

66

PANSEMENT ANTISEPTIQUE MÉTHODE LISTER

M. DESNOIX, pharmacien, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, prépare toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode de Lister.

1° La gaze antiseptique **0** fr. **50** le mètre; 2° le catgut nos 1, 2, 3, 4, **1** fr. **25** le flacon; 3° le taffetas dit *protective*, **1** fr. **25** le mètre; 4° le macintosh, **5** fr.

Tous ces produits, préparés d'après les formules et les indications du docteur LISTER, offrent toutes les garanties aux chirurgiens.

Sparadrap chirurgical des hôpitaux de Paris, Toile vésicante (action prompte et sûre), Sparadrap révulsif au thapsia, Bandes dextrinées pour bandages inamovibles, Coton hydrophile, Coton hydrophile phéniqué, Coton à l'acide salicylique, Lint à l'acide borique, etc., etc.

177

PASTILLES HOUDÉ

AU CHLORHYDRATE DE COCAÏNE

Grâce à l'anesthésie qu'elles produisent, nos **Pastilles de chlorhydrate de cocaïne** ne tardent pas à procurer le plus grand soulagement et à calmer les douleurs dans les **maladies de la gorge,** dans les **enrouements,** les **extinctions de la voix,** dans les **laryngites** et les **angines.**

Elles contribuent à faire disparaître les **picotements, chatouillements,** et à **tonifier les cordes vocales**; très utiles pour combattre le mal de mer, vomissements, les maladies de l'œsophage et de l'estomac en facilitant la déglutition.

Dosage. — Chacune de nos pastilles renferme 2 milligrammes de chlorhydrate de cocaïne.

Mode d'emploi. — De 6 à 12 par jour suivant l'âge; les prendre une heure avant les repas.

Dépôt : A. Houdé, 42, r. fg St-Denis, Paris et phies.

42

VIN BI-DIGESTIF DE CHASSAING

A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.

(*Rapport favorable de l'Académie de médecine de Paris le* 29 *mars* 1864.)

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.

Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre l[illegible]ections des voies digestives.

Paris, 4, avenu[illegible]ictoria.

77

PAPIER RIGOLLOT

Nous engageons vivement MM. les Médecins à n'admettre comme véritable PAPIER RIGOLLOT que les feuilles portant en travers la signature ci-contre, en rouge.

P. Rigollot

23

NÉVRALGIES, MIGRAINES, FIÈVRES.

PILULES DE SAINT-CLOUD

Chaque pilule contient 1/5e de milligramme d'*Aconitine,* du *Valérianate de Quinine* et du *Valérianate de zinc.*

Phie Dufilho, Saint-Cloud, et ties phaamacies.

53

PANSEMENTS VAGINAUX

faits par la malade elle-même au moyen des :

OVULES CHAUMEL

à la glycérine solidifiée (volume œuf pigeon).

1° **Ovules simples** (*à la glycérine pure 30°*).

2° **Ovules astringents** (*tannin et alun*).

3° **Ovules sédatifs** (*morphine et belladone*), et tous médicaments sur prescription.

87, rue Lafayette, Paris (envoi fo échantillon).

66

BLENNORRHAGIE — CYSTITE

ÉCOULEMENTS AIGUS OU CHRONIQUES DE L'URETHRE OU DE LA VESSIE.

PILULES DE KAVA FOURNIER

Ces pilules guérissent en quelques jours, surtout l'état aigu, sans *fatigue pour l'estomac,* ni *renvois,* ni *diarrhée,* ni *odeur des urines.*

Médaille d'or, Paris 1885.

Exiger sur chaque pilule la signature du Dr Fournier, 22, place de la Madeleine, Paris.

42

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des Dyspepsies amylacées.

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET.

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a reçu l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon. Académie des sciences de Paris. Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liège, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

Gros : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

43

PIN D'AUTRICHE DE JOSEPH MACK

PINUS PUMILIO

ESSENCE pour inhalation et fumigation contre affection des voies respiratoires.

EXTRAIT pour bain antirhumatismal.

SOLUTION pour frictions fortifiantes et anti-rhumatismales.

CELLULES contre maladies des bronches, poumons et catarrhes vésicaux.

SIROP ET PATE contre Toux, Rhume et maladies catarrheuses.

Inhalateur perfectionné viennois, Flanelle, Ouate, Plastrons, Gants pour frictions.

Dépôt : Phie M. Tallon, Exiger la signature, 49, avenue d'Antin, Paris. — Envoi franco d'échantillons gratuits.

Joseph Mack

83

PASTILLES DU PÉROU LECERF

Au bromhydrate de cocaïne pur.

Ces pastilles, d'un goût agréable, et titrées à 1/2 centigramme de **bromhydrate,** s'emploient avec succès contre : les Toux nerveuses, les Gastrites, Gastralgies, les Vomissements de la grossesse, etc.

Phie LECERF, 222, faubourg Saint-Antoine, et toutes pharmacies. — *La boîte : 2 fr.* 50.

24

POUGUES SAINT-LÉGER

Les seules eaux alcalines reconstituantes

Maladies de l'estomac et des intestins, gravelle, diabète, appauvrissement du sang, métrites, leucorrhée, dysménorrhée, chlorose, anémie.

Des caisses sont mises, à titre gracieux, à la disposition de MM. les docteurs. Adresser les demandes, 15, *Chaussée d'Antin, Paris.*

69

AFFECTIONS UTÉRINES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

LIQUEUR DE LAPRADE

à l'albuminate de fer.

Spécifique de l'irrégularité de la menstruation.

33

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

VIN DE BAYARD A LA PEPTONE PHOSPHATÉE

contient moitié de son poids de viande et 0gr, 20 *de chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée.

47

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP de HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : cinq francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la secrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraine le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : deux francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure. pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

65

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : quatre francs.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.

Vente en gros : Chez tous les droguistes.

19

PEPSINE BOUDAULT

Seule admise dans les hôpitaux de Paris.

Médailles aux Expositions internationales de 1867, 1868, 1872, 1873 et Philadelphie, 1876, première médaille pour *excellence* et *supériorité.*

Dyspepsies, gastrites et gastralgies et autres troubles de la digestion.

Sous forme de :

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 30 grammes. — Dose de 0g,50 à 1 gramme à chaque repas.

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 10 prises de 1 gramme.

Elixir et **Vin de Pepsine Boudault.** — Dose : une cuillerée à bouche.

Pastilles, Dragées, Pilules de Pepsine Boudault. — Dose de 3 à 4.

Exiger le cachet Boudault.

Pharmacie Collas, 8, rue Dauphine, Paris.

40

POUDRES ET PASTILLES DE PATERSON

BISMUTHO-MAGNÉSIENNES.

digestives, absorbantes, antigastralgiques contre les douleurs d'estomac, les digestions pénibles, le manque d'appétit, les aigreurs et les vomissements.

DETHAN, phen à Paris, et toutes les phies de France et de l'étranger.

Paterson

39

Méd. aux Exp.: Vienne, Philadelphie, Paris, Sydney.

INHALATIONS D'OXYGÈNE

APPAREIL DE LIMOUSIN

Inhalateur, location, 5 francs par semaine. Gaz, 0 f. 10 le litre. — Appareil complet pour fabriquer et respirer, avec boîte, **130** francs.

Phie Limousin, 2 *bis*, rue Blanche, Paris.

41

CASCARA MIDY :

Pilules rigoureusement dosées à l'**Ext. Hyd. Alcool** de **Cascara Sagrada,** la meilleure préparation contre la **Constipation habituelle** et l'**atonie de l'intestin.**

2 fr. 50 le flacon, 113, faubourg Saint-Honoré.

N° 71. — JEUDI 21 JUIN 1888. 61e ANNÉE. JEUDI 21 JUIN 1888. — N° 71.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie a repris la discussion sur la lèpre. Comme il arrive dans la plupart de ces discussions, chaque orateur conserve ses convictions et apporte chaque fois de nouveaux faits et de nouvelles preuves à l'appui de son opinion. Ainsi M. Vidal, contagionniste, a produit à l'appui de la contagion de la lèpre de nouvelles preuves basées sur la nature parasitaire de l'affection, sur des faits avérés de transmission et sur la marche des épidémies lépreuses. M. Le Roy de Méricourt, anti-contagionniste, a mis au défi ses adversaires de lui montrer un seul cas de transmission de la lèpre, et a lu deux lettres, l'une de M. Zambaco, l'autre de M. Lacaze, deux autorités en matière de lèpre, qui relatent de nombreux faits en faveur de la non-contagion.

M. Cornil, avec sa double compétence de bactériologiste et de clinicien, a élevé le débat en parlant de la contagion dans les maladies parasitaires. Il a, non pas tranché, mais traité cette question avec une si sage réserve qu'on serait bien osé, après lui, de se montrer affirmatif, dans un sens ou dans l'autre, sur le rôle du parasite de la lèpre au point de vue de la contagion. C'est donc encore là un sujet à l'étude.

Avant la reprise de cette discussion qui n'est pas encore terminée, l'Académie a entendu deux rapports, l'un de M. Empis, l'autre de M. Lancereaux.

M. Empis a analysé un travail de M. Alvin (de Saint-Étienne), sur l'emploi de l'eau chaude comme moyen d'arrêter les épistaxis. Ce travail est une confirmation des faits avancés par notre collaborateur, M. Ricard, dans l'étude dont nous avons commencé la publication dans notre dernier numéro, sur l'emploi de l'eau chaude en chirurgie.

M. Lancereaux a fait un rapport sur un mémoire de M. Desbouvrie (de Roubaix), qui propose deux moyens de combattre les effets désastreux de l'alcoolisme. Malgré la bonne intention de l'auteur et l'indulgence du rapporteur, l'Académie n'a pas paru devoir beaucoup compter sur l'efficacité de ces moyens.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. PÉAN.

Du morcellement appliqué à l'ablation des tumeurs (1).

(Leçons recueillies par M. LAPERVENCHE, interne des hôpitaux.)

VI

Les tumeurs qui prennent naissance dans le maxillaire inférieur, qu'elles soient bénignes ou malignes, doivent être également enlevées par morcellement. Vous avez vu, ces

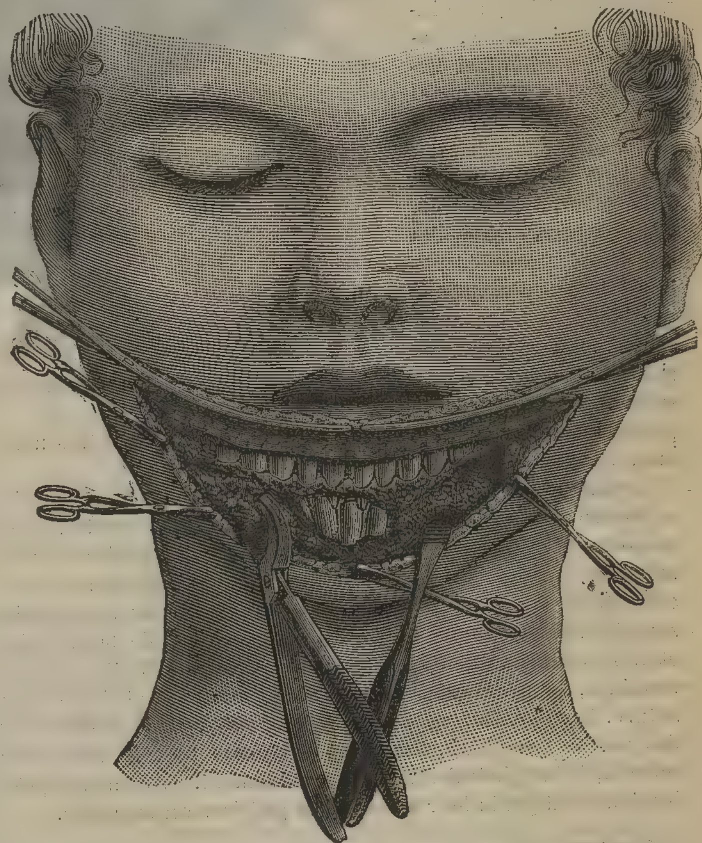


FIG. 11. — Ablation de séquestres multiples du maxillaire inférieur. On voit que nous enlevons avec soin chaque portion osseuse nécrosée avec la spatule, le davier et la pince pour ne pas ébranler les dents des deux dentitions.

jours derniers, comment nous avons procédé pour mettre à nu des séquestres inflammatoires contenus dans son épaisseur. Dans ce cas, la scie et le perforateur de notre polytri-

(1) Suite. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1888 p. 594.

tome nous ont été tout particulièrement utiles. Il fallait se hâter d'enlever un séquestre qui produisait une inflammation redoutable et qui avait peu de tendance à se limiter, parce qu'il avait été produit par les émanations du phosphore. D'autres fois, le séquestre est causé par des fractures comminutives, par des foyers tuberculeux, comme nous vous en avons montré de nombreux exemples. La ligne de conduite à tenir en pareil cas est presque toujours la même : aussi nous nous contenterons de vous citer l'observation suivante, intéressante en raison de l'étendue de la portion osseuse mortifiée.

Obs. IV. — J..., âgé de cinq ans, sans antécédents héréditaires, nous est amené par ses parents au mois d'août 1886. Depuis six mois, ils ont vu apparaître, chez cet enfant, des abcès nombreux sus-hyoïdiens, et à leur suite, des trajets fistuleux. La région du maxillaire inférieur est le siège d'un gonflement considérable ; la sonde cannelée, introduite dans les fistules, rencontre l'os dénudé sur plusieurs points, mais pas de séquestres mobiles. Voici comment nous procédons :

Après avoir fait sur la partie antérieure du maxillaire inférieur une incision semi-courbe, parallèle à son bord et distante de 1 centimètre et demi de ce dernier, nous arrivons sur le périoste, qui est soigneusement détaché avec la rugine. Nous voyons alors que l'os est dénudé, raréfié, nécrosé dans la plus grande partie de sa table antérieure. Par places, on aperçoit les dents de la seconde dentition qu'il importe de ménager et qui sont recouvertes de séquestres nombreux, les uns mobiles, les autres adhérents.

Voyant que ces séquestres entretiennent la suppuration, nous les enlevons avec de petites pinces, la spatule, le davier et la pince emporte-pièce (fig. 11). En plusieurs endroits, celle-ci nous permet d'exciser des portions d'os nouveau qui s'opposent à leur extraction. Peu à peu, nous parvenons à les enlever en totalité sans ébranler les dents, même les plus mobiles, de la première et de la deuxième dentition qui sont conservées. Cette ablation terminée, la plaie est convenablement nettoyée et fermée par suture. Les jours suivants, nous voyons disparaître le gonflement des parties périphériques; la physionomie reprend son aspect normal, l'état général s'améliore rapidement. Trois mois après, les dents ont perdu leur mobilité, la guérison est complète.

Les tumeurs malignes du maxillaire inférieur nécessitent la résection. Cette dernière est facile à pratiquer quand la tumeur est totale ou partielle et limitée au bord alvéolaire : il y a cependant tout avantage à la morceler, quand elle occupe le corps et la branche horizontale. L'ablation présente des difficultés bien autrement sérieuses quand la tumeur s'est propagée aux régions voisines, comme cela eut lieu chez le malade que nous vous présentons et que vous nous avez vu opérer il y a quelques jours (fig. 12).

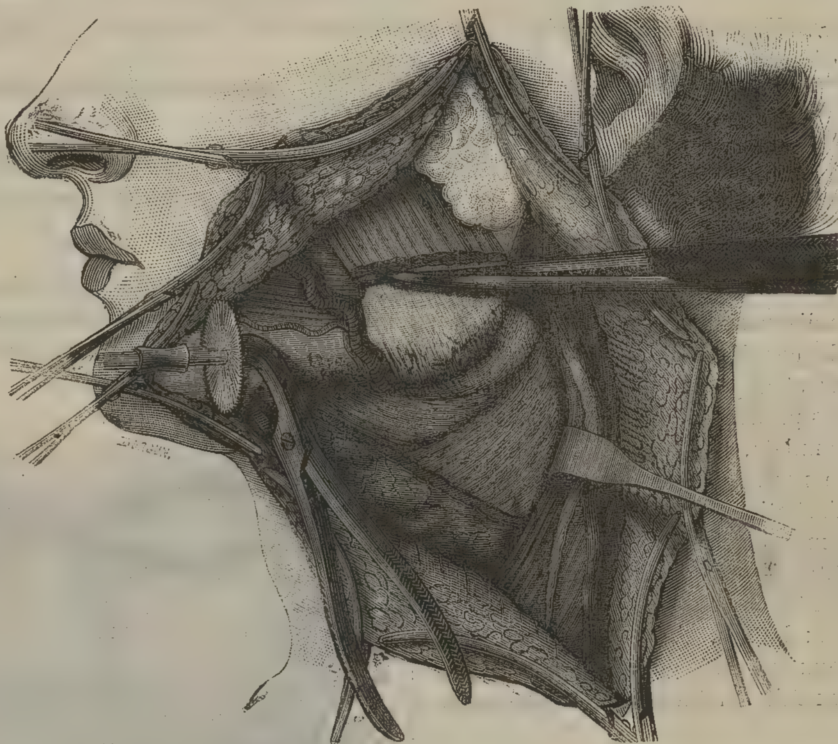


Fig. 12. — Ablation par morcellement d'une grande partie du maxillaire inférieur.

La tumeur occupait à la fois l'angle du maxillaire et une partie des régions jugale, parotidienne, massétérine, sous-maxillaire. Pour procéder à l'ablation totale, nous dûmes inciser largement les parties molles qui en recouvraient la surface, ce qui put être fait rapidement, grâce au pincement préventif des téguments qui la masquaient. Les portions qui envahissaient le maxillaire furent ensuite enlevées par morcellement et, dès que la portion d'os malade fut mise à nu, nous coupâmes, avec la scie de notre polytritome, le milieu de la branche montante d'abord, le milieu de la partie gauche du corps de l'os ensuite, en ayant soin d'achever la section avec une forte cisaille, pour ne pas léser les tissus accolés à la face postérieure. Nous saisîmes ensuite avec un fort davier la portion d'os intermédiaire devenue mobile, nous la détachâmes de ses adhérences avec le bistouri et les ciseaux, puis, nous enlevâmes par morceaux la partie profonde de la tumeur qui lui adhérait. Nous terminâmes l'opération en enlevant avec soin et par portions les prolongements importants que la tumeur envoyait dans les régions sous-maxillaire et carotidienne. Malgré l'étendue du néoplasme et l'importance des organes qui l'entouraient, aucun d'eux ne fut inutilement lésé, grâce au morcellement et au pincement combinés.

Nous ne craignons pas de dire que l'ablation totale eût été impossible par toute autre méthode.

Les *tumeurs de la cavité buccale* comprennent, outre celles du maxillaire inférieur qui viennent de nous occuper, celles de la langue, des amygdales, de la voûte et des piliers du palais, ainsi que celles qui proviennent du pharynx.

Les tumeurs de la *langue* sont faciles à enlever, si l'on se conforme aux règles que nous avons posées dans nos leçons antérieures (1). Voici comment nous avons procédé chez un malade qui était affecté d'abcès froid tuberculeux de la partie latérale droite de la langue et dont nous vous rappellerons succinctement l'opération :

Obs. V. — J..., âgé de quarante-cinq ans, tonnelier, entre dans notre service en mai 1886. Ses antécédents héréditaires et morbides ne présentent rien d'intéressant. Depuis trois mois, il a vu se produire une petite tumeur du côté droit de la langue et, quelque temps après, une petite ulcération. Peu de douleur, mais gêne pour parler et pour manger. On sent nettement dans la moitié droite de la langue une tumeur du volume d'une noisette, dure, résistante, peu adhérente aux parties ambiantes qui lui forment une sorte de coque ulcérée dans l'étendue d'une pièce

(1) Voir les *Leçons sur la forcipressure*, tome I, Deny et Exchaquet.

de cinquante centimes. Cette ulcération est peu profonde et présente, vers sa partie postérieure, un semis de granulations jaunâtres. Les bords sont peu indurés. Il s'agit manifestement d'une gomme tuberculeuse.

L'incision est faite, après hémostasie préventive, au moyen de pinces placées sur la langue au pourtour de la tumeur. Nous reconnaissons que le diagnostic est exact. Nous enlevons complètement ce foyer avec le bistouri, en donnant à la perte de substance la forme d'un V, dont nous rapprochons les bords par suture, avant de retirer les pinces (fig. 13).

Les tumeurs solides de la langue, papillomes, épithéliomes, sont avantageusement enlevées par le morcellement et le pincement combinés. Pour y procéder, nous appliquons des pinces à mors puissants, dentés, droits et courbes, sur la langue, autour de la tumeur, jusqu'à ce que l'hémostasie soit assurée. Vous trouverez ces pinces, auxquelles on a donné le nom de pinces à langue, chez nos principaux fabricants d'instruments. Si la tumeur est latérale, l'une

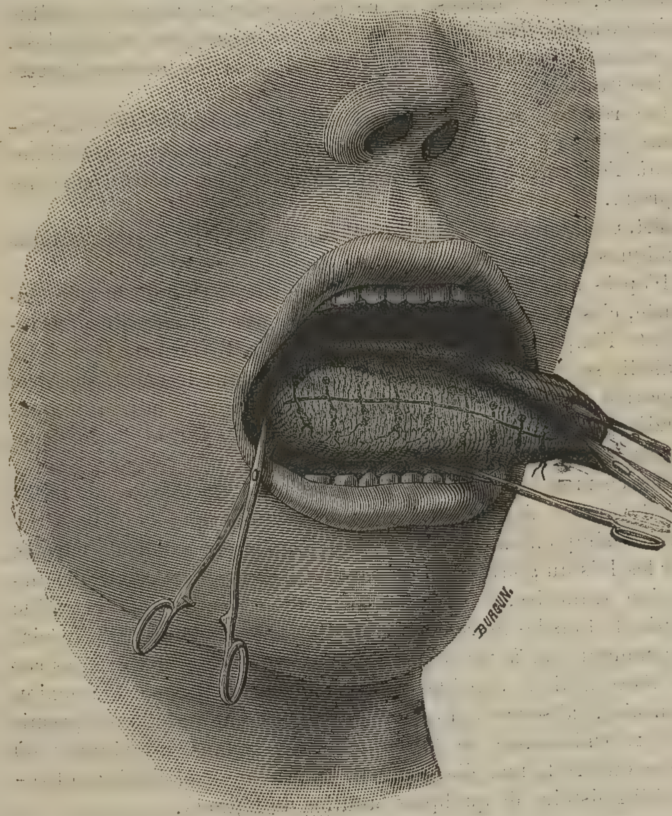


Fig. 13. — Suture de la langue après ablation d'une gomme tuberculeuse. Les pinces destinées à faire l'hémostasie préventive sont encore en place. La suture faite, on les enlève sans crainte d'hémorrhagie.

d'elles est placée sur la ligne médiane, une autre du côté du plancher de la bouche, une troisième en arrière, du côté de la base, au delà de la portion malade qu'il s'agit d'enlever. Dès que l'hémostasie préventive est assurée, l'opérateur résèque sans crainte avec le bistouri ou les ciseaux en ayant soin, si un vaisseau échappe ou n'est pas suffisamment comprimé, de le pincer. La tumeur enlevée, le chirurgien peut laisser les pinces à demeure, ou bien les remplacer par de plus petites. Enfin, si les dimensions et la forme de la plaie le permettent, il peut la fermer par suture dans le but de hâter la guérison, puis retirer les pinces tout en assurant l'hémostase, comme cela eut lieu dans l'observation précédente. S'il préfère les laisser à demeure, il les retire après trente-six ou quarante-huit heures. Leur séjour prolongé favorise la formation de petites eschares qui se détachent sans prédisposer aux hémorrhagies secondaires si fréquentes après l'opération par d'autres méthodes.

Les *tumeurs du voile ou des piliers du palais*, de même que celles des amygdales, sont passibles du pincement et du morcellement. Quand elles sont bénignes, l'opérateur se contente de faire le pincement préventif en dehors de la tumeur avant de l'enlever. Il réunit ensuite par suture, si cela est possible. Quand elles sont malignes et étendues, il doit redoubler de soin pour établir le pincement préventif en dehors de la sphère d'action de l'instrument tranchant et faire le morcellement par dissection avec le plus grand soin, afin de ménager les organes importants du voisinage. S'il y a une hémorrhagie secondaire, le pincement immédiat suffit pour la faire disparaître.

DE LA CONTAGION

DANS LES MALADIES PARASITAIRES, ET PARTICULIÈREMENT DE LA CONTAGION DE LA LÈPRE.

Par M. le professeur Cornil.

La question de la contagion de la lèpre est très difficile à juger dans l'état actuel de nos connaissances. Pour se faire une idée exacte de ces difficultés, il est utile d'envisager d'une façon générale en quoi consiste la contagion dans les maladies parasitaires. Je reviendrai ensuite à la lèpre et je pourrai donner des faits de contagion d'après les observations prises en France par MM. Chantemesse et Moriez.

On entend, en général, par contagion, la propagation d'une maladie d'un individu à un autre. Ce terme signifierait contamination par le contact de la peau ou des muqueuses d'un individu sain par un malade; mais, il est nécessaire d'en étendre la signification à tous les autres modes d'infection : inoculation par piqûre, par scarification, par plaie, par injection sous-cutanée, par inhalation, par ingestion. Nous dirons qu'il y a contagion, lorsqu'une maladie passera d'un individu à un autre par l'un des modes précédents.

Le parasitisme n'implique nullement l'idée de contagion. Il faut, le plus souvent, que les individus atteints de la même maladie se trouvent dans des conditions de réceptivité spéciale ou qu'ils puisent les agents à la même source où le premier a été infecté.

Rien n'est plus variable que la façon dont se fait la contagion, dans les maladies parasitaires dont les agents nous sont connus. On ne peut faire d'hypothèse plausible sur la façon dont se fait l'introduction d'un parasite que lorsqu'on connaît l'histoire de ce parasite, ses milieux nutritifs, ses transformations, sa morphologie, les voies d'élimination, etc.

Citons quelques exemples particuliers; un malade est affecté de kystes hydatiques du foie. Voilà une maladie parasitaire bien inoffensive pour les personnes qui l'approchent. Pas de contagion immédiate possible; l'inoculation sous-cutanée ne donnera rien. Il faudrait qu'un animal mangeât les échinocoques vivants et encore il aurait simplement un tænia.

Le malade dont parlait récemment M. Lancereaux a des urines chyleuses dues à la filaria sanguinis. Rien en lui n'est contagieux. Il faudrait qu'il fût saigné par un moustique, par exemple, et que ces parasites pussent trouver, dans l'intestin de ce moustique, puis dans l'eau des mares, des conditions d'existence spéciales pour que plus tard, avalés avec l'eau des boissons, ils infectent de nouveau un être vivant.

Passons aux maladies causées par les bactéries. Prenons l'actinomycose, maladie déterminée par des filaments ramifiés disposés en amas et terminés par des renflements particuliers.

Les lésions sont représentées par des tumeurs jaunâtres souvent calcifiées. On les observe en France chez le bœuf et le porc. Jusque dans ces derniers temps, on les regardait comme des tumeurs, des sarcomes. Aujourd'hui, on sait que cette maladie est contagieuse aussi pour l'homme.

Rappelez-vous combien d'années de discussions passionnées entre les partisans et les adversaires de la contagion, pour faire admettre la contagion de la morve, du farcin, du charbon! Le charbon était une maladie spontanée du sang, une pléthore. Tout ceci, pour montrer combien les progrès dans l'étiologie des maladies ont été rapides et combien il nous semble étonnant qu'on ait jamais pu professer d'autres opinions que celles qui sont connues en ce moment.

Pour chacune des maladies bactériennes connues, les conditions de la contagion sont variables, suivant les propriétés biologiques du microbe et suivant les habitudes de l'animal qui en est atteint.

Ainsi pour le choléra, il est bien démontré que son parasite n'entre dans l'économie que par les voies digestives, par l'eau de boisson et les aliments. Il paraît en être de même pour la fièvre typhoïde. Les furoncles, les phlegmons sont dus à des microbes et cependant ils sont sans danger pour les personnes qui approchent les malades, à moins qu'ils ne s'inoculent le pus.

Nous avons étudié avec M. Chantemesse une épizootie du porc, la pneumo-entérite.

Tous les animaux qui vivent ensemble dans la même porcherie sont atteints, et les neuf dixièmes en meurent. Il n'est pas de contagion plus intense et cela parce que les bactéries sont innombrables dans le mucus bronchique, à la surface des naseaux, dans les selles et dans l'urine. La litière, les aliments, l'eau en sont souillés et la contagion est facile et intense.

Envisageons maintenant une maladie qui se rapproche beaucoup de la lèpre, la tuberculose. En 1865, M. Villemin démontrait que le virus tuberculeux était inoculable dans le tissu souscutané des animaux et leur donnait une tuberculose généralisée et mortelle. Il a fallu quinze ans pour que cette découverte fût admise par tous sans conteste. Il a fallu démontrer que la tuberculose pouvait infecter l'économie par les voies respiratoires dans l'inhalation des crachats pulvérisés et par les voies digestives. La lumière a été faite éclatante par la découverte du bacille de Koch.

Il y a trente ans, personne ici n'eût osé soutenir l'existence de la contagion de la tuberculose d'homme à homme et aujourd'hui beaucoup s'étonnent que la majorité de l'espèce humaine puisse échapper à la contamination tuberculeuse. Cependant, envisageons froidement les choses. Un expérimentateur, qui vit au milieu de cultures de bacilles de la tuberculose, ne risque rien s'il prend les précautions les plus simples. Cette défense contre la contagion sera tout aussi facilement mise en pratique dans une salle d'hôpital, dans une famille.

Le grand danger, l'unique presque, réside dans les crachats des phthisiques, il suffit de les faire passer dans l'eau bouillante pour les rendre inoffensifs. Pour ce qui est des mesures préventives contre la contagion par les aliments, les boissons, le lait, etc., elles sont déjà presque toutes formulées par les hygiénistes. Si, dans cette question de la propagation de la tuberculose, on s'en était uniquement tenu à l'observation pure, nous en serions aujourd'hui au même point qu'il y a trente ans. Nous n'aurions aucune preuve absolue tirée de l'expérimentation ni de la microbiologie ; et l'on pourrait, en face de l'histoire des malades, interpréter dans les sens les plus divers les faits observés. Aucune précaution ne serait prise, aucun effort tenté pour limiter les ravages du mal. Nous connaissons maintenant le siège, les modes d'existence, la biologie de ces bacilles qui constituent un des plus redoutables fléaux de nos grandes cités : les prescriptions de l'hygiène les atteindront bien mieux que ne l'a fait tout l'arsenal thérapeutique. Cela vaut mieux, car il est plus consolant de penser qu'on pourra barrer le chemin à l'entrée de l'ennemi que de se croiser les bras dans la croyance au fatalisme de l'hérédité.

Cette évolution de nos idées médicales, déterminée par la microbiologie, s'est fait naturellement sentir dans la compréhension générale de la lèpre. En présence de la donnée certaine que la lèpre était une maladie bactérienne, beaucoup d'excellents esprits en ont conclu qu'elle était contagieuse. Mais nous ne connaissons presque rien touchant la biologie des parasites de la lèpre. Dans les nodules de la lèpre, on les retrouve innombrables dans presque toutes les cellules, avec leurs caractères morphologiques, leur affinité pour certaines matières colorantes, on les retrouve encore dans les divers viscères et jusque dans les nerfs (Babès). Jusqu'ici ils n'ont pu être cultivés sur aucun milieu. Nous ne savons pas où ces bacilles peuvent vivre en dehors de l'homme. Aucun animal n'est sensible à l'inoculation et les inoculations faites chez l'homme en Scandinavie, en Sicile par N. Profeta ont donné des résultats négatifs. Il est vrai que les tentatives sont déjà anciennes et n'ont pas été faites avec le même art qu'on y emploierait aujourd'hui. Nous ignorons même si les bacilles qui foisonnent dans les nodules cutanés sont vivants ou morts, s'il n'y en a pas une infinité de morts à côté de quelques vivants. Enfermés dans la peau ils ne peuvent être mis en liberté que par les ulcérations, les excoriations et l'on peut supposer que des linges tachés, que des objets souillés par eux serviront à porter la contagion. En somme, à défaut de données expérimentales, nous en sommes réduits à l'observation pure des malades; nous sommes, en ce qui touche la lèpre, au même point où nous étions, il y a trente ans, à propos de la tuberculose. Sa contagiosité est très difficile à établir, car les preuves directes et irréfragables nous font défaut.

Ces réserves faites, permettez-moi de vous citer des observations prises en France, dans le département des Alpes-Maritimes et où l'on voit des cas de lèpre se multiplier au voisinage des lépreux.

MM. Chantemesse et Moriez ont rapporté quelques observations cliniques qui peuvent se résumer de la façon suivante :

D'après une tradition fort répandue sur la côte de la Méditerranée, c'est à l'occupation de la Ligurie par les Sarrasins que remonte l'importation de la lèpre dans la Rivière de Gênes. La maladie se serait introduite à la Turbie, dans le comté de Nice, apportée par une famille venue de la Ligurie, au milieu du quatorzième siècle. Quelques villages avoisinants furent dès lors successivement infectés.

Dès ce moment, l'idée de la contagion de la lèpre avait tellement pénétré dans l'esprit des populations que les fils d'une famille simplement suspectée de lèpre étaient exclus de l'armée par les lois du gouvernement sarde. Quelques années avant l'annexion française, le gouvernement fit exécuter une véritable razzia de tous les lépreux pour les interner dans un asile spécial récemment créé à San Remo. A la suite de cette mesure, les cas de lèpre avaient considérablement diminué. Depuis l'annexion française, l'absence de toute mesure d'hygiène publique a permis une recrudescence de la maladie. C'est dans les villages où règne encore la maladie que MM. Chantemesse et Moriez ont recueilli l'histoire de quelques familles de lépreux.

Observation I. — Mme X..., issue de parents non lépreux, a été mise en nourrice à Eze, chez une femme qui appartenait à une famille de lépreux et qui a présenté des manifestations cutanées caractéristiques après avoir allaité Mme X... Celle-ci est devenue lépreuse à un âge avancé. Elle s'est mariée et deux de ses enfants (les derniers nés) sont morts lépreux. Ces deux enfants sont :

1° A... chez lequel la lèpre est apparue alors qu'il était au service militaire et qui a succombé aux progrès de la maladie à vingt-huit ans ;

2° B..., frère du précédent, est mort lépreux à cinquante ans. Marié, sa femme vit encore et se porte bien. Mais B... a eu longtemps des rapports intimes avec une femme C... venue du nord de la France, issue d'une famille saine. La femme C... et son fils sont devenus lépreux trois ans après.

Obs. II. — Famille Q..., issue de parents exempts de la lèpre, composée du père, de la mère et de cinq enfants tous bien portants, est allée s'établir de Nice à Saint-Laurent-d'Ele. Là, rapports quotidiens avec une famille de lépreux, repas en commun; après six ans de fréquentation, le père, la mère et les cinq enfants Q... sont successivement atteints et meurent de la lèpre.

Le père vient de mourir de la lèpre à l'hôpital de Nice.

Obs. III. — Jeune fille, originaire d'une famille de lépreux, quitte le domicile de ses parents à l'âge de douze ans et se place comme domestique, à Nice, chez l'officier comptable de l'hôpital militaire. Là, elle épouse un infirmier, robuste et sain. — Elle devint lépreuse à vingt-sept ans. Deux ans après la mort de sa femme, le mari fut atteint à son tour.

Obs. IV. — Une famille M..., vivant dans un village jusque-là respecté par la lèpre, prend un domestique lépreux. Autour de ce malade la contagion frappa peu à peu neuf personnes.

Après avoir rapporté ces faits intéressants, quelle conclusion faut-il tirer de ces exemples et de ceux portés à cette tribune par MM. Besnier, Vidal et Leloir?

C'est qu'on voit parfois un lépreux, une immigration de lépreux, devenir des centres autour desquels il se fait des foyers de lèpre. M. Le Roy de Méricourt admet lui-même que la cohabitation d'une femme saine avec un homme contaminé ou réciproquement peut engendrer la lèpre chez le conjoint jusque-là indemne.

Ce sont là des faits indéniables en faveur de la contagion, mais nos connaissances relatives à la biologie du bacille de la lèpre sont encore trop peu avancées pour en donner l'explication scientifique complète.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 juin 1888. — Présidence de M. Hérard.

CORRESPONDANCE

Infection puerpérale. — M. WIDAL adresse la note suivante :

Dans une lettre adressée à l'Académie et lue dans la dernière séance, M. Arloing, à propos d'une note présentée par M. Cornil en mon nom, le 29 mai dernier, sur l'infection puerpérale, rappelle une communication faite par lui à l'Académie des sciences, en 1884, sur des recherches commencées par M. Chauveau. Il dit s'être arrêté à des conclusions semblables aux miennes et avance que mes idées sur l'identité des formes de l'infection puerpérale ont été soutenues, à Lyon, depuis plus de quatre ans.

Or, les conclusions de M. Arloing sont uniquement basées sur l'expérimentation. Ayant retiré, des lochies, du pus et du sang de femmes mortes d'infection puerpérale sans autre désignation de provenance, le streptocoque déjà isolé et cultivé par M. Pasteur en 1879, il a déterminé, en l'inoculant à des lapins, des septicémies expérimentales diverses. De ces faits observés chez le lapin, M. Arloing, après M. Chauveau, tire cette conclusion absolue que les différentes formes de la septicémie puerpérale reconnaissent un seul agent qui, suivant son activité, produit l'une ou l'autre.

Dans notre note, il n'est pas question d'expérimentation sur ce sujet. Nous constatons l'identité de différentes variétés de l'infection puerpérale chez la femme en nous appuyant uniquement sur l'examen histologique et bactériologique que nous croyons avoir été le premier à pratiquer sur des femmes mortes de septicémie sans lésions et sans suppuration, ou d'infection à forme pseudo-membraneuse. Nous disons, en outre, que dans un cas nous avons trouvé, au lieu du streptococcus pyogenes, une bactérie spéciale.

Faisant allusion à notre conclusion sur l'érysipèle, M. Arloing s'exprime ainsi : « Quant à l'analogie que M. Widal admet entre le streptocoque de l'infection puerpérale, celui de l'érysipèle et de la suppuration, je l'avais entrevue après M. Chauveau et en même temps que M. Frænkel, en 1884, comme l'atteste le dernier passage de notre note à l'Académie des sciences; mais je n'ai pas poursuivi d'expériences particulières sur ce point de la question. »

Or, en relisant la communication faite par M. Arloing en 1884, nous trouvons, touchant les rapports de l'infection puerpérale et de l'érysipèle, une seule phrase, la suivante, qui n'est qu'une citation de Frænkel : « L'auteur est disposé à admettre des relations entre les cocci de l'érysipèle phlegmoneux et ceux de la péritonite puerpérale. »

Les expériences que M. Arloing n'a pas entreprises pour éclairer ce point de la question sont celles précisément qui ont été menées à bonne fin, par M. Doyen d'abord (Académie de médecine, 13 mars 1888) et par nous-même ensuite.

En résumé, à des idées qui règnent en clinique depuis fort longtemps, M. Arloing, après M. Chauveau, avait essayé de donner un appui expérimental. C'est la réalité de ces idées que nous croyons avoir démontrée par l'anatomie pathologique.

Nos conclusions n'ont pas avec celles de M. Arloing l'analogie qu'il a voulu trouver. Il affirme que l'infection puerpérale n'est due qu'à un seul microbe, et nous avons montré que les accidents infectieux puerpéraux pouvaient être produits au moins par deux organismes.

Enfin les faits sur lesquels s'appuient nos conclusions n'ont pas le moindre rapport avec ceux avancés par lui.

LECTURES

Chylurie. — M. LABOULBÈNE fait une communication sur un cas de chylurie. Il s'agit d'une malade venant du Brésil et dont les urines présentaient les caractères suivants : les urines de la nuit contenaient du sang et de la graisse; celles du matin étaient chyleuses, contenant un nombre assez considérable de leucocytes et de globules graisseux; celles de la journée étaient acides comme les précédentes, mais pâles, ne contenant ni hématies, ni leucocytes, ni graisse. M. Laboulbène a perdu cette malade de vue, mais son opinion est qu'il s'agit d'une affection parasitaire.

Sur la transmissibilité du tétanos traumatique de l'homme à l'homme. — M. BERGER rapporte deux observations, dont la seconde lui a été communiquée par M. Nélaton.

Le 20 janvier 1888, un homme, atteint de tétanos traumatique grave, consécutif à une brûlure profonde de la main, entre dans le service de M. Berger. Le 23, l'état du blessé ayant empiré, malgré la médication au chloral, l'amputation de l'avant-bras est pratiquée, mais auparavant M. Berger prend l'avis de M. Nélaton auquel il montre le malade. Celui-ci, après une amélioration assez marquée, meurt huit jours après l'opération.

M. Nélaton, en sortant du service de M. Berger, rentre dans ses salles et aussitôt, après avoir pris les précautions antiseptiques ordinaires, il panse un jeune garçon, entré trois jours auparavant avec une plaie contuse de la cuisse. M. Nélaton n'avait pas touché le tétanique, mais il s'était appuyé sur son lit; il ne peut du reste affirmer que ses élèves aient pris les mêmes précautions que lui. Quoi qu'il en soit, le petit blessé en question est atteint du tétanos sept jours après. Il guérit en un mois environ, grâce à la médication au chloral employée avec vigueur, dès le début.

Malgré les précautions antiseptiques prises par M. Nélaton, précautions dont l'efficacité à l'égard de l'infection tétanique, si celle-ci existe, est au moins problématique, M. Berger pense que la transmission du tétanos du premier blessé au second est ici nettement indiquée. Il rappelle les exemples analogues de transmission du tétanos de l'homme à l'homme, qui ont été réunis par M. Verneuil dans ses recherches sur la nature, l'origine et la pathogénie du tétanos, et principalement les épidémies de maison et d'hôpital qui ont été publiées.

Le fait présent est, en outre, confirmatif des opinions de M. Verneuil, sur l'origine équine du tétanos : le premier des tétaniques, dont M. Berger rapporte l'observation, allait tous les jours à l'écurie, après sa blessure, pour y prendre de l'avoine.

M. Berger a réuni, à ce point de vue, les documents étiologiques relatifs aux six cas de tétanos traumatique, qu'il a soignés jusqu'à présent. Quatre de ces blessés, soit par le mode de production de la plaie, soit par leur habitation ou leurs habitudes, étaient, au moment de leur blessure ou depuis lors, en relation avec des chevaux. Chez un cinquième, la contagion de l'homme à l'homme était vraisemblable. Chez le dernier, il n'y avait pas

de relations avec les chevaux, mais un contact tellurique indiscutable.

Ces faits viennent donc à l'appui de la doctrine de M. Verneuil; ils paraissent concorder avec l'hypothèse d'une origine infectieuse du tétanos, et deux d'entre eux semblent indiquer sa transmissibilité de l'homme à l'homme. (Comm. : M. Verneuil.)

RAPPORTS

Traitement des épistaxis par les irrigations d'eau chaude. — M. EMPIS fait un rapport sur une communication de M. Alvin (de Saint-Étienne), relative à l'emploi d'irrigations d'eau chaude dans les narines pour combattre les épistaxis. Il fait observer que l'emploi du calorique en thérapeutique n'est pas nouveau. L'action de l'eau chaude, pour arrêter les hémorrhagies, est connue depuis longtemps et l'on sait tout le parti qu'on en tire aujourd'hui en chirurgie. Il n'y a donc pas lieu d'accorder, à ce point de vue, de priorité à M. Alvin, qui, du reste, ne fait aucun historique de la question et se contente de faire connaître le manuel opératoire qu'il emploie. A l'aide d'une poire insufflatrice de son invention, il fait dans les narines des irrigations continues d'eau maintenue à la température de 50 à 53 degrés. Cette irrigation est faite avec une vitesse qui donnerait un courant d'une colonne d'eau de 1 mètre à 1m 1/2. Elle dure habituellement de trois à cinq secondes. En procédant ainsi, M. Alvin est toujours arrivé à arrêter les épistaxis. Il communique, à l'appui, quinze observations, toutes suivies de guérison.

Il a appliqué également l'emploi de l'eau chaude au traitement des hémorrhoïdes. Il met sur le bourrelet hémorrhoïdaire une éponge imbibée d'eau à 50 ou 60 degrés. M. Empis propose de renvoyer ce travail à la Commission du prix Barbier.

Des moyens de combattre l'alcoolisme. — M. LANCEREAUX fait un rapport sur un mémoire manuscrit, adressé par M. Desbouvrie (de Roubaix) qui, pensant que l'alcoolisme chronique n'est que le résultat de la consommation d'alcools impurs, en conclut qu'il faut protéger la santé publique de l'empoisonnement par ces alcools. C'est, selon lui, bien plus dans le progrès industriel que dans les lois fiscales et pénales, qu'il faut chercher le remède. En attendant que les gouvernements aient pris des mesures sanitaires dans ce but, M. Desbouvrie propose deux moyens, dans le but de diminuer le nombre des victimes de l'alcool. Le premier consiste en tablettes de chocolat renfermant environ 4 grammes d'albumine. L'ingestion d'une de ces tablettes, avant la consommation d'alcools impurs, aurait pour effet d'en prévenir les inconvénients. Il a fait sur lui-même des expériences qui ne lui laissent aucun doute à ce sujet. Ces tablettes, ajoute M. le rapporteur, en admettant qu'on arrive à les faire admettre par la classe ouvrière, pourraient préserver des mauvais effets immédiats des alcools impurs; mais elles ne sauraient éviter les effets médiats qui sont les plus graves, à savoir les phénomènes de l'alcoolisme chronique.

Le second moyen, proposé par M. Desbouvrie, consisterait à ne tolérer dans les débits de spiritueux que des verres de capacité minime. Il ne se dissimule pas qu'on prendra trois petits verres au lieu d'un, mais il pense que, pendant l'absorption du premier verre, les glandes salivaires fabriqueront le liquide nécessaire à la dilution du second verre et ainsi de suite.

Les moyens proposés par M. Desbouvrie, ajoute M. Lancereaux, ne sont certainement pas sans valeur, mais ils sont insuffisants et d'une application difficile.

Toutefois, M. Lancereaux pense, plus que personne, qu'il y a lieu de chercher à débarrasser les alcools de toutes les substances nuisibles qu'ils peuvent renfermer. En admettant que ce problème soit résolu, le fléau de l'alcoolisme serait-il par cela éteint? M. Lancereaux ne le croit pas, car, pour lui, les alcools, même les meilleurs, ne sont pas exempts de dangers. Il faut surtout combattre ces préjugés, que le vin et les liqueurs alcooliques sont nécessaires à la nutrition, donnent des forces, et qu'il est impossible de s'en passer. Ces convictions sont fausses et, de plus, désastreuses dans leurs résultats. Les populations les plus robustes sont précisément les plus sobres. Il appartient donc aux gouvernements de combattre ces préjugés et de favoriser une éducation saine qui permette à l'ouvrier de se convaincre que pour travailler longtemps, sans trop de fatigue, pour conserver sa santé et vivre sans infirmités, le mieux est d'éviter l'usage des boissons alcooliques et de n'en user que modérément.

DISCUSSION SUR LA LÈPRE

M. VIDAL rappelle que lors de la discussion de 1885, il était à peu près seul à soutenir que la lèpre était transmissible. Depuis cette époque, dit-il, les idées contagionnistes, déjà très répandues, ont fait de rapides progrès. Et M. Vidal précise les positions occupées en ce moment par les adversaires qui ont pris part à la discussion actuelle en disant :

Dans son traité de la lèpre, M. Leloir démontre que la propagation ne peut s'expliquer, pour tous les cas, ni par l'hérédité, ni par les conditions locales ou individuelles, et que la contagion du malade à l'homme sain ne peut être contestée. C'est la même thèse qu'a soutenue M. Besnier dans son remarquable rapport où il réfute, avec tant de clarté et de précision, les objections sérieuses, qu'il n'y a guère plus place pour le doute, en ce qui concerne la transmissibilité.

M. Le Roy de Méricourt lui-même semble se convertir ou tout au moins préparer sa conversion, puisqu'il ne nie plus absolument, puisqu'il avoue même qu'il faut accorder à la contagiosité une part restreinte dans la propagation de la lèpre. M. Le Roy de Méricourt estime que les faits rapportés par MM. Leloir, Brocq (*Annales de dermat.* 1885), Besnier, subsistent entièrement et défient les attaques des anti-contagionnistes. Les preuves, dit-il, peuvent être tirées :

1° De la nature parasitaire de la lèpre;

2° Des faits bien avérés de transmission d'un lépreux à l'homme sain;

3° De la marche des épidémies de lèpre et de la possibilité de les enrayer par des mesures prophylactiques, sérieusement exécutées.

Tel est le plan d'argumentation suivi par M. Le Roy de Méricourt. Pour les dermatologistes modernes le bacille de Hansen est regardé comme la cause des tubercules et des autres lésions de la lèpre, absolument comme le bacille de Koch est admis comme cause des lésions de la tuberculose. Quelles que soient la difficulté et les conditions encore mal connues de sa transmission, le bacille de Hansen est l'organisme pathogène de la lèpre.

M. Le Roy de Méricourt expose ensuite les faits bien avérés de transmission du mal d'un lépreux à l'homme sain. Enfin, étudiant la marche des épidémies, il montre la possibilité d'en enrayer le cours par des mesures prophylactiques sérieusement exécutées, et il conclut à la réalité de la contagiosité de la lèpre.

M. LE ROY DE MÉRICOURT garde ses convictions comme les contagionnistes gardent les leurs. Il ne se dissimule pas avoir fait, dans sa communication, œuvre de réactionnaire, œuvre toujours ingrate. Quoi qu'il en soit, il fait observer qu'aucun de ses adversaires n'a pu lui montrer un seul exemple de transmission de la lèpre.

Il communique, en outre, à l'Académie, deux lettres qu'il a reçues : l'une de M. le docteur Zambaco (de Constantinople), qui a visité tous les pays où règne la lèpre, et qui déclare formellement n'avoir pas rencontré un seul exemple avéré de contagion ou de transmission; il admet d'ailleurs parfaitement l'hérédité. L'autre lettre est de M. le docteur Lacaze, qui dit n'avoir jamais constaté que les infirmières qui soignent les lépreux fussent atteintes de la lèpre, et qui déclare que, pour lui, la contagion de la lèpre n'existe pas. Il admet également l'hérédité.

M. CORNIL. (Voir plus haut, p. 659.)

COMITÉ SECRET

A cinq heures l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Gariel sur les candidatures au titre de

correspondant national (quatrième division). Les candidats ont été classés dans l'ordre suivant :

En première ligne, M. Barnsby (de Tours); en deuxième ligne, M. Charpentier (de Nancy); en troisième ligne, M. Soubeyran (de Montpellier); en quatrième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Balland, Fleury et Lacour-Eymard.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel en date du 19 juin 1888, le nombre des places d'agrégés près les Facultés de médecine, mises au concours par l'arrêté du 13 juin (voir *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 646), est porté de vingt-huit à vingt-neuf.

Cette vingt-neuvième place sera comprise dans la section des sciences physiques (physique) et sera réservée à la Faculté de médecine de Paris.

— La troisième épreuve — épreuve clinique — du concours pour la nomination à trois places de médecins des hôpitaux de Paris, s'est terminée lundi soir. Les dix candidats admis à subir les épreuves définitives sont : MM. Babinski, Béclère, Charrin, Delpeuch, Dreyfous, Gilbert, Hirtz (Hippolyte), Marie, Mathieu et Netter.

— Les questions données à l'épreuve orale du concours pour la nomination à deux places de chirurgiens des hôpitaux de Paris sont : 1° Diagnostic et traitement des kystes hydatiques du foie; 2° Des angiomes. — La dernière épreuve [définitive — épreuve clinique — commencera vendredi prochain ; elle aura lieu à quatre heures à l'Hôtel-Dieu.

— M. le docteur Josset est nommé adjoint au maire du XVIII[e] arrondissement de Paris.

— A la demande du Consistoire israélite de Paris, MM. les docteurs Duplay, Klein, Leven, Périer, Marc-Sée et Worms se sont réunis sous la présidence de M. Zadoc Khan, grand rabbin de Paris, pour étudier les modifications à introduire dans le règlement de la circoncision. A cinq voix contre une, nos confrères ont rejeté le procédé de la succion; ils ont proposé de rétablir le poste d'inspecteur de la péritomie, supprimé l'article limitant le nombre des péritomistes à Paris et précisé les soins de propreté que doit prendre l'opérateur. Enfin, M. Duplay a été chargé de formuler le manuel de l'opération et du pansement.

— La Société d'ophthalmologie de Paris s'est définitivement constituée le 12 juin dans une seconde réunion préparatoire, tenue à la mairie du II[e] arrondissement. Trente-cinq membres se sont fait inscrire. Trente sont membres fondateurs, les cinq autres, auxquels leur qualité d'étranger ne permettait pas d'accorder le titre de fondateur, ont été nommés membres titulaires.

Le bureau de la nouvelle Société est constitué comme il suit : président, M. Chevallereau ; vice-président, M. Chauvel; secrétaire général, M. Gorecki; secrétaires annuels, MM. Valude et Despagnet; bibliothécaire archiviste, M. Hubert; trésorier, M. Duboys de la Vigerie.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Gosset (de Fécamp) et Paul Magnien, chirurgien des hôpitaux de Saint-Étienne.

— M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste au Muséum, fera sa prochaine excursion géologique publique, le dimanche 24 juin 1888, à Chaumont-en-Vexin.

Le rendez-vous est à la gare Saint-Lazare, où l'on prendra, à six heures cinq minutes, le train pour Liancourt-Saint-Pierre. On sera de retour à Paris à cinq heures et demie. Se faire inscrire au laboratoire de géologie du Muséum avant samedi soir, quatre heures.

De l'ulcère simple de l'œsophage, par le docteur Serrez. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, ancienne maison Delahaye et Lecrosnier; Lecrosnier et Babé, successeurs.

Le Directeur-gérant : D[r] E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 72. — SAMEDI 23 JUIN 1888. 61e ANNÉE. SAMEDI 23 JUIN 1888. — N° 72.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Du traitement abortif de la syphilis.

Par M. A. MOREL-LAVALLÉE,
Chef de clinique de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis.

Cette question vient d'être remise, en France, à l'ordre du jour par deux leçons professées dans cette année scolaire 1887-1888, — l'une à Alger, par M. A. Gemy, à l'ouverture de son cours à l'École de médecine de cette ville; — l'autre il y a quelques jours à l'hôpital Saint-Louis, par M. le professeur Fournier.

Or, l'étude des documents publiés sur ce sujet et les résultats de leur pratique personnelle ont conduit le sympathique et savant professeur d'Alger et le maître de Saint-Louis à des conclusions opposées.

Sans reprendre *ab ovo* l'historique de la question, rappelons avec M. Fournier qu'on avait depuis longtemps cherché à réaliser le « traitement abortif de la syphilis » par une foule d'opérations qui toutes ressortissaient à l'une ou à l'autre de ces deux méthodes : A. *Faire le blocus* du chancre; — B. Le tuer sur place.

Pour atteindre le premier but, on a fait — qui la section des lymphatiques efférents; — qui, des frictions, des injections mercurielles ou iodées dans tout le département lymphatique; — qui, la ponction des ganglions et l'injection d'iode ou de sublimé à leur intérieur; — qui, l'évidement, l'extraction des ganglions. En théorie, cette dernière opération était la seule sérieuse, mais elle est inapplicable en fait, vu les délabrements énormes qu'elle nécessiterait, la difficulté d'enlever à coup sûr une vingtaine de ganglions (inguinaux), dont plusieurs sont à peine visibles à l'œil nu, — et attendu qu'habituellement l'adénopathie chancreuse est bilatérale.

Pour supprimer le foyer morbide initial, voyons ce qu'on a tenté :

1° La cautérisation du chancre; elle a échoué entre les mains de Parker sur un chancre *de deux heures*;

2° La cautérisation *spécifique* du chancre, par exemple, avec le sublimé (Hallopeau); elle a échoué;

3° L'ablation du chancre.

I

Tous ces essais ayant été infructueux, on avait vu s'établir à peu près sans conteste l'opinion de l'*infection générale immédiate*, suivant laquelle *le chancre n'est que le premier des accidents secondaires* (Ricord, Fournier), d'où cet axiome que l'excision du chancre, étant inutile, est blâmable, d'autant qu'elle n'est pas exempte de tout danger.

On en était là lorsque les notions contemporaines sur le parasitisme infectieux vinrent révolutionner la pathogénie générale.

Dès lors la théorie du chancre, auteur et foyer de l'infection générale *consécutive*, retrouva des partisans.

On écrivit à nouveau que le chancre peut être réinoculable au porteur [auto-inoculations citées par Gaillenier et Diday; réinoculations expérimentales de Sperino, Bumm, Diday, Pontoppidam] (1). On objecta l'absence de réaction de l'organisme pendant la première incubation, véritablement étrange si elle coïncidait avec l'envahissement total de l'économie; le fait de l'apparition constante, invariable, du chancre au lieu d'inoculation, chose incompréhensible si la sclérose initiale est le produit d'une infection générale; Lorenzo Maninno insista sur la non-infection du fœtus de la femme qui contracte la syphilis après le septième mois de sa grossesse (2), ce qui, dit-il, est un point capital pour exclure la généralisation de la syphilis dans l'organisme humain... [Gémy] (3).

Il est certain que la théorie de l'infection consécutive *par le chancre* s'harmoniserait mieux que l'autre avec les idées régnantes, mais elle ne pourrait en tout cas bénéficier de l'argument qui précède, car il sera tout aussi extraordinaire alors de voir que l'infection générale, attestée par des accidents multiples seulement quarante-cinq jours plus tard, est déjà accomplie dans les douze heures d'existence que l'excision a laissées au chancre, dans le cas par exemple de Rasori.

La lumière n'est donc point encore faite au point de vue doctrinal, *grammatici certant*; mais voyons ce que nous donne

(1) Gémy. *Leçon d'ouverture*, 1887-88, Alger.
(2) Les statistiques hospitalières de M. le professeur Fournier ne permettent pas de considérer le fait comme constant, ni absolu.
(3) *Loco citato*.

la pratique, et étudions uniquement les observations contemporaines.

C'est en 1877 que le mémoire d'Auspitz venait remettre sur le tapis l'excision du chancre; puis parurent les leçons de M. H. Leloir, le traité de Neisser (1), et enfin un mémoire de Crivelli (1887). Auspitz annonçait 18 succès sur 33 excisions; Crivelli a réuni en tout 454 cas. Voilà les éléments que nous possédons pour juger sur quoi repose cette méthode de l'*éradication de la syphilis* (Diday). Nous ne pouvons ici mieux faire que de suivre l'argumentation éloquente et serrée de M. le professeur Fournier.

Étudiant d'abord les résultats obtenus *localement*, l'éminent médecin de Saint-Louis constate qu'ils sont bons, c'est-à-dire que la plaie opératoire guérit facilement; mais le chancre, lui aussi, guérit facilement, et même spontanément! En outre, il y a des complications possibles : c'est d'abord une hémorrhagie en nappe qui peut être incoercible et de la dernière gravité; ensuite, c'est la reproduction éventuelle, et à plusieurs reprises même, de l'induration au niveau de la cicatrice opératoire.

Mais voyons les résultats généraux, car c'est là le point important : sur les 454 cas de Crivelli, nous trouvons :

Succès, 102; insuccès, 339. Reste 1 cas douteux.

Cela ferait donc environ 1 succès sur 4,4 cas; mais, dirons-nous après M. le professeur Fournier, l'énorme majorité de ces observations n'est pas démonstrative; pourquoi?

D'abord cette liste contient des cas fournis par des médecins *unicistes*; on ne peut donc en tenir compte. Ensuite nombre de cas où l'incubation est donnée comme ayant été très courte stupéfient de prime abord : sur les 18 succès d'Auspitz, dix fois l'incubation avait été inférieure à dix jours; ce n'étaient donc pas des chancres syphilitiques. Dans d'autres observations, les malades n'ont pas été surveillés suffisamment dans la suite; enfin, il est exceptionnel qu'on ait songé à faire une confrontation.

Le *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle* contient six cas plus récents d'excision qu'une sage critique ne permet encore d'accepter que sous bénéfice d'inventaire (2).

Il est *possible* que, dans quelques-uns des faits précités, on ait, par l'excision, réalisé l'arrêt de l'infection, mais cela n'a pas été démontré d'une façon péremptoire, même pour une seule observation.

Il y a plus : dans la presque totalité des cas où la confrontation a montré l'existence de la vérole chez le « partner contaminateur », l'excision a échoué (Mauriac [5 cas], Gibier, Rasori).

Et qu'on ne vienne pas dire que l'insuccès a tenu à l'âge trop avancé du chancre; à ce que l'opération n'avait pu arriver avant le bubon. M. Mauriac a excisé un chancre de cinquante à cinquante-six heures, gros comme une tête d'épingle, sans induration, ni adénopathie; insuccès. Il a enlevé un autre chancre de quarante-huit heures; même insuccès. Voici encore une observation due à Rasori : à la suite d'un rapport reconnu à bon droit suspect (3) l'apparition de l'érosion redoutée était épiée d'heure en heure par le sujet intéressé, quand le matin du vingt-huitième jour celui-ci, qui, la veille à minuit, n'avait rien aperçu, vient montrer à Rasori une tache rouge papuleuse siégeant sur la muqueuse préputiale. Quelques heures après on excise ce chancre, âgé par conséquent d'au plus douze heures... Quarante-huit jours après, roséole et plaques muqueuses gutturales.

Alors l'excision est condamnée, puisqu'elle n'empêche pas la vérole? C'est aller trop vite, et voici venir d'autres considérations devant lesquelles il y a lieu de s'arrêter.

Les « syphilobes » introduits en un point de l'organisme, dit M. Gémy, se conduisent comme un corps de débarquement, avec cette différence qu'au lieu de demander des renforts à la mère-patrie, ils se les procurent eux-mêmes en proliférant.

Le temps qui constitue la première incubation est donc employé par le parasite à se multiplier sur place, et la durée de cette incubation, variable de quinze jours à un mois, pourrait indiquer le nombre de parasites qui a été inoculé. (C'est toujours M. Gémy qui parle.)

Dès que la prolifération parasitaire est suffisante, l'attaque de l'organisme commence d'abord sur le point de pénétration, et la papule initiale se montre pendant que le syphilome primaire se constitue.

Il semble, en effet, que, sous l'influence de l'attaque parasitaire, « les cellules embryonnaires vulgaires provenant des vaisseaux se transforment rapidement en cellules fusiformes allongées et ramassées sur elles-mêmes, avec un petit noyau mince et un protoplasme relativement abondant. Le développement vasculaire est proportionnel à la masse des cellules, de sorte que ce tissu nouveau représente un degré très élevé de néo-formation inflammatoire (Neisser, p. 28). »

Les premières hostilités se traduisent donc par la papule, qui bientôt s'ulcère, et la prolifération cellulaire qui constitue la sclérose (Gémy).

Mais est-il bien certain que, lorsque le chancre se montre, l'organisme ne soit pas infecté? Le chancre, au début, semble être un foyer local, mais ses *racines* le sont aussi (Diday, Leloir). Or, comme ces racines (1) peuvent être très nombreuses et très étendues, comme nous ne savons pas d'une façon précise l'époque à laquelle elles se développent, il est difficile de dire où s'arrête l'infection (Leloir).

Neisser pense même que les bactéries arrivent parfois directement et immédiatement dans la circulation générale; le chancre ne serait alors qu'un syphilome dont l'apparition précoce dépendrait seulement de l'accumulation plus considérable du virus en un point du tégument.

Si les microbes sont déjà dans la circulation générale, il faut donc renoncer à l'ablation de la sclérose initiale? Point; la production de celle-ci étant due, d'après cette hypothèse, à la plus grande abondance du virus au point d'inoculation, à la pullulation plus précoce du « syphilicoccus » en ce point, le chancre reste la grande usine à microbes, d'où vont, pendant un temps encore indéterminé, partir dans l'organisme de nouveaux corps d'invasion (2)

(1) *La syphilis bactérienne*, traduite et annotée par MM. Diday et Doyon.

(2) Voy. *Annales de dermatologie*, avril 1888. — Ce journal est de notre avis.

(3) *A bon droit*, parce que la confrontation eut lieu.

(1) Il s'agit ici des lésions des vaisseaux lymphatiques — et peut-être sanguins, — et de l'envahissement possible de proche en proche par le virus syphilitique du tissu cellulaire (Küss), origine du système lymphatique. — Nous avons dit plus haut ce que nous pensions de l'ablation des lymphatiques et des ganglions...

(2) Il y a là, du reste, plus qu'une simple vue de l'esprit : le point qui a vu naître le chancre semble exercer pour longtemps une mystérieuse attraction sur les déterminations ultérieures de la syphilis; nous n'en voulons pour preuves que la *transformation in situ* du chancre en papule muqueuse; la *réulcération du chancre*, le *pseudo chancre redux* de

— pour revenir à la pittoresque comparaison de M. Gémy — tandis que les premiers partis se sont attardés dans l'occupation du territoire (lymphatique) attaqué et se sont pour un instant arrêtés à la première étape ganglionnaire. Dès lors, ainsi qu'on ampute avec succès une tumeur blanche à un tuberculeux pulmonaire, si l'on enlève le chancre, on supprimera le plus fort foyer de l'infection, on retardera la généralisation de celle-ci, on diminuera la dose de virus, on aura chance d'atténuer la syphilis...

II

Atténuer la vérole ! C'est derrière cet espoir que se retranchent les partisans malheureux de l'excision, qui espèrent arriver à ce résultat en supprimant le syphilome primaire, considéré comme un *nid d'infection*. Certes cette conception n'a rien de déraisonnable en soi, mais ici nous planons en pleine hypothèse. Sans vouloir examiner là ce qu'est une vérole grave, ce que peut être une vérole atténuée (question que nous nous efforcerons de résoudre dans un article ultérieur), nul ne peut affirmer qu'il a affaire à une syphilis atténuée. Veut-on dire par là que l'on constate une syphilis secondaire bénigne? Mais, d'après M. le professeur Fournier, dix-neuf fois sur vingt la période secondaire est bénigne, alors que la fin de la maladie peut être tout aussi bien tragique. Dira-t-on qu'elle est atténuée, cette syphilis qui, après n'avoir provoqué que deux ou trois poussées de syphilides la première année, viendra, au bout de deux, cinq, dix, trente ans, réclamer sa créance sous le formidable appareil d'une artérite cérébrale, du tabes, de la pseudo-paralysie générale ?

Allons plus loin encore ; on sait dès à présent que des syphilis graves ont suivi l'excision [Observation de Mauriac ; observation de Neumann (1)].

De tout ce qui précède que faut-il donc conclure ? Que les maîtres qui nous ont précédés étaient dans le vrai, que l'excision est inutile et, partant, condamnable? Nous n'irons pas jusque-là : d'abord parce qu'en médecine, pas plus que dans les autres sciences « non exactes », on n'a le droit de dire JAMAIS ; parce que les théories sur lesquelles s'appuie l'infection *consécutive, rayonnant du chancre*, sont en harmonie avec les notions désormais établies sur les maladies infectieuses ; puis, faut-il le dire, parce qu'il reste là une lueur d'espoir et que, sur le domaine expérimental, il n'est jamais interdit d'espérer.

III

En revanche, si nous n'avons pas le courage de répudier encore la méthode dite abortive, réclamons avec M. Fournier un supplément d'enquête; demandons qu'on fasse table rase d'observations antérieures qui ne sont pas démonstratives, et, les expériences à venir, entourons-les de garanties scientifiques qui les rendent indiscutables; ces desiderata seront atteints si on se conforme *à la totalité* des préceptes suivants, que notre maître a récemment formulés dans une leçon clinique.

1° NÉCESSITÉ DE LA CONFRONTATION. — Tout repose sur elle ; elle seule, en effet, permet de prévoir l'éclosion du chancre, de l'épier d'heure en heure, grâce à la durée connue de l'incubation ; de supposer de nature syphilitique l'érosion minime et d'aspect banal, qui ne s'indurera et n'éveillera d'adénopathie qu'au bout d'une dizaine de jours, alors que, de l'aveu de tous, il sera trop tard pour tenter l'éradication de la syphilis.

2° MENTION D'UNE INCUBATION DE TROIS A SEPT SEMAINES. — La moyenne bien connue de l'incubation est de vingt-cinq à vingt-sept jours (Fournier), avec un minimum de quinze jours environ. Si donc, malgré une confrontation positive, un sujet présente une érosion apparue cinq jours après le rapport infectieux (*possiblement* infectant), on peut exciser cette érosion ; bien que le malade ait eu rapport avec une femme syphilitique, son érosion n'est rien moins qu'un chancre syphilitique ; c'est peut-être un chancre simple à début inobservé, un herpès solitaire, une déchirure banale ; mais c'est *tout, sauf un chancre syphilitique*.

Réciproquement, si le délai maximum attribué à la période d'incubation est exagérément dépassé, on devra rejeter l'hypothèse de l'éclosion du syphilome primaire.

3° UNE OBSERVATION COMPLÈTE ET RAISONNÉE, laquelle devra être explicitement démonstrative sur plusieurs points, à savoir :

A. *Que le malade est vierge de tous antécédents spécifiques*, héréditaires ou acquis. Il est clair que si l'on excise, soit un herpès chez un ancien syphilitique, soit une syphilide papulo-érosive isolée, naissante, soit un syphilome chancriforme, il n'y a aucune raison pour que cette lésion soit suivie d'une explosion d'accidents syphilitiques généralisés.

B. *Que la lésion n'est pas un chancre simple*. — Il suffira, pour faire cette preuve, que la non-auto-inoculabilité au malade soit constatée.

C. *Que la lésion n'est pas un herpès*. — Là est la grosse, l'énorme difficulté. Mettons, en effet, les choses au mieux, c'est-à-dire au plus simple : un homme a eu un rapport, un seul rapport, avec une femme, sur laquelle il a, aussitôt après, constaté des plaques muqueuses ; dix-huit jours, vingt-trois jours, vingt-cinq jours après apparaît sur son gland une érosion grosse comme une tête d'épingle. Certes on a le maximum de chances, logiquement, pour que ce soit là le début d'un chancre ; mais journellement il arrive qu'on s'expose à un contact virulent, sans être *ipso facto* contaminé ; et si cet homme est sujet à l'herpès (et même s'il n'en a jamais présenté), de quel droit affirmer qu'il ne lui est pas venu un bouton d'herpès, juste *vers l'époque* correspondant à la fin de l'incubation. Et qu'on ne dise pas que c'est là ergoter sur les mots ou sur les faits ; que l'on songe à l' « herpès prémonitoire » de Cusco, à l' « herpès symptomatique » de Fournier, dont l'éclosion, devançant la sclérose initiale, se trouve ainsi assister, préluder à l'aurore d'une syphilis naissante ! Tout ce qu'on peut dire, c'est qu'il est moralement très probable qu'on a affaire à un chancre, mais c'est tout. Auspitz s'est bien contenté d'incubations de dix jours pour affirmer des succès qu'a récusés, pour ce seul fait, M. le professeur Fournier.

En vertu de quel droit, par contre, reprocherez-vous à

M. le professeur Fournier (syphilomes chancriformes de Leloir); c'est ce dernier qui, se manifestant sous la forme d'une induration rouge sombre, simplement érosive des organes génitaux, et souvent à la place même où avait jadis siégé ce chancre, a si souvent imposé pour une *syphilis doublée*, et cela d'autant plus aisément que ces syphilomes durs, véritables gommes scléreuses nodulaires (Fournier), sont parfois suivis d'une poussée cutanée de la syphilis (Leloir). — Aussi est-il des syphiliographes qui se demandent si le fait pour une région d'avoir possédé la sclérose initiale ne constitue pas une cause d'appel ultérieur des syphilides sur son territoire. — Le professeur Fournier est opposé à cette manière de voir.

(1) *Semaine médicale*, avril 1888.

un médecin de ne pas se contenter de raisons morales pour faire un diagnostic positif en faveur de la syphilis, alors que MM. Ricord et Fournier proclament que, dans certains cas, fort rares à la vérité, le diagnostic du chancre et de l'herpès solitaire ou d'une lésion banale, est impossible jusqu'à l'apparition des symptômes secondaires? Dans les premiers jours surtout, RIEN objectivement ne permet d'*affirmer* le diagnostic, pas même le *signe de l'expression du suc*, que nous avons, cette année même, dans le service de notre excellent maître M. Fournier, trouvé complètement en défaut à propos d'un cas des plus difficiles. Rien ne permet d'affirmer le diagnostic, jusqu'au jour où l'induration vient soulever et soustendre l'érosion, et où les ganglions commencent à se prendre. Mais alors, il est trop tard. Dans les six observations dernières de L. Mannino, l'auteur note quatre succès (*les deux tiers*) et deux insuccès. Dans les quatre succès il n'y avait pas encore d'adénopathie.

On voit combien il est grave de se prononcer dans un sens ou dans l'autre, puisque, malgré toutes les précautions requises, l'esprit hésite encore. Voici le dernier point du programme à remplir :

4° SURVEILLANCE PROLONGÉE DU MALADE APRÈS L'OPÉRATION, surveillance d'au moins six mois (Fournier). Quelles sont les limites extrêmes de la seconde incubation, celle qui précède les accidents secondaires? Nous trouvons textuellement ce qui suit dans une leçon de M. Leloir (1). « On a vu cette durée monter à soixante jours (Fournier), soixante-dix jours (Diday), quatre-vingt-dix jours (Mauriac), cent jours (inoculations expérimentales de Lindwurm), cent trente jours (inoculations de Rinecker), cent soixante-dix jours (inoculations de l'anonyme du Palatinat), cent cinquante-[illegible] jours (inoculations de Vidal). Nous possédons quelques données sur les conditions qui paraissent augmenter la durée de cette période du syphilome primaire. MM. Diday et Doyon, Neisser, ont signalé le phagédénisme comme pouvant retarder l'explosion des accidents secondaires. Il semblerait que cette durée soit plus longue chez les syphilitiques soumis de bonne heure au traitement spécifique (Keyes, quatre mois). Une maladie intercurrente peut retarder, d'une façon parfois notable, l'explosion des accidents secondaires. Exemple : le malade que vous avez vu dans notre service, chez lequel une fièvre jaune semble avoir retardé de NEUF mois l'explosion des accidents secondaires. »

Voici cette observation, très importante en outre, au point de vue de la gravité de la syphilis chez les paludéens.

« Julien C... trente ans, peigneur de lins, très vigoureux, s'engage, à l'âge de vingt ans, au service de la Hollande pour les Indes Néerlandaises. Il débarque à Java en 1876. En 1877, fièvres paludéennes, type tierce, qui furent traitées dès le début par le sulfate de quinine, mais qui revenaient encore de temps en temps (en 1878, 1879, 1880, 1881, 1882, 1883, 1884, etc.). En janvier 1882, il contracta un chancre infectant de la face dorsale de la verge, dans la rainure balano-préputiale à gauche. Ce chancre a laissé une cicatrice blanchâtre superficielle. En même temps, il y eut engorgement non douloureux des ganglions inguinaux. Environ un mois au plus après l'apparition du chancre, il était encore complètement indemne de tout accident secondaire (le malade est très intelligent et s'est observé minutieusement). Or, à cette époque, c'est-à-dire un mois après l'apparition du chancre, il contracta la fièvre jaune. Il dut garder le lit huit mois. Pendant cette époque, il l'affirme catégoriquement, il s'est observé et on l'a observé avec soin, il ne serait survenu aucun accident secondaire. Ce n'est qu'à la fin de la convalescence de cette fièvre jaune, c'est-à-dire huit à neuf mois après l'apparition du chancre, que se montra la roséole syphilitique (que le malade attendait chaque jour, sachant très bien par ses camarades du régiment ce qu'est la vérole). Quelques jours après, céphalée, plaques muqueuses de la gorge et de l'anus, chute des cheveux, etc. Les accidents syphilitiques ultérieurs furent très graves... »

..... Remarquons qu'il n'existe pas de rapport précis entre la durée de l'incubation du chancre et celle de l'époque d'apparition des accidents secondaires. Il n'y a pas non plus de corrélation précise entre la nature du liquide virulent (sang, pus chancreux ou de plaque muqueuse) et la durée de l'incubation (Anonyme du Palatinat).

Après la lecture de ces pages, qui osera blâmer les médecins prudents qui, sans se laisser séduire, entraîner par l'attrait du côté théorique, ne sont pas encore convaincus de la possibilité réelle de l'éradication, et tout en ne demandant pas mieux que de se laisser convaincre, réclament, à l'instar de M. le professeur Fournier, un supplément d'information? Quant à nous, nous ne pouvons en toute conscience que répéter ceci :

Adhuc sub judice lis est.

(1) *Progrès médical*, 3 avril 1886.

DE LA CASTRATION OVARIENNE
DANS LE TRAITEMENT DES FIBROMES UTÉRINS.

Par M. le Dr Paul SEGOND, chirurgien des hôpitaux.

En faisant connaître les résultats que m'a donnés la castration ovarienne dans le traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus, j'avais un double but : faire appel à l'expérience de mes collègues et leur soumettre mes réflexions personnelles sur cette importante question de pratique chirurgicale.

Les seuls fibromes pour lesquels je défends la castration, sont les fibromes de dimension moyenne ou petite qui réclament l'intervention, non point en raison des dangers qui résultent de leur volume, mais à cause des troubles fonctionnels ou douloureux qu'ils engendrent et particulièrement des hémorrhagies graves qu'ils provoquent. Je laisse de côté soit les fibromes très gros, kystiques ou sous-séreux pédiculés, pour lesquels l'ablation transpéritonéale est la seule intervention acceptable, soit encore les fibromes dont il est possible ou nécessaire de pratiquer l'ablation par la voie vaginale.

Dans ces conditions, je n'ai pas à discuter les remarques, très judicieuses d'ailleurs, que M. Richelot a faites sur les avantages de l'hystérectomie vaginale dans la cure de certains fibromes. Cette opération est parfaite dans certains cas déterminés, je ne l'ignore pas, mais elle est trop étrangère à la question pour que je m'arrête à la discussion de ses indications. Les mêmes réflexions s'appliquent aux détails qu'a fournis M. Polaillon sur le gigantisme utérin et sur le meilleur traitement qui lui convient. La question n'a

(1) Communication faite à la Société de chirurgie, séance du 13 juin 1888.

rien à voir avec le traitement des fibromes utérins par la castration.

Les remarques de M. Lucas-Championnière, sur le traitement des très gros fibromes, sont à leur tour assez éloignées du sujet. Toutefois, je tiens à relever, pour l'approuver entièrement, l'opinion de notre collègue sur la gravité particulière de l'hystérectomie abdominale. Je sais bien que cette opération peut, dans certaines conditions, donner des résultats encourageants. Ainsi, pour n'emprunter à ma pratique personnelle que les observations comparables, soit par le nombre ou les connexions des tumeurs, soit par le procédé opératoire adopté, je puis citer le relevé de six amputations supra-vaginales que j'ai pratiquées pour enlever d'énormes fibromes. Trois fois, j'ai réduit le moignon utérin après l'avoir suturé à la manière de Schrœder; trois fois, j'ai fixé le pédicule à la partie inférieure de la plaie abdominale. Les trois premières opérations m'ont donné une guérison et deux morts. Les trois opérées pour lesquelles j'ai adopté le traitement extra-péritonéal du pédicule ont merveilleusement guéri.

Sans être aussi brillante que celle de M. Tillaux, cette statistique est néanmoins satisfaisante. Mais je n'en suis pas moins convaincu de la haute gravité de l'ablation des gros fibromes par voie transpéritonéale, et, si j'insiste à mon tour sur ce fait; c'est que je tiens à protester avec énergie contre cette assertion de M. Polaillon, que la castration est plus grave que l'hystérectomie. Une castration trop laborieuse est à la vérité plus grave qu'une hystérectomie facile; mais, dans les conditions habituelles et toutes choses égales, d'ailleurs, il en est tout autrement. La castration, lorsqu'elle est d'exécution relativement simple, est incomparablement plus bénigne que l'hystérectomie la moins périlleuse. Ce fait capital est hors de toute contestation.

Ces premières considérations étant admises, j'en arrive aux points essentiels de la discussion. Les quelques dissidences sur lesquelles je dois m'expliquer portent sur un certain nombre de détails opératoires, sur la valeur de l'opération et sur ses indications; je vais donc envisager successivement ces trois côtés de la question.

A propos de la pratique même de l'opération, MM. Terrier, Lucas-Championnière et Richelot ont appelé l'attention sur la valeur des ligatures atrophiantes, sur le meilleur mode de suture de la paroi abdominale et sur les précautions à prendre pour éviter la désunion mécanique et secondaire de la cicatrice, accident sérieux dont nous avons donné, M. Terrier et moi, trois exemples.

Les ligatures atrophiantes, proposées par M. Terrier, constituent très probablement un expédient ou même une ressource de grande valeur. J'ai déjà préconisé cette pratique dans mon article sur les tumeurs de l'ovaire et je pense qu'elle est appelée à rendre les plus grands services. Par elle, nous verrons certainement diminuer le nombre des laparotomies simplement exploratrices et tout porte à penser que nombre de femmes, pour lesquelles nous ne pouvions rien jusqu'ici, trouveront dans la judicieuse application des ligatures atrophiantes des conditions indéniables de soulagement et peut-être de guérison.

A propos de la suture de la paroi abdominale, MM. Lucas-Championnière et Richelot ont vivement préconisé la suture en étages ou par couches successives. Cette complication opératoire a-t-elle toute la valeur qu'on lui prête? Est-il exact que la suture isolée des diverses couches de la paroi abdominale nous donne des garanties nouvelles au point de vue de la solidité de la cicatrice? Je ne le crois pas. En tous cas, on ne peut nier que la supériorité de la suture en étages soit encore pure question de sentiment individuel et qu'elle attende ses preuves. Pour mon compte, je trouve que la suture en masse de la paroi abdominale, faite avec des fils d'argent, reste, jusqu'à plus ample informé, la plus simple et la meilleure.

Les anses de fil doivent traverser la totalité de la paroi, y compris le péritoine. Bien placés, ils assurent, on ne peut mieux, l'adossement d'une large surface péritonéale et la réunion qu'ils donnent me semble aussi parfaite que possible. Sans doute, il est des parois abdominales très épaisses dont les divers plans sont assez dissociés pour former sur les tranches de section des surfaces très anfractueuses dont il est délicat d'obtenir le parfait accolement. Dans ces cas, quelques sutures perdues peuvent rendre service, en assurant, par exemple, l'affrontement de couches musculaires qui semblent fuir dans la graisse qui le recouvre. Mais, alors même qu'il en est ainsi, je crois que les points séparés, comprenant toute l'épaisseur de la paroi, forment encore la vraie base de la suture et les points perdus n'en sont jamais que les perfectionnements accessoires.

Au surplus, je pense, avec M. Terrier, que le procédé de suture n'a pas, sur la solidité de la cicatrice, l'influence prépondérante qu'on semble lui prêter. La constitution variable de la paroi abdominale, son épaisseur ou sa minceur, son degré de vascularisation, la vitalité parfaite ou les altérations atrophiques de ses muscles, telles sont les conditions variées qui tiennent vraiment sous leur dépendance la qualité de la cicatrice. Quant au procédé même de la suture, il changera toujours plus ou moins avec chaque opérateur et la seule chose importante est, en somme, de pratiquer la suture de la paroi abdominale avec attention, soin et scrupuleuse antisepsie.

A l'égard des précautions à prendre au moment de l'ablation des fils, je ne puis que souscrire aux règles formulées par M. Terrier. Pour éviter la désunion secondaire de la cicatrice, accident qu'il faut particulièrement redouter, lorsque l'abdomen, après laparotomie, reste habité par une tumeur plus ou moins volumineuse, la prudence exige évidemment qu'on retarde le plus possible l'ablation des fils. Toutefois, je désire insister sur la sécurité très réelle que donne la suture sèche au collodion; c'est à mon avis un excellent moyen de soutenir la cicatrice après l'ablation des fils. M. Lucas-Championnière a très sévèrement jugé cette pratique et l'accuse de provoquer des accidents suppuratifs au niveau du trajet des fils. Je suis d'un avis absolument différent. Nombre de fois déjà, je me suis servi de la suture sèche en ayant recours au procédé bien connu des deux carrés de tarlatane munis d'une rangée d'agrafes sur l'un de leurs bords, fixés par une couche de collodion sur les côtés de la cicatrice et reliés entre eux par un fil que l'on passe d'agrafe en agrafe, à la manière d'un lacet. Or, je n'ai jamais eu qu'à me louer de ce moyen de contention, auquel je n'ai recours, du reste, que lorsque la solidité de la réunion me paraît sujette à caution, et dire, avec M. Lucas-Championnière, qu'une semblable suture ne sert qu'à empoisonner les points de suture qui restent, est, à mon sens, une exagération manifeste.

La valeur de l'opération est le deuxième point en discussion et, sur ce chef, il me semble que la moindre

équivoque ne saurait subsister. Les observations communiquées par MM. Terrier, Bouilly, Lucas-Championnière et Terrillon, les faits que j'ai moi-même relatés démontrent, jusqu'à l'évidence, la réalité des vertus hémostatiques et atrophiantes de la castration ovarienne chez les femmes atteintes de fibromes utérins. Toutefois, notre confiance dans la valeur curative de l'opération d'Hégar a suscité quelques restrictions. M. Tillaux, en particulier, s'est montré plus que réservé dans son jugement. Il est certainement de ceux qui pensent que les perfectionnements incessants de l'hystérectomie transpéritonéale conduiront à restreindre de plus en plus les indications de la castration, et je dois, par conséquent, relever avec une grande attention ses objections.

M. Tillaux a formulé, contre la castration, les cinq accusations que voici : 1° l'opération, dit-il, est souvent très difficile; 2° elle est impuissante contre les gros fibromes; 3° ses prétendus succès sont trop jeunes pour que l'heure soit venue de les considérer comme définitifs; 4° elle est impuissante contre les fibromes douloureux; 5° elle aura toujours le grand tort d'être une opération incomplète et, dans la clientèle de la ville, l'éventualité d'une récidive possible peut nous faire encourir le sérieux reproche d'avoir exposé une malade aux dangers d'une opération importante, sans lui avoir offert, en échange, les garanties d'une guérison radicale et définitive. Venant de M. Tillaux, ces arguments prennent toute la valeur de véritables coups droits qu'il nous faut absolument parer, et je demande à mon excellent maître la permission de lui répondre en toute franchise.

Tout d'abord, je puis faire observer à M. Tillaux que nous partageons absolument son avis sur les difficultés possibles de la castration et sur son impuissance vis-à-vis des gros fibromes. Pour mon compte, je crois si bien aux difficultés possibles de la castration, que je les ai rangées parmi ses contre-indications les plus formelles. La castration sera facile ou ne sera pas, c'est chose entendue. Quant aux gros fibromes, j'ai pris le soin de bien dire que leur ablation transpéritonéale était la seule intervention acceptable.

Je souscris de même à la troisième objection. Il est parfaitement exact que nos opérations n'ont pas encore un âge qui nous permette d'être trop affirmatifs sur la qualité des résultats définitifs. Toutefois, des délais de deux et trois ans ont bien leur importance et, comme plusieurs de nos opérées, très bien portantes à cette heure, seraient mortes sans notre intervention, il me semble que nous avons, d'ores et déjà, plus d'une raison légitime pour nous féliciter de nos résultats.

Si je me suis bien expliqué, on peut voir que ces premières objections ne portent aucune atteinte à nos assertions; à plusieurs égards, elles ne font même que les souligner. Reprenons maintenant les deux dernières accusations de M. Tillaux. Ici la dissidence est complète, mais plusieurs des faits communiqués au cours de cette discussion me semblent démontrer que la vérité est pour nous. En premier lieu, je ne puis admettre cette proposition, que la castration est impuissante contre les fibromes douloureux, puisque j'ai moi-même pratiqué l'ablation des annexes avec succès, pour faire cesser des crises dysménorrhéiques horriblement douloureuses. J'arrive donc à cette conclusion, que le symptôme douleur est une des meilleures indications de la castration. Quant à l'objection basée sur les reproches que peut nous réserver l'éventualité d'une récidive, je ne la crois pas non plus très valable.

A la vérité, nos opérées, et surtout les personnes de leur entourage, sont parfois trop enclines à juger la qualité de nos décisions avec autant d'incompétence que de conviction. Mais, à mon avis, de pareils jugements ne sauraient avoir une portée bien sérieuse. En présence d'une femme que des métrorrhagies profuses vont tuer, nous proposons et nous pratiquons une opération simple, rapide et suffisante pour donner la guérison. Nous prenons le soin d'exposer aux personnes intéressées le but et la nature de notre intervention. Qui donc oserait, dans ces conditions, nous reprocher une récidive ? Les esprits les plus rebelles ne comprendraient-ils pas que nous n'avons pas moins agi pour le mieux et que l'impossibilité de faire plus, ou l'obligation de réduire au minimum le traumatisme chirurgical nous ont seules imposé notre ligne de conduite ? Pour mon compte la situation me paraît aussi franche que possible et j'avoue qu'un reproche, dans les conditions précitées, me laisserait parfaitement indifférent.

Tels sont les quelques arguments que je crois pouvoir opposer aux objections de M. Tillaux. Cela fait, je m'empresse d'enregistrer la concession qu'il a bien voulu nous faire, en nous déclarant qu'il acceptait la castration dans le cas particulier des fibromes hémorrhagiques. M. Tillaux n'est donc pas un ennemi déclaré de l'opération d'Hégar, et c'est pour nous un appoint de grande importance. En fin de compte, la divergence qui existe entre la pratique de M. Tillaux et la nôtre porte surtout sur ce fait, qu'en présence de tumeurs fibreuses, exigeant une intervention transpéritonéale, M. Tillaux fait la laparotomie avec l'intention bien arrêtée de tout mettre en œuvre pour enlever la totalité du mal, et c'est en cas d'impossibilité matérielle, qu'il se résigne à faire la castration. Or, vous le savez, la conduite que nous préconisons est très différente. Nous voulons en effet qu'on ouvre le ventre sans idée préconçue, et, c'est après examen direct de l'utérus et des annexes, que nous nous décidons, soit pour l'ablation des fibromes, soit pour la castration. Enfin, bien loin de considérer cette dernière opération comme un pis-aller, nous estimons qu'elle offre, au contraire, dans certains cas, toutes les garanties d'une intervention de choix.

Pour en finir avec les réflexions soulevées par l'étude de la valeur de la castration, je dois une mention particulière à l'intéressante observation communiquée par M. Monod. Si l'on en jugeait par la réplique de M. Lucas-Championnière, on pourrait croire, m'a-t-il semblé, que M. Monod accepte les idées de quelques auteurs tels que Nægerath, Slawiansky ou Sinety; qu'il n'admet plus que l'ovulation soit une condition *sine quâ non* de la menstruation et qu'il conteste en définitive les vertus hémostatiques de la castration. Or, M. Monod a pris soin de le spécifier lui-même, une telle interprétation de sa pensée serait parfaitement inexacte. Bien loin de contester l'utilité de la castration dans le traitement des fibromes, M. Monod estime, au contraire, que cette opération est pour nous une ressource précieuse et ses convictions sont d'autant plus fermes que l'observation dont il nous a parlé est elle-même un exemple des bienfaits de la castration.

La seule réflexion que M. Monod ait voulu mettre en lumière c'est que, dans un certain nombre de cas, il peut se produire, à la suite de la castration, des écoulements sanguins plus ou moins réguliers et qu'il ne suffit pas pour les expliquer de les attribuer à l'oubli, dans le pédicule, de

quelques débris d'ovaires. Ainsi formulées, les remarques de M. Monod me paraissent inattaquables, et je ne me reconnais pas, en particulier, le droit de lui dire, comme l'ont fait MM. Lucas-Championnière et Terrier, qu'il a probablement fait une opération incomplète et que telle est la cause des écoulements sanguins secondaires observés chez son opérée. Pour la majorité des cas exceptionnels qu'on se plaît à nous opposer de temps à autres, on doit, à la vérité, raisonner de cette manière. D'une manière générale, il faut, en effet, accepter les conclusions proposées par M. Terrier (*Rev. de chir.*, 1885, p. 953), attribuer la persistance de la menstruation, après ovariotomie double, à des ablations incomplètes et considérer la suppression du flux menstruel comme la règle, à la suite de l'extirpation des deux ovaires. Mais, est-il besoin de le faire observer, M. Monod savait d'avance qu'on lui ferait cette objection et, lorsqu'un chirurgien tel que lui vient nous affirmer qu'il est sûr, absolument sûr, d'avoir fait une opération complète, nous devons le croire sans aucune espèce de restriction.

Je sais bien que, dans certains cas, il est très difficile d'apprécier sûrement le caractère incomplet ou complet d'une castration ovarienne. Mais, il est beaucoup d'autres circonstances dans lesquelles les ovaires se laissent très aisément pédiculiser, on les délimite alors sans aucune hésitation et la réalité de leur complète ablation ne peut vraiment prêter à contestation. Les affirmations catégoriques de M. Monod nous démontrent que, dans son cas, telle était bien la situation, et c'est pour cela qu'il nous est impossible d'élever le moindre doute sur le caractère radical de son intervention. Peut-être son opérée avait-elle un ovaire surnuméraire? Tout se trouverait ainsi expliqué. Mais comment vérifier semblable hypothèse? Dans l'espèce, les interprétations quand même ont bien peu de valeur et j'estime, en définitive, que nous devons nous contenter d'enregistrer le fait de M. Monod comme un nouvel exemple de la réelle valeur de la castration.

Quant aux écoulements sanguins qui ont persisté chez l'opérée de notre collègue, ils n'ont pas d'autre portée que celle d'une exception utile à noter. Les faits de cet ordre augmentent la précision de nos connaissances sur les suites de nos interventions; mais il est trop clair qu'ils ne sauraient atteindre nos convictions sur la réalité de la ménopause par castration et qu'ils sont, en outre, parfaitement insuffisants pour battre en brèche la solide théorie de Négrier, sur les relations étroites de la menstruation et de l'ovulation.

A propos des indications de la castration, les quelques règles générales, que j'avais formulées, ont été plusieurs fois confirmées. Fibromes de moyen et de petit volume, fibromes hémorrhagiques et douloureux, telles sont bien les conditions les plus favorables pour obtenir les meilleurs effets de l'ablation des annexes. En outre, MM. Terrier et Bouilly nous ont fait les remarques les plus intéressantes sur la fréquence des altérations des annexes et sur le surcroît d'indications qui en résulte au point de vue de l'opportunité de leur extirpation. C'est là certainement un des côtés les plus intéressants de la question qui nous occupe et j'accepte, sans restriction, les diverses considérations qui nous ont été soumises par nos deux collègues.

Dans le même ordre d'idées, M. Lucas-Championnière a signalé ce fait que les ovaires, enlevés dans un but hémostatique, présentaient souvent un degré notable d'hypertrophie. Sur l'une de mes opérées, j'ai pu vérifier la réalité de cette observation.

Les difficultés de l'opération et l'influence qu'elles doivent avoir sur nos déterminations, lorsqu'il s'agit d'apprécier l'opportunité d'une castration, ont à leur tour occupé plusieurs de nos collègues, et j'ai eu la satisfaction de voir MM. Terrier et Bouilly souligner et confirmer, sans restriction, les quelques réflexions que j'avais faites à ce propos. En parlant de ces difficultés opératoires, MM. Lucas-Championnière et Terrillon ont fait observer qu'elles n'étaient pas toujours aussi invincibles qu'on le supposait à première vue et qu'il était possible, avec de la patience et de l'adresse, de vaincre les obstacles les plus insurmontables en apparence. Je suis entièrement de leur avis et je sais fort bien, qu'avec dix doigts valides et quelques instruments, il est possible de terminer les interventions intra-péritonéales les plus scabreuses. Mais la question n'est pas là et le seul point important, c'est de bien distinguer le possible de l'indiqué. Or, je me suis justement efforcé d'élucider ce point délicat, en insistant, d'une part, sur les dangers de la castration difficile et, d'autre part, sur son infériorité vis-à-vis des interventions plus radicales. Cette double considération m'a conduit à cette conclusion générale, que, pour être opération de choix, la castration doit être avant tout d'une exécution facile. La formule est encore bien vague, je le sais, mais elle n'est pas moins significative, et plus de précision ne serait guère de mise, car, on le conçoit bien, la limite qu'il faut établir entre la castration simple et la castration trop laborieuse, restera toujours question d'appréciation individuelle.

Au surplus, il est un fait général qui ressort nettement de cette discussion et sur lequel j'ai moi-même insisté. Je veux parler des réserves que nous devons garder dans l'appréciation des indications d'une opération, que nous commençons à connaître sans doute, mais qui réclame encore de nouvelles recherches. Bref, plusieurs d'entre nous l'ont spécifié, l'heure des jugements trop absolus n'est pas encore venue. Aussi bien l'insistance, avec laquelle M. Lucas-Championnière nous a mis en garde contre les conclusions prématurées ou les règles formelles, m'a-t-elle un peu surpris. On aurait pu croire, en l'écoutant, que nous nous étions entièrement départis de la prudence qu'il préconise avec tant de raison, et c'est pourquoi je désire bien rappeler toutes les précautions dont plusieurs d'entre nous se sont entourés pour ne pas exagérer la portée des enseignements qui se dégagent des faits jusqu'ici publiés.

Un dernier détail de pratique a été soulevé par MM. Terrillon et Polaillon, au sujet des renseignements que nous pouvons demander à l'hystérométrie. M. Terrillon estime que, lorsque la cavité utérine, dont il mesure les dimensions à l'aide d'un hystéromètre spécial, est peu ou trop agrandie, la castration devient dangereuse et doit céder le pas à l'hystérectomie. A l'appui de cette manière de voir, M. Terrillon nous a cité un fait dans lequel il s'est décidé pour l'hystérectomie et non pour la castration, en se basant sur les résultats de l'hystérométrie. Bien lui en a pris, car l'un des fibromes était en voie de ramollissement et la femme aurait certainement succombé, s'il s'était contenté de lui pratiquer l'ablation des ovaires. Cette observation est sans doute fort instructive, mais il me semble qu'elle ne suffit pas à démontrer la valeur significative des renseignements fournis par l'hystéromètre. En tous cas, nous aurions, sans le secours de cet instrument, très certainement suivi la même

conduite que M. Terrillon, car, après ouverture du ventre, nous aurions examiné l'état de la tumeur et constaté *de visu* les lésions qui contre-indiquaient la castration.

Mais je ne veux pas insister davantage. Quel que soit l'intérêt des remarques de M. Terrillon, la question qu'elles visent n'en reste pas moins tout entière à l'étude et nous devons attendre pour nous prononcer. Les faits relatés par M. Polaillon en fourniraient au besoin la preuve. M. Polaillon a, lui aussi, demandé des indications opératoires au degré d'accroissement de la cavité utérine, soit en cas de tumeurs fibreuses, soit en cas de gigantisme utérin, et on a pu se convaincre que plusieurs de ses conclusions étaient en contradiction avec celles que nous a proposées M. Terrillon.

En ce qui me concerne, je ne puis apporter que peu de faits susceptibles d'infirmer ou de confirmer les assertions de MM. Terrillon et Polaillon. Cependant, je tiens à dire que le cathétérisme de la cavité utérine en cas de tumeurs fibreuses n'est pas toujours fort aisé. Dans un certain nombre d'hystérectomies, pratiquées pour enlever de volumineux fibromes, j'ai plusieurs fois constaté que l'hystérométrie m'avait fourni des renseignements inexacts. Il est, enfin, une disposition particulière qui, malgré sa rareté, n'est pas moins utile à connaître, car elle peut, à l'occasion, apporter de sérieux obstacles à la pénétration des instruments explorateurs. Je veux parler des adhérences qui unissent parfois deux points opposés de la muqueuse et qui semblent succéder aux ulcérations provoquées par les fibromes sous-jacents. Sur un assez grand nombre de pièces que j'ai eu l'occasion de préparer ou d'examiner pendant mon internat, j'ai vu deux exemples de ces sortes de symphises partielles et l'on devine les difficultés que pourrait offrir le cathétérisme utérin dans les cas de ce genre.

On le voit, les dissidences portent surtout sur des questions de détails. Quant aux faits généraux, dès maintenant acquis, ils restent bien tels que je les ai développés, et peuvent se résumer de la manière suivante.

La valeur curative de la castration ovarienne n'est plus à démontrer et les grands services qu'elle est appelée à rendre dans le traitement des fibromes ne sont plus un instant contestables. Dans certains cas, rares mais indéniables, on doit la considérer comme une méthode de choix et, bien que la détermination de ses indications, très imparfaite encore, doive rester l'objectif essentiel de nos recherches ultérieures, plusieurs côtés de la question n'en sont pas moins dès maintenant élucidés. La castration ovarienne convient surtout aux fibromes de dimension moyenne ou petite qui réclament l'intervention à cause des troubles fonctionnels ou douloureux qu'ils engendrent et particulièrement des hémorrhagies graves qu'ils provoquent.

Ceci n'est, bien entendu, qu'un aperçu très général des indications de l'opération, et c'est à l'avenir qu'il est réservé de mieux préciser les indications de son opportunité, dans tel ou tel cas particulier. Toutefois, parmi les considérations variées dont il faut tenir compte, dans la solution de cette importante question, il en est une dont la grande importance est dès maintenant démontrée : je veux parler des indications tirées de l'état des ovaires et des difficultés matérielles de leur ablation dans certains cas. C'est là, suivant M. Terrier, le nœud de la question, et je ne pouvais souhaiter à mes idées personnelles sur ce point une confirmation plus décisive.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

II

De l'eau chaude en chirurgie (1).

Il nous reste à voir, maintenant que nous connaissons l'emploi général de l'eau chaude, dans quels cas particuliers l'on peut utiliser ses remarquables propriétés :

1° *Maladies des yeux.* — Depuis longtemps l'heureuse influence des hautes températures avait été signalée dans le traitement des affections oculaires. Sans vouloir entrer dans le détail et la discussion minutieuse des cas particuliers, nous pouvons rappeler qu'en règle générale, l'on se trouvera bien de l'eau chaude dans toutes les inflammations bâtardes et atoniques des membranes externes de l'œil, inflammation si fréquente chez les scrofuleux, et, dans les cas traumatiques, quand il est nécessaire de modérer les accidents inflammatoires.

C'est ainsi que dans certaines formes de kératites, dans la blépharite chronique, dans les accidents inflammatoires du côté du sac lacrymal, les applications chaudes trouvent leur indication incontestable. Cette application peut se faire soit par de l'eau employée pure, soit additionnée d'acide borique ou rendue légèrement astringente par l'ébullition avec quelques fleurs de camomille ou quelques feuilles de thé.

Lorsque le traitement doit être énergique, il ne faut pas se contenter d'une ou de deux lotions quotidiennes, mais il vaut mieux employer les compresses chaudes. Ces compresses s'appliquent de la façon suivante : les paupières étant fermées, on place directement un linge fin plié en plusieurs doubles, trempé dans le liquide chaud, par-dessus un morceau de flanelle, dépassant un peu les bords du linge, puis un peu de taffetas imperméable dépassant le tout, et empêchant ainsi la perte trop rapide de l'humidité et de la chaleur. Un peu d'ouate recouvre le pansement qui est maintenu par une bande molle de toile, de gaze ou de flanelle.

Suivant les cas, on renouvellera ce pansement deux, quatre ou dix fois pendant les vingt-quatre heures.

2° *Maladies des voies urinaires.* — On a pu faire avorter la blennorrhagie, diminuer et tarir l'écoulement virulent par des injections d'eau à 40 ou 45 degrés.

Le malade ayant uriné, et débarrassé ainsi le canal du pus qui l'encombre, et que l'injection pourrait refouler dans la vessie, on introduit dans le canal de l'urèthre une sonde spéciale, toujours petite, et à jet récurrent. L'extrémité de la sonde est portée dans la partie profonde de l'urèthre, et l'injection est poussée doucement, sans violence et lentement. L'eau revient alors entre la sonde et les parois du canal qui se trouvent ainsi complétement baignées.

L'eau à 45 degrés a aussi donné de bons résultats dans les cas de cystite légère traitées par le lavage intra-vésical.

Mais une des affections des voies urinaires où l'eau chaude rend des services aussi réels qu'inattendus est, à coup sûr, l'hypertrophie de la prostate.

L'accident fréquent et si redouté de l'hypertrophie prostatique c'est la rétention complète d'urine. On connaît fort bien aujourd'hui le mécanisme de cette rétention, due presque toujours à une congestion et à une turgescence passagère de la glande prostatique. Aussi cette rétention survient-elle sous l'influence la plus légère, l'excès le plus minime : station assise trop prolongée, résistance trop longue au besoin d'uriner, course en voiture, etc. L'eau chaude fait ici merveille, et elle agit non seulement contre la rétention aiguë et brusque de l'urine, mais elle manifeste son action sur la lésion prostatique elle-même, car elle facilite et régularise les mictions qui troublent si fréquemment le sommeil des prostatiques.

Dans ces cas l'eau chaude s'applique, sur le périnée, en com-

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 652.

presses fréquemment renouvelées et surtout en lavement intra-rectal, véritable bain dans lequel plonge la partie postérieure de la glande prostatique. La canule de l'irrigateur est introduite doucement, et dirigée en arrière, le robinet est à peine entr'ouvert, afin d'éviter une distension trop brusque du rectum, qui ne pourrait retenir le lavement. Grâce à ces lavements d'eau très chaude, nombre de prostatiques verront survenir dans leur affection une notable amélioration. Nous lisons, dans les cliniques de l'Hôtel-Dieu, l'histoire d'un vieux général qui se trouve bien de cette pratique : « Dès que le cours de l'urine se suspend, son ordonnance prépare un lavement chaud qui, jusqu'à présent, a suffi pour conjurer les rétentions. »

Mais ce n'est pas uniquement dans l'hypertrophie de la prostate que le lavement chaud intra-rectal produit des résultats si précieux, c'est encore dans l'inflammation prostatique. Non seulement la rétention d'urine disparaît, mais les crises douloureuses s'apaisent et, en quelques jours, on voit diminuer l'affection dont on avait tant à craindre.

Nous devons ajouter à la liste de ces affections, justiciables du traitement par l'eau chaude, les hémorrhoïdes procidentes ou étranglées. Dans ces cas, le lavement chaud intra-rectal produit une atténuation constante dans les symptômes et souvent une guérison surprenante des accidents.

3° *Dans les maladies des voies génitales de la femme* l'eau chaude fait également merveille. Elle nettoie le vagin et fait rétrocéder la vaginite, mais elle se recommande surtout pour la cure des inflammations utérines chroniques, lorsque le médecin se trouve en présence de ces cas, jusqu'alors si désespérants, d'utérus gros, volumineux et congestionnés dont l'inflammation bâtarde retentit si douloureusement sur l'organisme féminin.

Nous n'insisterons pas sur le manuel opératoire de l'injection chaude intra-vaginale, la position de la femme, la quantité de liquide à injecter, les précautions à prendre au sujet de la température, tout cela sera indiqué dans l'article suivant. Nous insisterons seulement sur ce fait, que l'injection doit se faire lentement, sans force, la canule se trouvant dans le cul-de-sac postérieur du vagin, et non en face le col utérin.

Les indications de ces irrigations utéro-vaginales sont fort nombreuses. Elles précèdent, comme moyen d'asepsie préparatoire, les opérations sur le vagin ou sur l'utérus. Certains opérateurs ne font même leurs opérations plastiques que sous une irrigation chaude qui nettoie le champ opératoire et arrête au fur et à mesure le suintement hémorrhagique.

Les métrites chroniques avec col volumineux et entr'ouvert, dont les lèvres sont ramollies et fongueuses, les métrites hémorrhagiques, et en général toutes les métrorrhagies se trouvent heureusement traitées par les injections chaudes.

Enfin ces mêmes injections sont très recommandables dans les inflammations péri-utérines subaiguës ou aiguës. Dans ces derniers cas, il faut renouveler ces injections cinq à six fois dans les vingt-quatre heures. Nous conseillons, chez la femme, dont le système nerveux est plus facilement irritable, de ne pas porter de suite le liquide de l'injection à une température de 40 degrés ; il vaut mieux commencer à 35 degrés et augmenter progressivement pour atteindre peu à peu 40 et 45 degrés.

Tels sont, rapidement esquissés, les avantages que l'on peut retirer de l'emploi de l'eau chaude en chirurgie. Aussi est-on autorisé à dire qu'actuellement la thérapeutique chirurgicale s'est enrichie d'un agent dont l'efficacité ne le cède qu'à la simplicité et à la facilité de son emploi.

III

De l'eau chaude en obstétrique.

Si l'emploi méthodique de l'eau chaude a rendu de si grands services à la chirurgie, il en rend de plus importants encore en obstétrique, car il s'adresse là à ces hémorrhagies si terribles en face desquelles le médecin peut se trouver désarmé.

Avec M. le docteur H. Lorain, qui vient d'obtenir le prix des thèses à la Faculté de Nancy, nous allons étudier les effets de l'eau chaude dans la pratique des accouchements.

A la température de 40 à 50 degrés, l'eau est un stimulant énergique de la fibre musculaire lisse ; son action se traduit, sur les vaisseaux, soit par une contraction immédiate et persistante, soit par une dilatation momentanée, rapidement suivie de contraction.

Ce sont ces deux propriétés physiologiques qui expliquent l'heureuse influence de l'eau chaude sur la contraction et sur l'hémostase utérine.

L'eau froide, que l'on préférait, à tort, autrefois, a une action moins vive sur la fibre musculaire lisse ; la contraction vasculaire qu'elle produit est souvent suivie de dilatation paralytique et l'hémorrhagie, momentanément suspendue, reparaît bientôt plus formidable et plus dangereuse. Ce ne sont pas là des données théoriques, purement basées sur des expériences de laboratoire ; la clinique les a depuis longtemps consacrées.

Les injections chaudes peuvent être utilisées dans l'accouchement pour ranimer le travail qui s'arrête ; dans l'avortement ou la délivrance, ou les suites de couches, toutes les fois que l'hémorrhagie utérine constitue un danger. C'est donc un moyen précieux que tout médecin doit savoir employer, aussi M. le docteur H. Lorain a-t-il eu raison d'ajouter à la partie scientifique de sa thèse la description du manuel opératoire qu'il préconise.

La malade devra être placée dans le décubitus dorsal, les jambes et les cuisses fléchies sur le bassin, légèrement soulevé. Un vase plat peut recueillir le liquide qui vient d'irriguer les parties génitales, ou bien, on peut mettre sous le siège une large toile imperméable, qui descend et conduit le liquide dans un récipient quelconque, placé à terre. Cette position, peu fatigante pour la femme, met les organes dans une déclivité très favorable à l'action de l'irrigation.

L'appareil à irrigation peut être quelconque, pourvu qu'il soit absolument propre et aseptique. L'appareil imaginé par M. Lefour (1), est un des plus simples et un des meilleurs. Une simple canule en verre suffit pour l'injection vaginale ; pour l'injection intra-utérine, il est absolument indispensable d'employer une sonde à double courant, comme celle de M. Budin.

La durée minima de l'injection doit être de cinq à six minutes et nécessite deux à trois litres de liquide dont la température sera de 40 à 45 degrés s'il s'agit de combattre des affections septiques et de 45 à 50 degrés s'il faut hâter le travail ou enrayer une hémorrhagie. C'est à ce degré que l'eau chaude présente son maximum d'action. L'injection est alors anssi chaude que la malade peut la supporter, dit M. le docteur Lorain. Dépasser cette température serait inutile, l'expérience l'a démontré ; ce serait même dangereux, car, outre les brûlures et la douleur qui en résulteraient, on a noté qu'au-dessus de 55 degrés, la contraction musculaire était rapidement suivie d'épuisement et de paralysie.

Si l'on veut agir vite, il faut d'emblée commencer par la température de 45 à 50 degrés ; si l'urgence n'est pas absolue et si la malade est pusillanime, il est permis de commencer par une température de 35 à 40 degrés, et élever progressivement de 1 à 2 degrés à chaque injection.

Chez quelques femmes nerveuses, on a pu citer un sentiment d'angoisse et d'oppression, quelquefois même une tendance à la syncope. De là, l'indication de débuter par une température relativement basse (35 degrés).

Il est inutile de répéter que la méthode antiseptique doit être appliquée dans toute sa rigueur, et que les mains de l'opérateur et les instruments doivent être soigneusement désinfectés. On peut se servir d'eau salée bouillie, récemment préconisée par MM. Terrillon et Pozzi pour les lavages péritonéaux, à la suite des laparotomies. Mais, si le médecin peut avoir à sa disposition un agent antiseptique, il vaut mieux ajouter 25 à 50 centigrammes de sublimé, ou bien 10 à 20 grammes d'acide phénique ou d'acide borique, par litre d'eau chaude employée. A. RICARD.

(1) Lefour. *Nouvelle application du siphon aux lavages vaginaux et utérins*. Bordeaux, 1886.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 juin 1888. — Présidence de M. Le Dentu.

COMMUNICATIONS

De la suppression du drainage dans le pansement des plaies. — M. TRÉLAT défend, depuis longtemps, cette doctrine que le progrès de la chirurgie consiste à faire des pansements aussi rares que possible. Cette recherche l'a conduit à la simplification des pansements. Il a cherché à supprimer le plus souvent le drainage. Dans toutes les opérations qu'il peut pratiquer avec une asepsie parfaite et dans lesquelles il peut obtenir un affrontement complet, il supprime le drain. L'orsqu'on a bien fait l'asepsie et qu'on n'a pas bien fait l'affrontement, il se produit alors des cavités dans les plaies et la sécrétion d'une certaine quantité de liquide. Aseptique et parfaitement affrontable, une plaie n'a pas besoin d'être drainée. Ce sont là les deux conditions indispensables à la suppression du drain. M. Trélat a suivi ce principe dans le plus grand nombre des cas, et il s'en est très bien trouvé. Il a semblé que la grande majorité de la Société se rattachait encore à la nécessité du drainage. C'est contre cette tendance que proteste M. Trélat. La thérapeutique tout entière des plaies opératoires doit être la même que pour la chirurgie abdominale, dans laquelle le drainage est une exception.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE fait observer que ce n'est qu'accessoirement que la question du drainage a été traitée. Il a simplement dit qu'il ne trouvait pas un si grand avantage à la suppression du drainage, qu'il crût devoir le supprimer même dans les cas où il ne lui paraissait pas indispensable.

Inversion utérine; amputation; guérison. — M. TILLAUX fait un rapport sur une observation de M. le docteur Leprévost (du Havre), relative à une inversion utérine irréductible guérie par l'amputation. Il s'agissait d'une femme qui, à la suite d'un accouchement laborieux, eut une inversion utérine qu'il était impossible de réduire. M. Leprévost amputa l'utérus inversé, et la malade guérit. Il a constaté que la muqueuse utérine renversée était insensible au chaud et au froid. La sensibilité utérine, sur laquelle M. Tillaux s'était appuyé pour faire le diagnostic différentiel de l'inversion et d'un polype, n'est donc pas un signe constant.

M. BERGER a fait, à Lourcine, une série d'expériences sur la sensibilité de la surface interne de l'utérus. Il a constaté que la cavité utérine, à l'état normal, était absolument insensible. En dehors de tout mouvement déterminé dans l'utérus, il est hors de doute que la surface interne de l'utérus est insensible aux piqûres et au pansement.

M. TERRIER a toujours trouvé le col de l'utérus sensible aux piqûres, à la cautérisation, à l'introduction d'un cathéter.

M. BOUILLY dit qu'il y a, à ce point de vue, une grande différence entre une muqueuse utérine enflammée et une muqueuse non enflammée. Il faut tenir compte aussi du rétrécissement de l'orifice interne du col. Pour peu qu'il y ait de l'inflammation, la sensibilité est évidente.

M. QUENU a remarqué que la surface interne de l'utérus était toujours sensible. Toutefois, cette sensibilité est très atténuée.

M. TRÉLAT, au point de vue de la pratique chirurgicale, est absolument de l'avis de M. Bouilly. Dans les cas d'endométrite, de rétrécissement du col, la muqueuse utérine est manifestement sensible. La sensibilité pathologique est indéniable. Quant à la sensibilité physiologique, elle est certainement très douteuse.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE partage l'opinion de MM. Trélat et Bouilly. Il y a des femmes chez lesquelles la sensibilité de la surface interne de l'utérus est très manifeste. On sait que pour les scarifications du col, par exemple, la sensibilité est très variable suivant les sujets, en dehors de toute inflammation. C'est là probablement la cause des divergences d'opinion qui existent entre les chirurgiens.

M. BERGER a constaté que chaque fois qu'on faisait un effort pour introduire un hystéromètre, la femme se plaignait; mais quand l'introduction de l'hystéromètre se fait sans difficultés, il n'y a pas de sensibilité.

M. KIRMISSON fait observer que M. Guéniot, depuis fort longtemps, a donné la sensibilité de la surface interne de l'utérus comme signe de diagnostic précieux entre l'inversion et un polype.

M. TILLAUX, d'accord avec M. Guéniot, pensait qu'il y avait dans la sensibilité de la muqueuse utérine inversée, un moyen de la distinguer d'un polype. Or, d'après l'observation de M. Leprévost et ce qui vient d'être dit à la Société, il semble que ce signe n'est pas constant.

Kyste de la région sacro-coccygienne. — M. DELENS fait un rapport sur une observation de M. Routier, dont voici le résumé :

J. R..., fruitière, trente-huit ans, toujours bien portante, fait, en 1873, une chute sur le siège; quelques mois après, apparition d'une tumeur dans la région sacro-coccygienne. En 1874, abcès à ce niveau, qui a été ouvert, cautérisé, injecté avec teinture d'iode, liqueur de Willate, etc., etc., mais est toujours resté fistuleux.

En octobre 1886, M. Routier voit la malade pour la première fois; il existe, en effet, une tuméfaction dans le pli interfessier au niveau de l'articulation sacro-coccygienne; en cherchant bien à ce niveau, on trouve un orifice analogue à celui d'une grosse glande sébacée, revêtu, par conséquent, d'épiderme, par où on peut enfoncer à 6 centimètres un très fin stylet, qui semble libre dans une cavité. Il s'écoule un liquide séreux légèrement sanguinolent.

9 octobre. Extirpation de cette poche que M. Routier avait qualifiée de kyste congénital. Il enlève cette poche, large comme une pièce de cinq francs, grosse comme une petite mandarine, sans adhérence à l'os sous-jacent.

Réunion, guérison totale et définitive; la malade est revenue quinze mois après.

L'histologie a bien trouvé les éléments de la peau dans le trajet, mais non pas dans la poche, ce qui devait être dû aux cautérisations nombreuses.

M. Routier en faisait une fistule congénitale avec kyste de même nature, dû à une inclusion de la peau.

M. le rapporteur accepte la conclusion de M. Routier.

M. TERRILLON rappelle avoir communiqué un travail sur les kystes de la région sacrée. Le cas de M. Routier ressemble beaucoup aux faits qu'il a cités. Il croit que dans ces cas la suppuration est due à l'accumulation de l'épiderme macéré dans l'orifice fistuleux, comme cela a lieu pour l'ombilic.

M. PEYROT cite un cas semblable à celui de M. Routier.

M. SCHWARTZ a également observé un cas analogue dans lequel il y avait un vrai kyste du volume d'un œuf de pigeon, dont la poche était tapissée de peau enflammée.

M. DELENS croit que l'opinion de M. Routier diffère bien peu de celle de M. Terrillon Il n'y a qu'une différence de volume. Avant les phénomènes inflammatoires, M. Routier avait bien constaté la disposition indiquée par M. Terrillon.

Trépanation du crâne. — M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE fait une communication sur 20 cas de trépanation. Ces 20 cas se divisent en deux catégories: 5 de ces opérations ont été pratiquées pour des traumatismes, 15 pour des affections médicales. M. Lucas-Championnière rappelle que sa première observation a été communiquée à la Société en 1874. Il s'agissait d'un cas de monoplégie brachiale; se basant sur les localisations cérébrales, M. Lucas-Championnière pratiqua une trépanation, et le malade a été aussitôt guéri. Il cite l'important travail de M. Vedrennes sur la trépanation en Kabylie. Chez les Kabyles, on fait la trépanation d'une façon courante, pour la moindre contusion cérébrale; cette opération est considérée chez eux comme insignifiante.

M. Lucas-Championnière rappelle avoir toujours soutenu que

c'est, en effet, une opération bénigne. La gravité tient à la lésion et non à la trépanation. Il passe en revue les cinq observations dans lesquelles la trépanation a été pratiquée pour des traumatismes. Dans chacun de ces faits, l'opération a toujours été facile, simple et suivie d'un bon résultat immédiat; dans les cas qui ont été suivis de mort, c'est à l'importance de la lésion, du traumatisme, que celle-ci doit être attribuée, et non à la trépanation.

Dans les 15 autres observations, il s'agissait d'indications médicales; dans tous ces cas, l'opération et ses suites ont toujours été d'une facilité et d'une bénignité extrêmes. Il s'agissait tantôt de douleurs lombaires intolérables, tantôt de douleurs de tête, avec vertiges, impossibilité de s'appliquer au moindre travail, tantôt de paralysie d'un membre, etc. Toujours en se basant sur les localisations cérébrales, M. Lucas-Championnière a fait la trépanation; il y a des malades chez lesquels il l'a pratiquée deux et trois fois. Beaucoup de ces malades ont été radicalement guéris, d'autres ne l'ont été que quelque temps après. Il a même obtenu des résultats très satisfaisants dans des cas d'épilepsie symptomatique. Le succès est beaucoup plus douteux dans les cas d'épilepsie vraie.

En résumé, la trépanation du crâne est une opération simple, facile et pouvant être pratiquée dans bien des cas, où elle peut rendre les plus grands services aux malades, sans leur faire courir le moindre danger. Les faits communiqués par M. Lucas-Championnière sont des plus encourageants.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 19 juin 1888, a été nommé dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. le docteur Desmontils, aide-médecin de la marine, démissionnaire.

— Par arrêté ministériel, en date du 20 juin 1888, la chaire d'anatomie de la Faculté de médecine de Montpellier est déclarée vacante.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les membres du jury du concours du clinicat chirurgical, qui s'ouvre lundi prochain 25 juin 1888, à neuf heures, sont : Juges titulaires, MM. Duplay, Panas, A. Richet, Trélat et Verneuil; juge suppléant, M. Lannelongue. — Les candidats, au nombre de sept, sont : MM. Boiffin, Chaput, Hache, Raymond, Ricard, Rochard et Walther.

— Le jury du concours du clinicat obstétrical, qui s'ouvre également lundi prochain, 25 juin 1888, à neuf heures, se compose de MM. Duplay, Guyon, Le Fort, Tarnier et Verneuil, juges titulaires, et de M. A. Richet, juge suppléant.

Les candidats, au nombre de neuf, sont : MM. Berthod, Boissard, Bonnaire, Demelin, Fournier, Lepage, Olivier, Tissier et Varnier.

— Le jury des concours du clinicat médical, du clinicat des maladies syphilitiques et cutanées, et du clinicat des maladies des enfants, qui s'ouvrent aussi lundi prochain 25 juin 1888, à neuf heures, se compose de MM. Damaschino, Dieulafoy, Fournier, Grancher et Potain, juges titulaires, et de MM. Cornil et Hayem, juges suppléants. — Les candidats sont : 1° pour le clinicat médical, MM. Belin, Duflocq, Faubert, Hischmann, Ménétrier et Œttinger; — 2° pour le clinicat des maladies cutanées et syphilitiques : M. Cayla; — 3° pour le clinicat des maladies des enfants : MM. Barbier, Deschamps et Martin de Gimard.

— M. le professeur Guignard fera sa prochaine herborisation le dimanche 24 juin 1888, dans la vallée de Chevreuse. Le rendez-vous est à la gare Montparnasse, à sept heures quarante, pour prendre le train de huit heures, pour la station de Trappes. Le retour aura lieu par la ligne de Sceaux. — S'inscrire au secrétariat de l'École de pharmacie, avant samedi quatre heures, et verser une somme de deux francs pour le billet d'aller et retour.

— M. le professeur Bureau fera sa prochaine herborisation, le dimanche 24 juin 1888, sur les bords de la Marne. Le rendez-vous est au pont de Charenton, à onze heures et demie.

— M. Munier-Chalmas, directeur du laboratoire de géologie de la Sorbonne, fera, le dimanche 24 juin 1888, une excursion géologique à Argenteuil. Le rendez-vous est à la gare Saint-Lazare, à sept heures quarante-cinq minutes.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. » — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. LUYS.

Questions médico-légales afférentes à l'hypnotisme.

(Leçon recueillie par M. le docteur DE GRANDCHAMPS, ancien interne des hôpitaux de Paris.)

L'individu hypnotisé devient immédiatement le jouet passif de celui qui l'hypnotise. C'est dire tout l'intérêt pratique qui s'attache à la question au point de vue de la médecine légale; car, si une personne, en état d'hypnotisme, est exposée à être victime de toutes sortes d'attentats, elle peut, à son tour, devenue un instrument dans les mains d'un malfaiteur, lui servir d'agent pour commettre des crimes ou des délits, dont l'auteur véritable aurait la chance de rester inconnu.

Je me propose de passer en revue :

A. Les différentes phases de l'hypnotisme, envisagées au point de vue des problèmes juridiques auxquels chacune d'elles peut donner lieu.

B. De préciser le rôle du médecin-expert qui peut être désormais appelé fréquemment à intervenir dans cette matière délicate.

A. PHASES DE L'HYPNOTISME AU POINT DE VUE MÉDICO-LÉGAL. — 1. Prenons tout d'abord la léthargie.

A cette période, le sujet est exclusivement passif. Ses membres flasques sont en résolution. Plongé dans un sommeil profond dont on ne peut le tirer par les moyens ordinaires, il est livré sans défense à toutes les tentatives, à tous les outrages. J'ai eu l'occasion de vous montrer une malade du service.

Cette malheureuse fille est enceinte et elle ne sait pas qui est l'auteur de sa grossesse. Laissez-moi vous dire que je connais assez cette femme, depuis des années que je la soigne, pour pouvoir me porter garant de sa sincérité. Elle a eu un jour la permission de sortir de l'hôpital. Elle s'est rendue chez une de ses amies qui connaît son aptitude spéciale à la somniation et qui probablement a dû l'endormir. Un homme, inconnu d'elle, se trouvait là. Que s'est-il passé alors? Elle n'en sait absolument rien; il a évidemment abusé d'elle. Mais quelle ne fut pas sa surprise de se réveiller, à dix heures du soir, dans un fossé des fortifications, et de constater, quelques semaines plus tard, qu'elle était enceinte (1)!

Ces tristes incidents ne sont pas rares; j'en connais personnellement plusieurs que je pourrais vous citer. Les annales des tribunaux en contiennent vraisemblablement plus d'un.

Je vous citerai, à titre d'exemple, l'histoire de ce mendiant, du nom de Castellan, rapportée par M. Prosper Despine. Infirme, repoussant, simulant la surdi-mutité, il impressionna vivement la jeune Joséphine H..., dont le père lui donnait l'hospitalité. Dans un moment où il la trouva seule, il parvint à exercer sur elle une telle fascination qu'elle tomba en léthargie et qu'il en profita pour lui faire subir les derniers outrages. Revenue à elle, elle continua à être sous l'empire de la volonté de Castellan, qui l'entraîna avec lui et, pendant plusieurs jours, abusa de son pouvoir d'hypnotisation pour renouveler ses attentats. Elle le suivait dans la campagne, les yeux hagards, excitant, par son air égaré, la pitié des paysans. Dans le procès qui s'ensuivit, la jeune fille fit cette déposition devant la Cour : « Il exerçait sur moi une telle puissance, à l'aide de ses gestes et de ses passes, que je suis tombée plusieurs fois comme morte. Il a pu alors faire de moi ce qu'il a voulu. Je comprenais ce dont j'étais victime; mais je ne pouvais ni parler ni agir, et j'endurais le plus cruel des supplices. » Le misérable fut condamné aux travaux forcés par la Cour d'assises du Var.

Là ne se bornent pas, assurément, les attentats dont le sujet léthargique peut être la victime. Il est évidemment facile de lui faire subir toutes sortes de violences, de lui administrer des poisons, de lui faire respirer des gaz délétères.

Bien plus, certaines substances, enfermées dans des tubes et mises en contact médiat avec lui, peuvent produire dans son organisme, comme vous l'allez voir, des perturbations telles que les plus graves accidents, la mort même, pourraient en résulter si les choses étaient poussées trop loin.

Voici Esther. C'est une personne assurément bien éveillée en ce moment, bien vivante et gaie. Je vais commencer par lui donner une suggestion à l'état de veille, pour vous montrer

(1) Chose remarquable : pendant tout le temps de sa grossesse, chaque fois que je l'hypnotisais et que je lui parlais de sa situation, elle ignorait complètement qu'elle fût en état de gestation, tant est grande la séparation de l'état de veille de l'état du sommeil hypnotique.

combien les sujets sont susceptibles d'être entraînés : — « Écoute-moi, mon enfant, nous allons compter ensemble tout haut jusqu'à huit, et quand nous serons arrivés à cinq, tu t'endormiras... » Vous le voyez, l'ordre a été exécuté ponctuellement. A peine ai-je eu prononcé le mot cinq, que sa tête s'est renversée en arrière, ses yeux se sont fermés, toute sa personne est en résolution complète ; elle dort. Et, remarquez que ce sommeil n'a rien qui ressemble au sommeil naturel. C'est bien la léthargie, comme le démontre l'hyperexcitabilité réflexe des muscles fléchisseurs du poignet, que le moindre frôlement suffit à contracturer.

Je place, maintenant, le long de son cou, maintenu seulement par la collerette, un tube en verre, bouché et cacheté, contenant 15 grammes de cognac. Attendez quelques secondes et observez ce qui va se passer.

D'abord quelques grimaces ; des mouvements de la langue et des lèvres, comme lorsqu'on déguste un liquide. Elle prononce des mots entrecoupés : — « J'ai soif... je veux boire... donne-moi à boire. » — La parole est celle d'une personne ivre. La bouche semble pâteuse, la langue épaisse : — « Je me grise sans boire... » dit-elle. — Elle essaie de se lever du fauteuil et retombe lourdement.

Le tube étant enlevé, vous la voyez repasser par les mêmes processus déroulés en sens inverse. Elle finit par retomber en léthargie ; — au delà même, en un état que je qualifie d'hypo-léthargique, car les poignets ne réagissent plus et il faut, pour retrouver l'hyperexcitabilité nervo-musculaire, attendre que le profond ébranlement, produit par la substance que je viens d'employer, se soit dissipé et que le sujet ait en quelque sorte expurgé jusqu'à la dernière trace de l'incitation alcoolique.

Maintenant que cette action est terminée, je remplace le tube de tout à l'heure par un autre. — Voyez cette contracture générale, ce regard donnant avec une intensité si remarquable l'expression de la terreur. — Constatez cette contraction spasmodique des masséters. N'est-ce pas là l'image même d'une hydrophobie expérimentale ? — Le tube renferme 10 grammes d'eau distillée ! — Je n'insiste pas, et je me contente pour le moment d'appeler votre attention sur ce fait que la réaction qui vient de se produire est entièrement différente de celle de tout à l'heure.

Attendons encore que l'hyperexcitabilité nervo-musculaire ait reparu. Ceci, je le répète, est de la plus grande importance pour éviter que les actions successives soient influencées ou même totalement modifiées l'une par l'autre.

Voici maintenant un troisième tube, qui contient 2 centigrammes de sulfate de spartéine en solution dans 5 grammes d'eau. — Est-il en contact depuis quelques secondes avec les téguments du cou ? voyez ce qui survient : vive rougeur de la face, regard terrifié, respiration anxieuse, cornage, gonflement des veines du cou. Je vous le demande, est-il possible de simuler à volonté de pareils troubles de la vie organique ?

Et qui nous dit que cette asphyxie menaçante, provoquée par des mains criminelles, ne deviendrait pas complète, que cette congestion intense n'irait pas jusqu'à produire des ruptures vasculaires, une hémoptysie, la rupture d'un anévrysme, un arrêt du cœur ?

A la suite de l'application d'un tube contenant simplement un peu de poudre de charbon, nous nous sommes trouvé, l'autre jour, en présence d'accidents asphyxiques avec tendance syncopale, qui n'ont pas été sans nous donner de très vives inquiétudes.

L'intérêt de la science veut que ces expériences soient continuées ; je ne les pratique jamais, pour mon compte, qu'avec la plus grande circonspection, en m'attachant à ne produire que des effets fugitifs et sans danger pour le sujet. Mais supposez un assassinat commis dans ces conditions, comment reconnaître la cause de la mort ? Comment retrouver le coupable ?

2. L'état cataleptique ne présentant rien de particulier au point de vue spécial qui nous occupe en ce moment, je passe tout de suite au somnambulisme.

3. Vous voyez cet homme d'une trentaine d'années, le nommé D..., licencié en droit, actuellement dans nos salles ; ses yeux sont ouverts. Il parle, il marche, il agit ; il a toutes les apparences de la conscience et de la raison. — Et, cependant, il dort. — Il ne sait ni ce qu'il dit, ni ce qu'il fait. Personne ne pourrait affirmer qu'en ce moment même il n'obéit pas à une volonté étrangère, sous l'influence de laquelle il pourrait, tout à l'heure, commettre un crime qu'il accomplira avec la même précision et la même irresponsabilité que le ressort d'un réveil-matin, qui se déclanche à l'heure voulue.

Ces somnambules, dont l'aspect extérieur ne présente aucune différence avec l'état de veille, vous pouvez les obliger non seulement à vous faire un don manuel, mais à signer une promesse, une lettre de change, un engagement quelconque. Vous pouvez leur faire écrire un testament olographe, parfaitement valable, qu'ils vont vous remettre et dont ils ne sauront jamais l'existence. Les formalités légales les plus minutieuses, ils sont prêts d'ailleurs à les accomplir avec un calme, une sérénité, un naturel qui tromperaient le plus exercé des officiers ministériels. — Comment voulez-vous que témoins ou notaires y voient quelque chose, alors que le médecin lui-même a besoin souvent de toute son expérience, de toute sa compétence spéciale pour s'y reconnaître ! — Ces somnambules ne reculeront pas davantage, soyez-en sûrs, devant une dénonciation, un faux témoignage. Ils sont l'instrument passif de toutes vos volontés. Esther va écrire et signer devant vous : « Bon pour mille francs. » Son écriture est la même qu'à l'état de veille, à peine un peu plus ferme et moins hésitante sans doute que si je la faisais écrire devant vous étant éveillée.

Je ne parle pas des attentats de toutes sortes qui pourraient encore être commis sur sa personne. Ainsi, je lui donne devant vous des morceaux de papier, en lui disant que ce sont des pastilles de menthe. Elle les avale avec satisfaction. Il ne serait pas plus difficile de lui présenter de même le plus violent poison.

Un fait des plus importants, au point de vue de la médecine légale, c'est la rapidité vraiment extraordinaire avec laquelle on peut mettre un sujet en état de recevoir et d'exécuter une suggestion.

Voici, à ce propos, le jeune homme dont je vous parlais tout à l'heure. Il est extrêmement sensible aux actions hypnotiques. Vous le voyez en ce moment alerte, bien éveillé, absolument semblable, et il l'est en effet, à n'importe qui d'entre nous. Je lui donne un simple coup d'œil, presque imperceptible, et le voilà plongé dans un état d'absolue inconscience, sans que rien, dans son aspect extérieur, indique le changement profond qui vient de s'opérer en lui. — Je me trompe : il s'est produit une légère modification du timbre de sa voix. Mais ceci n'arrive pas chez tous

les sujets et encore, pour s'en apercevoir, faut-il connaître leur voix normale.

Tel que vous le voyez maintenant, il ignore ce qui se passe autour de lui et il obéira, aveuglément, avec la passivité d'une machine, à tout ce qu'il me plaira de lui ordonner. Il tuera, il mettra le feu, sans réflexion, sans révolte. Supposez, si vous voulez, que je l'aie rencontré dans l'antichambre du juge d'instruction. En moins d'une minute j'aurais pu lui dicter, sans qu'il s'en doutât, une déposition diamétralement opposée à celle que peut-être il avait l'intention de faire.

Le somnambulisme spontané, probablement moins rare que ne le disent les auteurs classiques, est encore assez mal connu.

L'étude approfondie du somnambulisme expérimental amènera certainement, dans un temps donné, les médecins à se rendre bien compte de cette manifestation de l'activité cérébrale si intéressante à tous les points de vue. Car, il se révèle non seulement chez des individus sains d'ailleurs, mais encore dans le domaine de la pathologie mentale, et en particulier dans la paralysie générale, dont elle constitue pour moi un des signes du début.

Quelques cas de somnambulisme spontané sont relatés dans divers auteurs.

On connaît l'histoire du religieux, rapportée par Fodéré, et cité par Legrand du Saulle, qui entra une nuit dans la cellule de son supérieur, les yeux ouverts, vêtu seulement de la tunique avec laquelle il avait dû se coucher et tenant un grand couteau à la main. Il alla droit au lit, eut l'air de vérifier avec la main si le prieur s'y trouvait effectivement; puis, il frappa trois grands coups tellement forts, qu'après avoir percé les couvertures, la lame entra profondément dans le matelas, ou plutôt dans la natte qui en tenait lieu.

Le prieur fut impressionné, comme bien on pense, par cette scène pendant laquelle il se trouvait heureusement assis à sa table de travail. Il remarqua néanmoins que le somnambule, dont le visage était contracté et les sourcils froncés lors de son entrée, présentait à sa sortie un air de détente et de satisfaction. Il le fit appeler le lendemain matin et l'interrogea. Le moine lui ayant raconté qu'il l'avait poignardé, en rêve, croyant venger la mort de sa mère, le prieur lui pardonna, puisqu'il ne s'agissait que d'un rêve, mais prit toutefois la précaution de faire fermer dorénavant en dehors la porte de sa cellule.

M. le docteur Mottet a lu, il y a quelques années, à la Société médico-psychologique, le compte rendu d'une très intéressante affaire.

Le nommé D..., arrêté à huit heures et demie du soir par des agents du service des mœurs qui déclaraient l'avoir vu rester plus d'une demi-heure dans un urinoir public et y commettre des actes contraires à la morale, fut jugé, condamné à trois mois de prison pour outrage public à la pudeur et écroué à la Santé. Chose bizarre, il paraissait comme hébété et ne se souvenait pas d'avoir été condamné. Ce ne fut que quelques jours après son incarcération qu'il revint à lui et put prévenir son patron de ce qui lui était arrivé.

D... avait été soigné quelques années auparavant à l'hôpital Saint-Antoine par M. le docteur Mesnet qui avait reconnu chez lui une prédisposition nerveuse des plus marquées et l'avait mis plusieurs fois en état de somnambulisme.

D..., ayant interjeté appel, fut soumis à l'expertise médico-légale de M. le docteur Mottet qui, connaissant ses antécédents, n'hésita plus, avec l'autorisation du président, à l'endormir dans la chambre du Conseil, en présence des magistrats, afin de leur permettre d'apprécier directement les choses.

M. le docteur Mesnet, appelé par son confrère, répéta ensuite devant eux des expériences qui furent jugées tellement concluantes que la Cour, infirmant le jugement frappé d'appel, proclama la complète innocence de D... à l'égard des faits honteux qui lui étaient reprochés, contre lesquels protestait, heureusement d'ailleurs, sa bonne réputation (1).

Autre fait non moins intéressant :

M. le docteur Girault (d'Onzain) avait à son service une jeune domestique chez laquelle il provoquait souvent le sommeil magnétique. A quelque temps de là, M. le docteur Dufay, médecin de la prison de Blois, en faisant sa visite, reconnaît cette jeune fille qui lui apprend, au milieu des larmes et des sanglots, qu'ayant quitté la maison de M. Girault, elle est entrée au service d'une dame de Blois qui vient de la faire arrêter pour vol.

« Comme j'avais vu, dit M. le docteur Dufay, mon confrère Girault provoquer chez elle le sommeil, je l'imitai et il me suffit de lui mettre ma main sur le front pour provoquer le somnambulisme. Alors je l'interrogeai et elle nous raconta qu'elle n'avait jamais eu la pensée de voler sa maîtresse, mais qu'une nuit il lui était venu à l'idée que certains objets de valeur appartenant à cette dame seraient plus en sûreté dans un autre meuble que dans celui où elle les avait placés. Elle les avait alors changés de place, se réservant d'en informer sa maîtresse.

Mais comme le souvenir ne persistait pas après le réveil, et comme, d'autre part, enfermée chez elle pendant la nuit, la dame ne voyait jamais sa bonne en état de somnambulisme, elle crut à un vol et porta plainte contre sa domestique.

J'allai aussitôt raconter ces faits au juge d'instruction; celui-ci m'écouta avec bienveillance, mais non sans un sourire d'incrédulité.

Cependant, il voulut bien, le lendemain, m'accompagner à la prison; la prisonnière, endormie de nouveau, répéta tout ce qu'elle m'avait dit la veille. Le magistrat écoutait avec attention, prenait des notes très détaillées, se faisant décrire la maison, la chambre, le meuble, le tiroir.

Aussi, lorsque, sorti de la prison, il se transporta chez la dame volée, il alla droit à la cachette et en retira les objets disparus, au grand ébahissement de la propriétaire. L'innocence de la prévenue était assez clairement démontrée, et sa maîtresse alla elle-même la chercher à la prison en lui faisant des excuses. »

Vous voyez que la question du somnambulisme spontané est de celles qui peuvent être soumises aux tribunaux. Nous avons donc le devoir de l'étudier soigneusement pour pouvoir venir en aide aux magistrats le jour où ils viendront faire appel à notre concours.

B. Rôle du médecin-expert. — Je ne saurais trop vous dire combien est délicat, en toute cette matière, le rôle du médecin-expert. Il ne lui suffit pas, en effet, de constater qu'un inculpé est hypnotisable et de faire en conséquence un appel banal à l'indulgence du tribunal. Il faut qu'il sache exactement à qui il a affaire, de façon à pouvoir établir sur des données positives soit la complète innocence de l'individu soumis à son examen, soit le degré réel de sa responsabilité. Notre rôle est, comme on l'a dit, d'éclairer la justice et non de lui arracher des coupables.

Il arrivera certainement que des gens, plus ou moins au courant de la question, simuleront l'hypnotisme croyant s'assurer ainsi l'impunité. — Le public s'imagine volontiers que c'est la chose la plus facile, et que les hommes qui

(1) On trouvera la relation médico-légale complète de cette curieuse observation dans la *Gazette des hôpitaux*, année 1881, p. 243.

s'occupent spécialement de ces délicates études se laissent plus ou moins aisément surprendre. Cela n'est pas aussi facile qu'on le dit. Vous connaissez les caractères objectifs certains de l'état hypnotique dans ses différentes phases; il vous suffira de constater nettement leur sériation naturelle et les différents symptômes que je vous ai précédemment exposés, pour être fixés sur la réalité des phénomènes observés.

Remarquez qu'il n'est pas nécessaire qu'un individu vous présente dans toute leur pureté les états classiques du grand hypnotisme pour que vous le déclariez apte à recevoir et à exécuter une suggestion. L'état le plus léger, le plus superficiel en apparence, la simple fascination, peut être suffisant pour cela. Je vous en ai montré tout à l'heure un exemple typique.

Arrivons maintenant au cas possible où des malfaiteurs viendraient à se servir d'individus en état de suggestion hypnotique pour leur faire exécuter, avec une précision d'autant plus grande, qu'ils sont plus inconscients, vous le savez, des crimes qui leur profiteraient et auxquels ils seraient en apparence étrangers. — Le *consilium* et l'*eventus*, comme disent les légistes, n'étant pas réunis en une même personne, celui qui aurait ordonné et préparé le crime échapperait au châtiment, comme étant resté matériellement en dehors de son exécution, peut-être même notoirement absent du lieu où il a été commis. L'autre, l'agent inconscient, y échapperait aussi comme n'étant pas moralement responsable.

Jusqu'ici, les attentats de ce genre imputables à l'hypnotisme sont restés dans le domaine du roman. Mais rien ne dit qu'un jour ou l'autre le procédé ne soit tenté par des mains instruites, expérimentées et en même temps perverses. Ce jour-là, il faut que la Justice puisse compter sur nous, pour faire la lumière et assurer la répression. L'hypnotique suggestionné peut devenir un aliéné dangereux d'une nouvelle espèce, et la société ne doit pas se trouver désarmée devant lui.

Nul n'est forcé de se laisser endormir. Le fait d'avoir livré, ne fût-ce qu'un instant, à autrui sa liberté morale suffit, croyons-nous, à créer dans une certaine limite la responsabilité. — N'y a-t-il pas là quelque chose d'analogue au fait de l'homme qui absorbe de l'alcool, qui boit pour se donner du courage, c'est-à-dire pour détruire les scrupules de sa conscience et perdre volontairement, en tout ou en partie, le sentiment de sa responsabilité? — L'hypnotisé devenu criminel n'est-il pas coupable d'avoir remis à des mains suspectes la direction de ses actes?

Lorsque vous aurez établi, à l'aide de caractères objectifs patents, la réalité de l'aptitude à la suggestion hypnotique; lorsque vous aurez, à l'exemple de nos distingués confrères, dans les cas que je vous ai cités, remis l'inculpé dans l'état où il était lorsqu'il a commis le crime ou le délit qui lui est reproché, il restera à savoir : — s'il y a eu véritablement suggestion étrangère, et alors c'est à l'instruction qu'il appartient d'en rechercher l'auteur; — ou bien s'il s'agit simplement d'une auto-suggestion, comme dans le cas du religieux dont je vous ai raconté l'histoire.

Je livre ces simples considérations à vos méditations, en vous engageant à diriger votre esprit dans ces voies nouvelles et à peine explorées. — Étudiez donc les problèmes délicats que soulève l'hypnotisme sous ce jour nouveau; vous y rencontrerez certainement des faits inédits, des procédés d'exploration plus précis, et quand les magistrats viendront vous demander votre concours dans certains cas graves qui intéressent l'honneur et la sécurité de vos concitoyens, vous serez à même de les seconder utilement, comme c'est votre devoir, dans leur œuvre de protection sociale.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. VERNEUIL.

I. Deux nouvelles amputations de cuisse. — II. Rétrécissement du rectum et épithélioma de la face.

I. Dans une précédente leçon (1), je vous ai longuement entretenus, à propos de plusieurs malades du service, des amputations de cuisse et principalement du pronostic de ces amputations, établissant une sorte de parallèle entre ce qu'il était autrefois et ce qu'il est aujourd'hui, grâce à cette grande conquête de la chirurgie moderne : je veux parler des méthodes antiseptiques.

Depuis lors j'ai fait une nouvelle opération de ce genre, j'ai amputé de la cuisse le malade qui est couché au n° 51 de ma salle des hommes. Je me suis décidé à cette opération alors que j'étais presque résolu à laisser mourir ce pauvre misérable par crainte de quelque lésion viscérale restée méconnue, malgré les plus sérieuses investigations auxquelles je me suis livré. L'amputation de cuisse que je lui ai faite a été, je puis le dire, une mesure véritablement suprême, car je craignais bien de le voir succomber.

Mais, avant de m'y décider, j'avais voulu avoir l'avis d'un de mes confrères, d'un médecin de cet hôpital, j'ai tenu à le consulter au sujet de certains troubles dyspeptiques auxquels cet homme était déjà en proie avant son arrivée à l'hôpital et qui s'accompagnaient d'un certain degré de ballonnement du ventre, avec amaigrissement prononcé. Ce ballonnement avait notablement diminué, tandis que l'amaigrissement s'accentuait.

Bref, mon confrère n'ayant pas vu de contre-indication absolue à l'opération, j'ai fait l'amputation de cuisse il y a cinq jours. Le malade étant préalablement endormi, cette amputation n'a donné lieu à aucun accident. Le pansement a été très simple, le malade n'a pas eu la moindre fièvre traumatique; loin de là, il a éprouvé, de son opération, un soulagement presque immédiat, à tel point que je m'applaudis absolument aujourd'hui de cette intervention, et que, finalement, j'ai même quelque espérance de voir ce pauvre malade guéri.

D'autre part j'ai eu aussi à faire hier une autre amputation de cuisse, mais je n'ai malheureusement pas ici les mêmes espérances que chez le malade précédent.

Ici j'ai opéré, à peu près *in extremis*, une jeune fille qui, outre ses lésions osseuses, avait une albuminurie infectieuse. Son arthrite purulente, traitée déjà par l'arthrotomie, s'accompagnait de fusées purulentes se prolongeant dans la cuisse. L'état général était très grave. Pouvais-je cependant la laisser mourir, sans faire une tentative suprême, sans intervenir par une dernière opération, la seule qui présentât encore quelques chances, si chances il y avait? Non. C'était, je le savais, faire de la mauvaise chirurgie, de cette chirurgie qui noircit rapidement nos statistiques; mais là n'est pas la question, et nous devons avoir le courage d'une dernière tentative de salut, quelque faibles

(1) Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 601.

que soient les chances de succès ou même si improbables qu'elles soient.

J'ai donc fait cette amputation et, chemin faisant, j'ai trouvé une très grande vascularisation du membre, j'ai rencontré un grand nombre de vaisseaux et, par suite, j'ai perdu un peu plus de sang que je ne l'aurais voulu ; ce n'est pas bien considérable, mais, eu égard à l'état de la malade, c'est encore trop.

La dépression qui a suivi l'opération n'a pas été très prononcée, mais nous avons eu soin de faire des injections d'éther. La température, dans la journée, ne s'est pas abaissée au-dessous de 36°. Cette nuit ma jeune malade a été un peu agitée, mais on lui a administré du chloral, et ce matin, à la visite, elle dormait assez bien. Néanmoins, elle avait encore l'air un peu moribond, quoique l'intelligence fût assez lucide. De plus, la température s'est relevée, elle est remontée à 36°6, soit 6 dixièmes de degré depuis l'après-midi d'hier.

D'ailleurs la malade est très étroitement surveillée, et mes internes sont prêts à injecter de nouveau de l'éther, si la dépression reparaissait.

Or, voici un des cas où certains chirurgiens auraient pu discuter de l'utilité de la transfusion. Mais, il faut bien le dire, cette opération a beaucoup perdu de l'enthousiasme qu'elle avait soulevé il y a quelques années.

Chez notre malade, le sang était extrêmement clair, il avait l'aspect de véritable sirop de groseille, et comme, sans être bien considérable, la perte de sang, pendant l'opération, avait été relativement assez notable, nous aurions pu songer à la transfusion, et plus d'un, parmi mes élèves, se serait empressé d'offrir la quantité de sang nécessaire. Cependant je ne l'ai pas faite ; tout d'abord j'en suis, habituellement, très peu enthousiaste, et de plus, dans le cas présent, nous aurions été en face de véritables contre-indications.

Vous savez que la transfusion est, en général, suivie immédiatement d'accidents hématuriques, de phénomènes rénaux. Or, nous étions, chez notre malade, déjà en présence d'une albuminurie infectieuse, d'une néphrite albumineuse double ; une transfusion ne pouvait donc qu'augmenter les accidents rénaux et, par suite, créer une nouvelle chance de mort. Ce motif, à lui seul, était plus que suffisant pour nous détourner de toute transfusion, au cas où nous en aurions eu primitivement l'intention.

D'ailleurs n'avons-nous pas, dans les injections d'éther, un excellent moyen de combattre la dépression consécutive à l'amputation ? Car, comme vous le savez aussi, la transfusion n'agit pas tant par le sang, introduit dans les vaisseaux, que par l'irritation de la paroi interne des veines.

Bref, si cette femme a eu hier 36 degrés dans l'après-midi, et ce matin 36°6, il ne faut pas oublier non plus que l'hypothermie est un phénomène ordinaire dans les affections rénales ; aussi, malgré l'état fort grave de notre opérée, je crois pouvoir dire ce matin que cette jeune fille n'est pas fatalement perdue, que peut-être même nous sera-t-il donné de la sauver.

II. Aujourd'hui, nous avons à pratiquer des opérations complémentaires.

En chirurgie, il ne suffit pas de savoir le résultat opératoire immédiat, mais il faut suivre ses malades, autant que possible, afin de connaître les résultats éloignés des opérations que l'on a pratiquées, les résultats définitifs ; il faut rechercher si le mal s'est reproduit ou non.

Nous avons reçu dans nos salles un malade, qui, depuis six ans, souffrait du côté du rectum, d'épreintes, coliques, douleurs plus ou moins vives, c'est-à-dire d'un rétrécissement du rectum. Il nous déclarait très fermement n'avoir jamais eu la syphilis ; je ne saurais le garantir, bien que je n'en aie retrouvé aucune trace. Je lui fis la rectotomie ; pendant trois ans, il s'en trouva bien, ne souffrant plus du tout. Mais, il y a un an, il a été repris des mêmes accidents que la première fois, et s'en est allé à l'hôpital de la Charité, où l'on a constaté une récidive. Il a été opéré de nouveau sous le chloroforme, on aurait fait un débridement du rétrécissement, or, en général, ce débridement ne signifie rien du tout, et parfois même est dangereux.

Bref cet homme, n'ayant en rien été soulagé par cette opération, est venu me trouver de nouveau à la consultation, me demandant à entrer, pour subir une nouvelle opération.

Je vais donc endormir mon malade, explorer son rétrécissement, afin de bien sentir, avec le doigt, le point où le rétrécissement s'arrête, je ponctionnerai alors avec le thermocautère, dans la direction de mon doigt, puis perforerai avec la sonde cannelée, en ayant soin de la faire revenir par le rectum et je couperai sur la ligne médiane. Après avoir lavé la plaie, si celle-ci saigne trop, je placerai de l'ouate, une petite mèche de gaze iodoformée, le tout maintenu par un bandage en T.

La seconde opération que je vais faire, est le complément de celle que j'ai pratiquée, il y a quelque temps, chez le même malade, pour un épithéliome, un adénome sudoripare qui lui a rongé le quart de la figure, perforant la paroi antérieure du sinus maxillaire. J'ai enlevé, à cette époque, le plus gros de son mal, tandis qu'aujourd'hui je vais procéder au curage de ce sinus, qui me donnera certainement de bons résultats, après quoi je comblerai avec soin toute cette perte de substance.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 juin 1888. — Présidence de M. Siredey.

COMMUNICATIONS

Traitement de la diarrhée par le talc. — **M. Sevestre** a employé, chez sept enfants, le traitement par le talc pour la diarrhée, préconisé par M. Debove (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 624). Il en a obtenu de bons résultats. Il a donné 20 grammes en quatre doses. La diarrhée a disparu, après quatre ou cinq jours. En même temps, ces enfants ont cessé de perdre de leur poids. Ces résultats sont encourageants.

M. Féréol a employé le talc, à la dose de 100 grammes pour 1 litre, contre la diarrhée des phthisiques et n'en a pas obtenu de très bons effets.

Épistaxis répétées chez un homme atteint de néphrite. — **M. Gaucher** vient d'observer un homme de trente-huit ans, entré le 20 mai à l'hôpital, pour des saignements de nez incoercibles, dont on ne s'était rendu maître que par le tamponnement des fosses nasales. Un médecin avait appliqué, sans succès, un vésicatoire sur la région hépatique.

Le 21, au matin, le malade était très affaibli, mais, à part cela, il ne présentait rien d'anomal. Pas de fièvre ; cœur, poumons normaux ; pas d'œdème. Mais l'urine contenait un peu d'albumine. Il y avait donc un léger degré de néphrite, et l'examen du malade confirmait cette manière de voir.

C'était, en effet, un distillateur, absorbant par son tube digestif, par ses poumons, une grande quantité d'alcool, qui en faisait un

alcoolique avéré. On le mit au régime lacté absolu; on lui donna une potion à l'extrait de ratanhia et de quinquina. L'amélioration ne tarda pas à se produire, les épistaxis disparurent; le 28 mai, le malade quitta l'hôpital.

Voilà donc un malade atteint d'une néphrite latente dont la seule manifestation a été une épistaxis. Son histoire prouve que, quand on recherche la cause d'une épistaxis, il est très important de faire l'examen de l'urine. On pourra de cette façon éviter de mettre, sans raison, des vésicatoires sur la région hépatique.

M. HUCHARD a observé un cas analogue, il s'agit d'un goutteux, arthritique avéré, ayant eu dans sa jeunesse des épistaxis abondantes et répétées. Jusqu'en 1883 le malade ne présenta aucun signe de néphrite; les urines n'étaient pas albumineuses; à ce moment il y eut une attaque d'aphasie transitoire due à l'anémie cérébrale. En 1885, il a constaté de l'albumine pour la première fois; et les accidents se sont précipités; le malade est mort d'une néphrite mixte avec tous les symptômes de l'urémie respiratoire.

M. Huchard est convaincu que les épistaxis étaient dues à cette hypertension artérielle qu'on rencontre toujours chez les arthritiques, goutteux (la goutte étant aux artères ce que le rhumatisme est au cœur). Sous l'influence de cette hypertension, le sujet est devenu artério-scléreux, et tardivement l'artério-sclérose rénale a produit la néphrite à laquelle il a succombé.

Goutte chez un enfant de quinze ans. — M. GAUCHER a observé un enfant de quinze ans qui se plaignait, à son entrée à l'hôpital, d'une douleur siégeant au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du gros orteil gauche, ayant brusquement débuté un matin, et s'accompagnant de gonflement de la région. Les autres articulations étaient indemnes. Pas de fièvre, pas d'albuminurie.

Comme antécédents personnels, une chute sur le genou gauche; parmi les parents on ne trouve aucun goutteux, mais la mère est arthritique.

L'absence d'arthropathies dans les autres articulations, le début brusque de l'affection, sa localisation ont fait porter le diagnostic de goutte, bien qu'il fût exceptionnel de rencontrer cette maladie chez un enfant aussi jeune. L'attaque, qui était déjà à son déclin au moment de l'admission à l'hôpital, a cédé en trois jours par l'application de cataplasmes et l'administration du salicylate de soude.

Vergetures dans la fièvre typhoïde. — M. TROISIER a constaté, chez un malade mort dans son service d'un cancer de l'estomac, sept ou huit vergetures siégeant à la partie supérieure de la cuisse et survenues pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde. Il rappelle, à ce propos, l'opinion de M. Bouchard; ces vergetures sont, en effet, dues à la croissance exagérée qui marque la convalescence de la fièvre typhoïde. A leur niveau, comme M. Troisier l'a démontré avec M. Manouvrier, la peau paraît atrophiée, le tissu élastique manque, il est reporté vers les parties voisines. Il y a, en un mot, déplacement et non suppression du tissu élastique.

M. BUCQUOY présentera, dans la prochaine séance, deux dessins, l'un d'un jeune garçon de quatorze ans, portant des vergetures exagérées consécutives à une fièvre typhoïde, l'autre d'une jeune fille chez qui les vergetures, survenues également après une fièvre typhoïde, siégeaient au niveau de la crête iliaque et au-dessous du sein; on dirait que la malade a eu une grossesse et qu'elle a allaité. Le développement des vergetures au-dessous du sein s'explique difficilement par une croissance exagérée, M. Bucquoy croit plutôt qu'elles sont le résultat d'un trouble trophique.

M. BARIÉ observe actuellement dans son service une jeune fille, convalescente d'une troisième rechute de fièvre typhoïde, chez qui se sont développées au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne 4 à 5 vergetures. Cette jeune fille a grandi considérablement pendant sa maladie.

M. TROISIER ne peut admettre, d'après les lésions histologiques qu'il a trouvées, que les vergetures soient le résultat d'un trouble trophique; il n'y a pas disparition de fibres élastiques mais simplement déplacement.

M. FÉRÉOL croit qu'on pourrait admettre un trouble trophique qui n'irait pas jusqu'à la disparition des fibres élastiques mais jusqu'à leur déchirure seulement. Le défaut de nutrition qu'on rencontre dans des maladies comme la fièvre typhoïde, la phthisie, expliquerait bien ce trouble trophique.

M. TROISIER dit que cette hypothèse ne répond pas tout à fait à ce qu'on entend par trouble trophique.

M. BUCQUOY fait observer que les vergetures ne sont pas toujours en rapport avec une croissance rapide; elles se montrent chez des individus convalescents de fièvre typhoïde dont la croissance n'a rien exagéré. La croissance les favorise sans doute, mais elle n'est pas suffisante pour les produire.

M. FÉRÉOL ajoute qu'on pourrait dire trouble nutritif au lieu de trouble trophique.

M. BARIÉ a observé des vergetures survenues chez un tuberculeux à la suite d'un zona; ceci ferait croire que les vergetures peuvent être en rapport avec un trouble du système nerveux.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 21 juin 1888, ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

4e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe.* — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Sauvé, Guérin, Drumez, Guillemin, Dromain, Péan, Fèvre, Ragot, Bruslé, Gabalda et Godard.

Au grade de pharmacien aide-major de première classe. — M. le pharmacien aide-major de deuxième classe Delpeyron.

5e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe.* — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Henry, Dubain, Huette, de Gislain, Chaignot et Menu.

6e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe.* — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Deligny et Marchal.

9e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe.* — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Bricard et Bontemps.

— Par décret, en date du 23 juin 1888, a été promu dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Guerchet, aide-médecin, docteur en médecine.

— Par décret, en date du 22 juin 1888, ont été promus dans le corps de santé militaire, et ont reçu, par décision du même jour, les affectations ci-après indiquées, savoir :

Au grade de médecin principal de première classe. — M. Challan, en remplacement de M. Pallin, promu; maintenu comme médecin chef de l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — M. Dufour, en remplacement de M. Challan, promu; désigné pour les fonctions de médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Dijon.

Au grade de médecin-major de première classe. — M. Mestrude, en remplacement de M. Champenois, retraité; maintenu aux hôpitaux de la division d'Alger. — M. Weil, en remplacement de M. Dufour, promu; désigné pour le 68e d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — M. Clément, en remplacement de M. Duriez, décédé; désigné pour le 52e d'infanterie. — M. Hugard, en remplacement de M. Lelesgue, mis en non-activité pour infirmités temporaires; désigné pour le 36e d'infanterie. — M. Marchand, en remplacement de M. Gardin, démissionnaire; désigné pour le 16e d'artillerie. — M. Lejeune, en remplacement de M. Mestrude, promu; désigné pour le 114e d'infanterie. — M. Berthoud, en remplacement de M. Weil, promu; désigné pour les hôpitaux de la division d'Alger.

— Le concours de clinicat médical, de clinicat des maladies

des enfants et celui des maladies syphilitiques et cutanées, a commencé aujourd'hui pour la constitution du jury.

Les épreuves cliniques communes à ces trois concours auront lieu, à neuf heures du matin : le mardi 26 juin 1886, à l'hôpital de la Charité; le mercredi 27 juin, à l'hôpital de la Pitié; le jeudi 28, à l'hôpital de la Charité.

— *Faculté de médecine de Paris.* — L'ouverture du concours du clinicat chirurgical a eu lieu aujourd'hui lundi 15 juin 1888, à neuf heures un quart du matin. Les deux questions données pour la première épreuve (composition écrite) sont : 1° Région sous-ombilicale de la paroi abdominale antérieure; 2° Des fistules stercorales.

La lecture des compositions commencera jeudi prochain, 28 juin 1888, à neuf heures un quart du matin; l'épreuve de médecine opératoire aura lieu le mardi 3 juillet 1888, à 9 heures un quart du matin.

— Le Congrès archéologique de France (55e session, 1888, de Bayonne-Dax) vient d'accorder une distinction flatteuse à l'un de nos sympathiques et distingués confrères des Landes. Le comité, à l'unanimité, a remis une médaille d'argent à M. le docteur Léon Sorbets (d'Aire), pour ses nombreux et intéressants mémoires archéologiques, insérés dans plusieurs revues savantes.

— *Hospices civils de Saint-Étienne.* — Un concours pour une place de chirurgien s'ouvrira, le 10 décembre 1888, à l'Hôtel-Dieu de Lyon. — Le chirurgien, nommé à la suite de ce concours, entrera en fonctions le 1er janvier 1889. Son traitement sera de 1 500 fr. par an. — S'adresser, pour les conditions du concours, au secrétariat des hospices de Saint-Étienne, rue Valbenoite, n° 40.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Guilhembet (de Bordeaux).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 74. — JEUDI 28 JUIN 1888. 61e ANNÉE. JEUDI 28 JUIN 1888. — N° 74.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française



Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie s'est occupée de nouveau de la pelade, qui, on se le rappelle, a été l'objet d'une discussion encore pendante. M. Leloir a communiqué sur ce sujet un travail intéressant. Il se rallie aux conclusions formulées par MM. Ollivier, Besnier et Bucquoy, relativement aux mesures prophylactiques à prendre contre cette affection, mesures infiniment moins sévères que celle qui a été prise jusqu'ici, et qui consiste à renvoyer impitoyablement, des lycées et des écoles du gouvernement, les jeunes gens atteints de pelade.

Après cette lecture et l'élection de MM. Barnsby (de Tours) et Charpentier (de Nancy), comme membres correspondants, la parole a été donnée à M. Hardy, pour la continuation de la discussion sur la lèpre. Laissant de côté la question de la contagiosité de la lèpre, question qui lui paraît loin d'être résolue, M. Hardy s'est placé sur le terrain de la pratique, et c'est à ce point de vue surtout qu'il a discuté les conclusions de M. Besnier. Il ne s'associe nullement au cri d'alarme poussé par les contagionnistes, et, au lieu de renvoyer les lépreux, il propose de les attirer chez nous, afin qu'ils bénéficient de l'influence salutaire de notre climat, car M. Hardy accorde une grande importance au climat et à la race, relativement à l'étiologie de la lèpre. Après quelques courtes observations de MM. Rochard et Leloir, M. Besnier, plus particulièrement visé dans le discours de M. Hardy, a été incité par M. le Président à prendre la parole. Il ne l'a prise que pour dire qu'il considérait la discussion comme close, après les conclusions si sages de M. Cornil. Il a cependant ajouté qu'il ne doutait pas que, lorsque la question de la lèpre reparaîtrait devant l'Académie, tous ses membres fussent d'accord sur sa contagiosité. Il est certain qu'en matière de contagion, on ne saurait se montrer trop réservé, quand on voit ce qui s'est passé pour la tuberculose dont, il y a vingt ans à peine, personne ne soupçonnait la contagion.

Signalons encore une intéressante observation de M. Le Dentu, sur l'extraction d'un calcul rénal et la suture du rein, ainsi qu'un long rapport de M. Lagneau sur le régime cellulaire, récemment étudié par M. Voisin, en Belgique. On voudrait apporter de nombreuses améliorations au sort des détenus, améliorations telles que la prison deviendrait, pour beaucoup de gens, l'idéal du confortable et du bien-être.

HOTEL-DIEU. — M. RECLUS.

Leucoplasie et cancroïde des muqueuses buccale et vaginale.

Depuis les leçons de Bazin et la thèse de M. Debove, nous connaissons très bien cette affection de la langue à laquelle on a donné une foule de noms, tels que leucoplasie buccale, psoriasis buccal, icthyose, et que MM. Besnier et Merklen ont appelée stomatite épithéliale chronique superficielle, tous noms auxquels je préfère celui de leucoplasie buccale comme plus court et comme définissant bien le caractère principal de cette affection.

Plusieurs cas observés en ville et deux faits récents dans le service, m'ont permis de suivre son évolution complète depuis le début, c'est-à-dire depuis la tache opaline jusqu'à la plaque épaisse, jaunâtre, jusqu'au cancroïde, à l'épithéliome qui en sont la terminaison.

Le premier malade dont je vais vous parler est un homme, entré en décembre dernier, pour un énorme lymphadénome du cou et qui, après avoir quitté l'hôpital, vient de temps en temps nous voir. A cette époque, sa langue était lisse, dépapillée, vernissée et divisée, d'arrière en avant, par un sillon médian, par une crevasse s'étendant du V lingual à la pointe de la langue et de laquelle partaient des sillons secondaires comme les nervures d'une feuille, circonscrivant une série d'îlots. Chacun d'eux avait un aspect spécial, uni, dépapillé, à reflets opalins, bleuâtres, comme une goutte de lait diffusée à sa surface.

D'ailleurs, aucun trouble fonctionnel, si ce n'est que cet homme était moins habile dans les mouvements de sa langue et que celle-ci était d'une assez grande sensibilité à certaines substances, notament au vinaigre dont la moindre goutte était très douloureuse. Cet homme attribuait l'état de sa langue à un abus invétéré du tabac, d'autant plus que, chaque fois qu'il en suspendait ou en diminuait l'usage, sa langue s'améliorait. Cet état de la muqueuse linguale est le premier degré de l'affection qui nous occupe, car il ne présente rien encore qui ressemble à quelque épithéliome.

Chez un second malade, au contraire, l'affection présente

déjà un autre caractère; celui d'un papillome. On trouve un sillon antéro-postérieur profond avec des sillons secondaires, de véritables fissures formant des îlots quadrillés dans lesquels la langue présente, en certains points, un aspect lisse, vernissé, et, dans d'autres, des papilles plus grosses, saillantes; dans d'autres encore des saillies égalisées par une sorte d'enduit épithélial. Ici plus d'irisations mais des placards d'un jaune verdâtre. De plus, dans la partie moyenne de la crevasse médiane, une petite tumeur arrondie, irrégulière, ayant l'aspect d'une fraise saupoudrée de sucre. Il semble que l'on soit en présence de quelque épithéliome ordinaire, d'autant plus que déjà nous trouvons chez ce malade, fabricant d'instruments de chirurgie, un ganglion sous-maxillaire commençant. Aussi je serais déjà intervenu chirurgicalement, si le traitement auquel j'ai eu recours n'avait pas déjà amené une certaine amélioration.

Le troisième malade est un homme de cinquante-six ans, que j'ai vu pour la première fois il y a deux ans environ. Il était venu me consulter pour une tumeur de la partie externe de la langue, ulcérée et saignante, tumeur cancroïdale, au pourtour de laquelle on apercevait de petites plaques blanchâtres, opalines. Bref, il s'agissait d'un épithéliome développé sur une plaque leucoplasique et compliqué déjà de l'apparition de ganglions sous-maxillaires. Je l'opérai au mois de mai 1885 et, déjà au mois de septembre suivant, je constatais une récidive en un point opposé de sa langue; je fis une nouvelle ablation de la partie malade, si bien que sa langue n'a plus aujourd'hui ni bord droit, ni bord gauche, j'ai enlevé aussi tous les ganglions envahis. Cet homme, depuis lors, s'est toujours très bien porté, il présente seulement encore une petite tache leucoplasique.

Quant au quatrième malade, la maladie a pour siège un point assez exceptionnel, car presque toujours la leucoplasie est linguale. Ici donc elle s'est développée à la partie interne de la lèvre. C'est au mois d'octobre 1882 qu'un de mes confrères de Nemours me l'a présenté. Il avait été lui-même consulté, seulement huit jours auparavant, pour une douleur que cet homme éprouvait à la face interne de la joue; au milieu de quelques plaques blanches on apercevait une fissure allongée qu'il attribuait au rebord d'une grosse dent molaire. Or, dans l'espace de huit jours, une tumeur s'était développée. Dans tout le vestibule buccal et sur la langue, on apercevait des plaques psoriasiques et à la partie interne de la joue, une tumeur ayant la forme d'un cautère nummulaire à la base d'implantation pédiculée et surmontée d'un plateau large comme une pièce de 50 centimes. Je l'opérai quatre jours plus tard, or, dans cet intervalle de quatre jours entre mon premier examen et l'opération, la tumeur avait doublé de volume, elle était plus large qu'une pièce de 1 franc.

Donc, j'enlève la tumeur, la guérison est très rapide. Mais, un mois plus tard, je constatais l'existence d'un ganglion sous-maxillaire; je fais l'évidement de la région. L'année suivante, le 5 juin 1883, je trouvai une tumeur nouvelle développée sur une plaque psoriasique siégeant sur la face interne de la lèvre inférieure, tumeur formant encore un plateau avec étranglement au-dessous et ulcérée à la surface. L'insuccès de mes premières opérations m'engagea à consulter MM. Trélat et Verneuil. Tous deux me conseillèrent d'enlever rapidement cette nouvelle tumeur. Or, en quatre jours, elle avait encore plus que doublé, si bien que je dus faire l'ablation de toute la lèvre inférieure. Cette fois le résultat a été parfait et actuellement, en 1887, quatre ans plus tard, cet homme, qui a soixante-douze ans, va très bien et ne présente pas la moindre récidive.

Le cinquième fait est plus important et sa localisation beaucoup plus rare, car la leucoplasie n'a pas encore été décrite là où j'ai eu l'occasion de la voir, quoique quatre cas au moins aient été déjà signalés. Il s'agit d'une leucoplasie de la muqueuse vaginale, chez une femme de cinquante-huit ans.

A l'âge de douze ans, l'existence de dartres vaginales avait vivement effrayé sa mère; dartres pour lesquelles elle fut soignée pendant six ou sept ans. A vingt ans, elle se maria, elle n'eut pas d'enfants et n'a jamais éprouvé aucun trouble du côté de la matrice, de sorte qu'aucun médecin n'a jamais eu l'occasion de la visiter.

A cinquante ans, elle a commencé à éprouver de la raideur dans le vagin et à l'entrée de la vulve, le coït était douloureux. M. Hardy, consulté à cette époque, la traita par le chlorate de potasse. Le traitement fut inefficace. Il en fut de même de celui qui lui fut prescrit par M. Besnier. Elle alla trouver ensuite M. Raymond qui me l'a amenée. L'affection dont elle était atteinte était un cancroïde de la grande et de la petite lèvre pénétrant dans le vagin et s'arrêtant en haut au niveau du clitoris et du méat. L'opération, que j'ai pratiquée au mois de décembre 1885, m'a forcé à enlever une masse énorme. Réunion par première intention, guérison.

Jusqu'en août 1886, la malade va bien, aucune altération; à cette époque, je constate l'existence d'une petite plaque leucoplasique, épaisse, qui n'a pas les reflets argentés du début, mais l'aspect jaune verdâtre avec squames se détachant. Je parle de cautérisation; la femme, très pusillanime, s'y refuse. En octobre, la tache n'a fait aucun progrès; mais il n'en est plus de même au mois de mai de cette année. A cette époque, une tumeur ayant l'aspect d'une framboise avec ses irrégularités s'est développée sur la plaque leucoplasique. Il s'agit, sinon d'un cancroïde, tout au moins d'un papillome. J'opère immédiatement après avoir insensibilisé la région à l'aide d'une injection de cocaïne et j'enlève largement toute la plaque et un peu au delà : la tumeur était un épithéliome. Depuis lors, cette femme va bien, si ce n'est que, sur les limites de l'opération, on aperçoit une sorte de reflet argenté qui me fait redouter quelque récidive plus ou moins prochaine.

En résumé, voici cinq observations dont le groupement nous montre l'évolution de la maladie, depuis les reflets bleuâtres du début jusqu'au cancroïde.

Mais s'agit-il d'une dégénérescence épithéliale dès le début? Non, car nombre de malades sont restés vingt, trente, quarante et cinquante ans, sans qu'aucun cancroïde se soit développé, et sont morts de toute autre affection. Seulement ce que nous savons, c'est que la maladie s'est terminée d'après certaines statistiques par un cancroïde, soit 1 fois sur 5, 1 fois sur 4 et même 1 fois sur 2.

Existe-t-il quelque relation entre la fréquence du cancroïde et l'étendue de la leucoplasie? Pas davantage. Pouvons-nous dire à quelle époque le cancroïde se développe sur la leucoplasie? Non, nous n'en savons absolument rien. C'est ainsi que, sur 59 cas, on a vu 2 fois la tumeur se développer plus de quarante ans après l'apparition de la première plaque psoriasique; 5 fois vingt ans après, 8 fois dix ans après, 7 fois deux ans après et 37 fois à peu près simultanément

Comme nous venons de le dire, on voit souvent le psoriasis buccal donner lieu au cancroïde, ce dernier est-il donc un stade fatal de la maladie, conséquence directe du psoriasis ? L'examen de la texture des plaques ne nous fournit aucun renseignement à cet égard, les deux lésions sont absolument indépendantes l'une de l'autre, et l'on ne voit aucune filiation entre elles.

Ce que l'on peut dire avec MM. Besnier et Trélat, c'est que les plaques psoriasiques sont des causes incessantes d'irritation et que toute irritation, comme on le sait, favorise le développement du cancroïde.

Quant au traitement, il doit avoir pour but tout d'abord d'empêcher l'apparition de l'épithéliome par tous moyens ayant pour but d'enrayer l'irritation de la langue. Ainsi, suppression du tabac et des aliments épicés, irritants. Traitement par des collutoires. Depuis Bazin on a vivement insisté sur les bons résultats des eaux cuivrées de Saint-Christau, dans les Basses-Pyrénées. On a cru à l'efficacité de l'arsenic, il n'en était rien.

Lorsqu'on a vu sur une plaque leucoplasique des papillomes se développer, faut-il intervenir chirurgicalement ? Je suis d'avis que, lorsqu'on voit se développer d'une façon très nette un papillome, il faut l'enlever, sans au préalable envoyer le malade aux eaux de Saint-Christau, malgré l'opinion contraire de M. Paul Bernard qui a rapporté des observations très intéressantes démontrant leur efficacité. Je dis qu'il faut l'enlever, le diagnostic différentiel du papillome et du cancroïde étant très difficile à faire. A plus forte raison, faut-il opérer aussi largement que possible en enlevant les plaques psoriasiques voisines lorsqu'il s'agit d'un cancroïde.

Sur les six observations qui me sont personnelles, les résultats ont été jusqu'à présent très bons, sauf l'un d'eux, opéré il y a quatorze mois et qui va probablement mourir très prochainement en pleine récidive, mais, ici encore, j'ai eu une survie assez longue. Un malade que j'ai opéré avec MM. Brissaud et de Beurmann, il y a six ans et deux mois, va très bien, il n'a eu qu'une légère récidive peu après sa première opération et rien depuis lors. Le malade de Nemours opéré trois fois, la dernière en janvier 1884, va très bien. Celui que j'ai opéré en 1885, puis en 1886, va très bien aussi, nulle récidive nouvelle sauf une petite plaque. Un cancroïde de la langue, opéré à Versailles en janvier 1886, va très bien, il n'a pas eu la moindre récidive. Enfin, la femme que j'ai réopérée au mois de mars dernier après une année de bénéfice de sa première opération, me donne aussi de grandes espérances. En somme donc, 5 succès sur 6 cas et encore le sixième a-t-il bénéficié de plusieurs mois de survie.

Que ce soit une série heureuse, je le veux bien, néanmoins l'opération n'en a pas moins donné d'excellents résultats.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Le Dentu.

De la néphro-lithotomie.

Un homme de quarante ans souffrait des reins depuis l'âge de dix ans. Quoiqu'il n'eût jamais expulsé un seul gravier, le diagnostic de la lithiase rénale était possible en tenant compte des hématuries, des douleurs de coliques néphrétiques qu'il avait présentées.

Dans ces conditions, je proposai une néphro-lithotomie. L'opération eut lieu le 18 février 1888

1° Longue incision des téguments et des muscles, parallèle à la douzième côte, commençant à la masse sacro-lombaire et se terminant à quinze centimètres en avant.

2° Le rein isolé offre quelques bosselures peu saillantes dans son tiers inférieur; on sent un calcul au niveau du bassinet.

3° Incision transversale de trois centimètres, sur la face postérieure, portant un peu sur le bassinet, mais surtout sur la substance rénale.

4° Extraction du calcul, qui a environ 2 centimètres 1/2 de long sur 1 centimètre de large, avec l'index recourbé en crochet. Avec une curette, on enlève quelques débris restés dans le calice.

5° Après nettoyage antiseptique du bassinet, je place cinq points de suture de catgut numéro 0, sur la plaie transversale du rein, trois points espacés sur la plaie du bord convexe.

L'opéré urine, dans les premières vingt-quatre heures, 300 gr. d'urine mélangée de sang et de caillots. Au bout de trois à quatre jours l'urine est normale. Jusqu'au sixième jour, il ne passe pas une goutte par la plaie. Il s'en échappe une quantité notable, du sixième au quinzième jour, puis du dix-neuvième au vingt-troisième jour.

Le drain a été enlevé au quinzième jour. La plaie était entièrement cicatrisée en moins d'un mois.

J'ajouterai quelques remarques à cette observation. L'hémorrhagie, que l'on pourrait craindre quand on incise le parenchyme rénal sain ou très peu altéré, est facilement arrêtée par la moindre compression.

S'il est préférable de ne pas mettre le rein complètement à nu, on a vu que la décortication complète n'a nullement nui, dans ce cas, à la réunion de la plaie, ni déterminé l'infiltration de l'urine. Une autre fois, j'espère éviter entièrement le passage de l'urine par la plaie, en incisant de préférence le bord convexe du rein, si le calcul n'était pas trop enclavé, et en me servant, pour la suture du rein, de fils de catgut plus fort, du numéro 2.

Ce qui ressort des observations, publiées jusqu'à ce jour, et de la mienne, c'est que l'écoulement de l'urine par la plaie ne donne jamais lieu à l'infiltration de ce liquide, et qu'il dure seulement quelques jours. La guérison a lieu sans persistance de fistule.

Si l'on compare, au point de vue de la gravité, la néphro-lithotomie sur un rein sain, avec la même opération sur un rein suppuré, il y a, en faveur de la première, un avantage énorme comme bénignité. Le pronostic de la seconde est assombri par l'état de septicémie, plus ou moins accusé, dans lequel sont les opérés.

Les difficultés que l'on éprouve à dégager ou à extraire les calculs contenus dans le bassinet, ont amené plusieurs opérateurs à créer une instrumentation spéciale, inconnue en France.

Les pinces peuvent suffire pour les cas simples, mais souvent l'extraction présente des difficultés, aussi ai-je fait faire des curettes pour cet usage.

Le cas que je viens de rapporter porte à quatre le nombre des néphro-lithotomies que j'ai pratiquées jusqu'à ce jour.

Dans l'un des cas, il y avait une fistule lombaire qui m'a servi de guide. Le rein renfermait 45 grammes de calculs.

Dans deux cas, il y avait un abcès du bassinet, une pyonéphrose non ouverte à l'extérieur. L'un des malades a guéri avec persistance d'une fistule, l'autre, épuisé par la septicémie, a succombé.

En résumé, sur 4 cas, 3 guérisons, 1 mort.

HOPITAL DU MIDI. — M. du Castel.

De la blennorrhagie aiguë, uréthrite antérieure et postérieure.

J'ai l'intention de vous entretenir aujourd'hui d'une maladie qui, malgré son existence ancienne, malgré sa fréquence et les nombreux travaux dont elle n'a cessé d'être l'occasion, présente encore bien des inconnues, je veux parler de la blennorrhagie. Je ne m'attarderai pas dans une des-

cription détaillée de ce qu'ont pu écrire sur ce sujet tous nos devanciers; ne me demandez pas de vous définir ce qu'est la maladie que nous allons étudier, de vous en déterminer exactement la nature et les limites; ce que je me bornerai à vous dire, c'est que la blennorrhagie a toutes les allures des maladies d'origine parasitaire; les observations de chaque jour s'accumulent pour rendre de plus en plus probable que le gonococcus est le microbe provocateur de la plupart des blennorrhagies que nous observons.

Mais il est possible aussi que quelques-unes d'entre elles reconnaissent une autre origine, sans que nous puissions actuellement encore leur assigner des caractères particuliers.

La marche régulière de la blennorrhagie a permis de lui décrire quatre périodes successives : d'incubation, d'augment, d'état et de déclin.

La période d'incubation est de courte durée : quatre ou cinq jours habituellement; assez souvent elle ne dépasse pas deux ou trois jours; il est beaucoup plus rare de la voir se prolonger pendant une semaine; quant aux faits de plus longue durée, ils sont absolument exceptionnels et ont même été mis en doute. Cependant je puis citer le fait d'un malade de bonne foi, qui est venu me consulter pour une blennorrhagie dont les accidents dataient de la veille seulement, tandis que l'époque à laquelle il s'était exposé aux dangers de la contagion remontait à six semaines. Il s'agissait, dans ce cas, d'une première blennorrhagie et non du réveil d'une blennorrhagie ancienne; chez cet individu la maladie parcourut toutes ses phases avec une régularité extrême.

Quoi qu'il en soit, deux à cinq jours après que le malade s'est exposé à l'infection, quelques picotements légers sont ressentis dans la région de la fosse naviculaire; l'émission de l'urine éveille le long du canal une faible sensation de chaleur et, bientôt après, quelquefois même d'emblée, la suppuration de l'urèthre fait son apparition. Une humeur opaline agglutine les lèvres du méat déjà légèrement rouge et tuméfié; la pression exercée sur le canal fait apparaître une gouttelette grisâtre, opaline, filante, et, en quelques heures, en une journée, l'écoulement devient abondant, jaune verdâtre, franchement purulent, parfois mêlé de sang. Le gland est turgescent, les lèvres apparaissent rouges, luisantes, gonflées, renversées au dehors.

Vers le cinquième jour, l'écoulement est phlegmoneux; la miction éveille des douleurs parfois atroces dans les zones génitale et anale, des érections pénibles et répétées troublent le sommeil, la verge est tendue (chaudepisse cordée); la marche augmente les accidents douloureux; le palper exercé sur le trajet du canal provoque la sensibilité et permet parfois de constater un certain degré d'épaississement des parois, parfois même l'existence de quelques granulations inflammatoires.

Cette période d'état, qui n'atteint heureusement pas dans tous les cas un pareil degré d'intensité, puisqu'il est des malades chez qui l'écoulement indolent constitue à lui seul toute la maladie, se prolonge plus ou moins longtemps, mais rarement moins de plusieurs semaines, et fait place à la période de déclin qui ne se caractérise que par la diminution des accidents que je viens d'énumérer. Arrivée à ce point, la maladie s'éteint peu à peu dans l'espace de quelques semaines et, si une thérapeutique bien dirigée intervient, elle peut disparaître en quelques jours.

Dans ces blennorrhagies régulières, modérées, l'inflammation reste absolument superficielle : une congestion peu profonde de la muqueuse, parfois quelques érosions sans gravité, sont les seules lésions existantes. Mais il s'en faut de beaucoup que les choses se passent toujours avec une pareille simplicité; des écarts de régime presque inévitables pendant le cours d'une maladie d'aussi longue durée, un vice de constitution de l'individu atteint, voire même une thérapeutique mal conçue, peuvent devenir l'occasion d'accidents sérieux, de complications, dont deux seulement nous occuperont ici : l'extension de la maladie en profondeur et en surface.

Chez quelques malades, pendant la période aiguë de la blennorrhagie, une inflammation phlegmoneuse, un abcès, se développe au niveau de la paroi inférieure de l'urèthre; il s'ouvre en laissant écouler un pus franchement phlegmoneux et se ferme bientôt, surtout si l'on a eu soin de s'entourer de toutes les précautions antiseptiques. Ces petits phlegmons sont dus au développement des foyers phlegmasiques nés au pourtour des glandules de l'urèthre. L'inflammation blennorrhagique, après avoir pénétré dans l'intérieur des glandes, franchit leurs parois, gagne le tissu cellulaire qui les entoure et donne lieu aux accidents que je viens de signaler. C'est là d'ailleurs une complication rare. Le plus souvent, l'extension de l'inflammation en profondeur ne se fait pas avec cette acuité, mais lentement, sourdement, avec les allures de la chronicité dont l'aboutissant est la sclérose des tissus atteints, leur transformation fibreuse et, par suite, la production des rétrécissements uréthraux.

L'extension la plus commune de l'inflammation blennorrhagique est en surface, celle-ci passant de l'urèthre antérieur dans l'urèthre postérieur qui, ainsi que l'anatomie le démontre, sont pour ainsi dire séparés l'un de l'autre par la musculature accusée de la portion membraneuse qui forme entre les deux régions une sorte de barrière, de sphincter. C'est ainsi qu'il existe deux urèthres distincts, l'un sans cesse en communication avec l'extérieur, l'autre avec la vessie dont il forme pour ainsi dire le vestibule.

Ces deux urèthres, antérieur et postérieur, présentent la même indépendance pathologique que physiologique et les maladies de l'un ou de l'autre restent souvent localisées dans celui où elles ont pris naissance. C'est ainsi que la blennorrhagie née dans l'urèthre antérieur ne pénètre que difficilement dans l'urèthre postérieur ou s'y montre souvent atténuée quand elle y a pénétré. La barrière de séparation, en effet, ne peut guère être franchie que par suite de manœuvres intempestives (cathétérisme, injection poussée trop violemment) ou bien chez certains sujets pour qui un état morbide général (rhumatisme, scrofule, lymphatisme) a créé une infériorité de résistance.

L'opinion de M. le professeur Guyon sur la rareté de l'uréthrite postérieure dans la blennorrhagie simple a été combattue par M. le docteur Aubert (de Lyon) et par ses élèves. Pour cet auteur, l'invasion de l'urèthre postérieur dans la blennorrhagie serait presque constante; elle existerait dans plus des neuf dixièmes des cas. Bien plus, soixante-dix malades sur cent auraient des accidents de prostatite consécutivement à l'invasion des parties postérieures de l'urèthre par la blennorrhagie.

Cette opinion me semble avoir une part de vérité; il me paraît certain qu'assez souvent la blennorrhagie s'accompagne d'un certain degré d'inflammation de la muqueuse vésicale mais la fréquence et l'importance de cet accident me semblent avoir été exagérées par l'École lyonnaise et la coexistence

d'une prostatite, quelque superficielle qu'on l'admette, me paraît loin d'être une complication habituelle de la blennorrhagie. Dans tous les cas l'inflammation de l'urèthre postérieur reste très légère et ne va pas jusqu'à la purulence; le contre-coup subi par l'urèthre postérieur et la vessie, n'est qu'un retentissement bien affaibli de ce qui se passe dans l'urèthre antérieur. L'inflammation y reste superficielle. Née après l'uréthrite antérieure, elle disparaît spontanément avant celle-ci et passera même inaperçue pour celui qui ne la recherchera pas minutieusement.

Quand l'uréthrite postérieure s'accentue au point de constituer une véritable complication de la blennorrhagie, les envies d'uriner apparaissent fréquentes, impérieuses. Elles se reproduisent plusieurs fois dans l'espace d'une heure, et si pressantes que le malade ne peut retarder de quelques secondes une émission qui, cependant, ne produira que quelques gouttes d'urine. Dans les cas graves, c'est quinze et vingt fois que le malade est obligé de se lever chaque nuit par le besoin d'uriner. Chaque émission s'accompagne de spasmes violents des régions vésicale et périnéale et il n'est pas rare de voir le sang apparaître dans l'urine au moment du paroxysme des spasmes provoqués par l'inflammation de l'urèthre postérieur.

Lorsque les accidents acquièrent cette intensité, les phénomènes inflammatoires, par une sorte de bascule, s'atténuent dans l'urèthre antérieur et l'écoulement purulent de la blennorrhagie devient moins abondant, quelquefois presque nul. Cependant, les accidents de l'uréthrite postérieure, malgré leur intensité, tombent souvent assez vite. Sous l'influence d'un traitement méthodique, il est fréquent de les voir disparaître en quelques jours et ne pas prolonger sensiblement la durée de la maladie. Pourtant dans quelques cas, ils persistent, bien qu'atténués, et l'on voit l'uréthrite postérieure passer à l'état chronique, une des variétés de la blennorrhagie chronique.

Tels sont les principaux symptômes de la blennorrhagie uréthrale aiguë dont la connaissance nous permettra, dans la prochaine leçon, d'apprécier plus facilement la valeur et les indications des principaux traitements qui lui ont été opposés.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 juin 1888. — Présidence de M. Hérard.

CORRESPONDANCE

M. le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts transmet l'ampliation d'un décret par lequel est approuvée l'élection de M. Damaschino dans la section de pathologie médicale.

— M. Cazalis écrit à l'Académie une lettre de protestation contre les conclusions de M. Marty sur le plâtrage des vins. Il annonce un mémoire de M. le docteur Cot sur ce sujet. La conclusion de ce mémoire est que la dose maxima de sulfate de potasse contenue dans 1 litre de vin doit être fixée à 4 grammes.

— M. Poulet (de Plancher-les-Mines) adresse un pli cacheté contenant de nouvelles recherches sur le suc intestinal (Accepté).

— M. Niepce (d'Allevard) adresse une note sur la lèpre au point de vue de la contagion. Il résulte de ses recherches, dans les Alpes-Maritimes, que la cohabitation d'un homme sain avec une femme lépreuse, et réciproquement, détermine la maladie surtout si le terrain est favorable.

DISCUSSION SUR LA PELADE

M. Leloir fait une communication sur ce sujet. (Sera publiée.)

ÉLECTIONS

L'Académie procède à l'élection de deux correspondants nationaux, quatrième division. (Voir pour le classement, *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 653).

Pour la première place, M. Barnsby (de Tours) obtient 34 suffrages; M. Charpentier (de Nancy), 14; M. Soubeyran (de Montpellier), 7. En conséquence, M. Barnsby est proclamé élu.

Pour la deuxième place, M. Charpentier obtient 35 suffrages; M. Soubeyran, 17; M. Fleury (d'Alger), 2; M. Balland (d'Amiens), 1. En conséquence, M. Charpentier est élu.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA LÈPRE

M. Hardy laisse de côté la question de contagiosité de la lèpre, qu'il ne trouve pas tranchée d'une façon définitive. Il en sera ainsi tant que l'inoculation de la lèpre ne sera pas démontrée. La découverte du bacille de cette affection n'a pas élucidé la question de contagiosité. En effet, de ce qu'une maladie est parasitaire, il ne s'ensuit pas qu'elle soit contagieuse. Il suffit de citer pour exemple la fièvre intermittente, ainsi que l'a fait justement observer M. Le Roy de Méricourt. M. Hardy laissera donc de côté cette question théorique de la contagion, pour ne s'occuper que de la question pratique, résumée dans les conclusions de M. Besnier.

MM. Besnier et Vidal ont demandé des mesures préservatrices. Pour M. Hardy, malgré les relations plus fréquentes avec les pays lépreux, malgré le plus grand nombre de cas observés en France, les craintes exprimées par ses collègues lui paraissent exagérées. Ainsi que l'a très sagement dit M. Cornil, nous ne connaissons pas la biologie du bacille de la lèpre, nous ne connaissons rien sur le mode de propagation de cette affection, nous savons seulement, qu'il existe des conditions qui peuvent favoriser son apparition ou même sa contagion. Mais il faut surtout tenir compte, dans ces faits, des races et des climats. Il est bien avéré, par exemple, que les Chinois, les Indiens, les Nègres, les Créoles, les Scandinaves paraissent plus disposés à être atteints de la lèpre. Les Européens, au contraire, sauf les Norvégiens, semblent jouir d'une immunité relative pour cette maladie. En effet, un grand nombre de nos compatriotes ont été dans les pays à lèpre; ils en sont revenus. Y en a-t-il beaucoup parmi eux qui aient été atteints? Il y en a sans doute un certain nombre, mais ce sont ceux qui sont restés longtemps dans ces pays, qui ont perdu les caractères de leur race. La lèpre se comporte tout autrement que la fièvre jaune; tandis que celle-ci frappe surtout les nouveau-venus, la lèpre n'atteint que ceux qui sont acclimatés aux pays où elle règne.

Il en est des climats comme des races; certains climats paraissent favorables au développement de la lèpre. Est-ce une question de sol, de température, d'air atmosphérique? Nous n'en savons rien. Peut-être le climat suffit-il à lui seul pour produire la lèpre. Les climats de la France, de l'Allemagne, de l'Angleterre ne paraissent pas favorables à son développement. On a bien été obligé autrefois d'avoir, dans ces pays, des léproseries, d'y prendre des mesures sévères contre la lèpre; mais ces précautions sont aujourd'hui devenues inutiles, parce que la lèpre n'est pas une maladie nostras. Il en est des maladies comme des animaux et des plantes; le dindon, la pomme de terre s'acclimatent partout; d'autres animaux, d'autres plantes ne peuvent vivre que dans les pays où ils trouvent des conditions favorables.

Il en est de même de la lèpre. M. Cornil a cité des pays, en France, où se trouvent des lépreux et même des léproseries; Nice, Menton, San Remo. Or, dans ces pays, les lépreux ne sont pas isolés; ils vont et viennent et, pour cela, ne propagent pas la maladie. Nous avons des soldats qui, depuis plusieurs années, vont en Cochinchine; y contractent-ils la lèpre? Les rapports des médecins militaires n'en font pas foi. Il en est de même pour les marins. Nous devons donc admettre, qu'il existe des conditions favorables et des conditions défavorables au développement de la lèpre. Mais nous n'avons aucune raison d'effrayer nos populations, en leur prescrivant des mesures prophylactiques exagérées

contre cette maladie. Nous n'avons pas à craindre l'invasion de la lèpre dans nos pays, et M. Hardy ne s'associe nullement au cri d'alarme poussé par MM. Besnier, Vidal et Leloir. En admettant qu'un lépreux puisse devenir un foyer de contagion, c'est un foyer de bois vert bien facile à éteindre. Nous avons, en effet, des lépreux un peu partout et, nulle part, nous ne voyons d'exemples de contagion. M. Vidal n'a cité qu'un seul exemple, celui de cet Irlandais, qui a mis les vêtements de son frère, mort de la lèpre, et qui a été atteint à son tour. Pour ce seul exemple, M. Hardy ne partage pas les craintes de M. Besnier et ne s'écrie pas avec lui : *Caveant consules.*

De l'hygiène tant qu'on voudra ; mais M. Hardy ne veut pas de police sanitaire en matière de lèpre. Quelles mesures d'ailleurs lui demandera-t-on de prendre ? Voudra-t-on rétablir les léproseries, voudra-t-on faire porter aux lépreux un signe distinctif, un uniforme ? Il est donc inutile de saisir les autorités. Au lieu de repousser les lépreux, laissons-les venir à nous; c'est une question d'humanité, nous ne devons pas leur refuser les bénéfices de l'influence salutaire de notre climat, pas plus que les soins éclairés de ceux de nos confrères qui s'occupent de cette maladie et au premier rang desquels M. Hardy place MM. Besnier, Vidal et Leloir.

M. ROCHARD a vu beaucoup de lépreux dans l'Inde, dans la Guyane, aux Antilles, à Bourbon. Il n'a vu que deux Européens atteints de la lèpre, un officier de marine et un jeune garçon de quinze ans qu'il a précisément adressé à M. Hardy. Quant aux cas de réforme pour lèpre dans les hôpitaux de la marine, il n'en a pas eu un seul à enregistrer.

M. LELOIR dit qu'actuellement la lèpre envahit l'Europe et menace de s'étendre, là où on ne prend pas de précautions. M. le docteur Michelson (de Königsberg) lui a dit dernièrement que la lèpre gagne du côté des provinces baltiques de la Prusse. Je ne suis pas, dit M. Leloir, de l'avis de M. Hardy, il revient parfois des soldats et des marins lépreux des colonies, j'en ai publié des cas. Parfois, le diagnostic de la lèpre étant très difficile, on porte seulement ce diagnostic : maladie de peau. (Tel est le cas du militaire relaté par M. Cornil dans la dernière séance.)

Que mon éminent maître, M. Hardy, à propos de l'influence des races, me permette de lui rappeler un cas qu'il m'a communiqué et que j'ai publié dans mon traité; il s'agit d'une jeune Anglaise qui contracta la lèpre après un court séjour à Nice. Avait-elle perdu les caractères de la race anglo-saxonne, pour un séjour d'à peine un an à Nice?

Tous les climats peuvent être envahis par la lèpre; les froids comme les chauds, les tempérés comme les extrêmes, etc.

Aussi suis-je bien de l'avis de M. Hardy, il faut tenir compte de l'influence climatérique.

M. BESNIER répondra plus tard à M. Hardy. Il considère maintenant cette discussion comme close après les conclusions si sages, si réservées, de M. Cornil. L'étude de la lèpre, comme celle de beaucoup d'autres maladies, procède par étapes. Dans une première étape, c'est-à-dire dans la première discussion qui a eu lieu à l'Académie sur la lèpre, aucun des orateurs qui ont pris la parole n'était contagionniste. Dans cette seconde discussion, ou dans cette seconde étape, la moitié des orateurs se montre contagionniste ; M. Besnier ne doute pas que, dans une troisième étape, tout le monde ne soit d'accord sur la réalité de la contagion de la lèpre. En attendant, cette discussion doit être close; il faut maintenant de nouveaux faits et de nouvelles études.

M. LE PRÉSIDENT déclare close la discussion sur la lèpre.

LECTURE

De la néphro-lithotomie. — M. LE DENTU fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 687.)

RAPPORT

Du régime cellulaire. — M. LAGNEAU fait un rapport sur l'état physique, intellectuel et moral, des détenus dans les prisons cellulaires de Belgique, récemment étudiées par M. le docteur Auguste Voisin; il rappelle d'abord que l'emprisonnement cellulaire a été adopté en France, conformément à la loi du 5 juin 1875, pour les prévenus, non encore reconnus innocents ou coupables, ainsi que pour les condamnés à des détentions de courte durée, de moins d'un an, avec réduction à neuf mois, mais l'emprisonnement cellulaire n'a pas paru devoir être employé pour les condamnés à des détentions prolongées.

Ce mode d'emprisonnement aurait augmenté le nombre des suicides et des cas d'aliénation mentale.

Or, en France, par suite de mauvaises dispositions de certaines prisons, par suite du trop grand nombre de détenus, par suite de leur isolement imparfait, on n'obtient pas du régime cellulaire les résultats obtenus en Belgique. Dans ce pays ce régime est strictement appliqué. Chaque détenu est réellement séparé des autres détenus. Mais de nombreuses visites leur sont faites par les gardiens, les aumôniers, les directeurs, les instituteurs, les maîtres-ouvriers leur apprenant des métiers.

Dans les prisons cellulaires de Belgique, la mortalité générale, la proportion des suicides et des cas d'aliénation mentale ne paraissent pas plus considérables que dans les prisons en commun. Les détenus ne s'y démoralisent pas, et, par leur apprentissage durant leur détention, sont mis à même de gagner honnêtement leur vie lors de leur sortie de prison.

A quatre heures trois quarts, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Laboulbène sur les titres des candidats correspondants nationaux (première division). Voici le classement proposé :

En première ligne, M. Morache (de Bordeaux) ; en deuxième ligne, M. Chédevergue (de Poitiers) ; en troisième ligne, *ex æquo*, M. Fabre (de Commentry) et Niepce (d'Allevard); en quatrième ligne, *ex æquo*, MM. Bottentuit (de Plombières) et Villard (de Marseille).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 23 juin 1888, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — M. Gardin, médecin-major de deuxième classe de l'armée active, démissionnaire.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Jeanton, Suzanne, Lenhard, Laherre, Pigornet, Baillet, Dufestel, Cullère, Longueval, Hecht, Lacayre, Jannaut, Cassaët et Vanhaecke.

— Par décision ministérielle, en date du 22 juin 1888, les officiers du corps de santé militaire, dont les noms suivent, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir :

MM. les médecins principaux de première classe Guillemin, pour les fonctions de directeur du service de santé du 3e corps d'armée ; Debaussaux, pour les fonctions de directeur du service de santé de la brigade d'occupation de Tunisie.

M. le médecin-principal de deuxième classe Milon, pour les fonctions de médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Besançon.

MM. les médecins-majors de première classe Sonrel, pour le 32e d'infanterie; Blanc, pour le 27e d'artillerie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Blanchetière, pour le dépôt du 101e d'infanterie ; Carrière, affecté pour ordre au 1er zouaves ; Bonnet, pour le 6e d'infanterie ; Darré, pour le 33e d'infanterie ; Villedary, pour le 90e d'infanterie ; Altemaire, pour le 63e d'infanterie ; Prat, pour le 18e d'infanterie; Janicot, pour le 22e d'infanterie ; de Schuttelaère, pour le 135e d'infanterie ; Béquin, pour le 51e d'infanterie, et Gaillard, pour le 87e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de première classe Pelix, pour le 130e d'infanterie ; Dumontier, pour le 134e d'infanterie ; Privat, pour l'École de cavalerie d'Autun ; Courboulès, pour le 128e d'infanterie ; Folliasson, pour le 4e régiment du génie.

M. le médecin aide-major de deuxième classe Pettier, pour le 25e d'infanterie.

— M. Marchand (Cl.-J.), médecin-major de deuxième classe, est désigné pour le 16e d'infanterie.

— Le concours pour deux places de chirurgien au Bureau central vient de se terminer par la nomination de MM. Michaux et Chaput.

— Le concours de l'adjuvat vient de se terminer par les nominations suivantes : M. Callot; MM. Dagron et Pfender, *ex æquo;* MM. Mordret, Isch-Whall et Arnould.

— La prochaine séance de lecture du concours du prosectorat de la Faculté de médecine de Paris aura lieu demain jeudi, 28 juin 1888, à neuf heures du matin.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Dautigny, interne des hôpitaux de Paris.

— M. Alph. Berget soutiendra, devant la Faculté des sciences de Paris, le 28 juin 1888, à huit heures et demie, pour obtenir le grade de docteur ès sciences physiques, une thèse intitulée : « Sur la conductibilité thermique du mercure et de quelques métaux. »

— M. Jacques Curie soutiendra, devant la Faculté des sciences de Paris, le 30 juin 1888, à huit heures et demie, pour obtenir le grade de docteur ès sciences physiques, une thèse intitulée : « Recherches sur le pouvoir inducteur spécifique et sur la conductibilité des corps cristallisés. »

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

M. P..., quarante-deux ans, filateur, très nerveux, migraineux, éprouve un choc moral considérable, lors de l'incendie de sa filature. Ce choc moral est suivi d'asthénie nerveuse, de fourmillements au niveau de la peau et, en particulier, au niveau du cuir chevelu. Une quinzaine de jours après l'accident, les cheveux commencent à tomber, et un mois après il vient me consulter pour une pelade de la barbe et du cuir chevelu. Je n'ai jamais pu trouver la moindre trace de contagion dans l'entourage du sujet, malgré le peu de précautions qu'il prenait.

Chez le nommé Auguste A..., la peladoïde survint également dix jours après un choc moral déterminé par la peur d'un incendie où il faillit périr. Elle débuta et évolua de la même façon que chez le sujet précédent. Aucune trace de contagion, bien que femme et enfants se fussent servis pendant longtemps de son peigne et de sa brosse.

Chez Louis M..., la peladoïde survint de la même façon que chez les deux malades précédents, douze jours après la perte subite et complète de sa fortune dans une faillite.

Chez Adrien B.., c'est brusquement, neuf jours après la mort de sa femme chérie, que survint la peladoïde.

Dans d'autres circonstances, ce n'est pas d'une façon aussi éclatante, à la suite d'un choc moral, que se montre la peladoïde. C'est à la suite de surmènement, d'excès, altérant le système nerveux d'un sujet souvent névropathe antérieurement.

Tel l'exemple suivant auquel j'en pourrais adjoindre plusieurs autres, tout aussi caractéristiques.

En 1884, je fus consulté pour une pelade ayant envahi toute la région occipitale et la région temporo-frontale droite, par un jeune homme de vingt-cinq ans, très névropathe, surmené par le travail et les excès vénériens. Il me raconta, qu'il y a dix ans, les migraines, auxquelles il était sujet, augmentèrent d'une façon considérable et furent, en outre, accompagnées de névralgies occipitales et temporo-frontales très pénibles, surtout du côté droit. Un an après, apparition d'une plaque de pelade au niveau de la région occipitale droite. Cette pelade allait en augmentant continuellement. Depuis son apparition, jusqu'au jour où il est venu me consulter, c'est-à-dire pendant neuf ans, il n'a pris aucune précaution. Ne croyant pas que sa maladie fût contagieuse, il se servait des mêmes peignes, brosses, etc., que son père, sa mère, ses frères et sœurs, que ses amis, que les nombreuses maîtresses qu'il a eues pendant cet espace de neuf ans. Aucune personne de son entourage ne fut atteinte de pelade.

En 1885, ce jeune homme que je soignais depuis près de deux ans (sans amélioration notable) me dit qu'il veut se ranger, changer de vie et se marier, mais qu'il recule devant le mariage, parce que, à mon insu, il a consulté un médecin en renom, lequel lui a dit que sa maladie était contagieuse, ce qui l'a d'ailleurs fortement étonné. Qu'en pensez-vous docteur, me dit-il? J'étais, je l'avoue, très embarrassé. Pouvais-je lui permettre de se marier; ou, au contraire, fallait-il le condamner au célibat comme mon confrère? Mais ce célibat menaçait de se prolonger indéfiniment. Sa pelade datait déjà de plus de dix ans, depuis cette époque, elle suivait une marche lentement, mais graduellement extensive, et ce n'est qu'à grand peine que depuis environ deux ans que je le soignais, j'étais arrivé à faire repousser quelques îlots de cheveux. D'autre part, les troubles nerveux qui avaient précédé et accompagné le mal, l'absence reconnue de toute contagion auraient dû, me disais-je, rendre tout au moins perplexe le confrère contagionniste. Je crus de mon devoir de ne pas, pour une simple présomption de contagiosité, que rien ne venait justifier dans le cas actuel, compromettre l'avenir de ce jeune homme et je lui permis de se marier.

Il est actuellement marié depuis près de trois ans et père de deux charmants bébés.

Inutile de dire qu'il n'a contaminé ni sa jeune femme, ni personne de son entourage.

Je le revoyais encore il y a peu de temps (car il est toujours atteint de sa pelade, qui s'améliore très légèrement par places), et ce n'est pas sans une pointe d'ironie, qu'il me rappelait l'avis du confrère qui voulut le condamner au célibat. J'eus beau lui expliquer qu'il s'agissait ici d'une question de doctrine, il en veut toujours à ce confrère et à cette doctrine qui, dit-il, pouvaient sans raison compromettre son avenir.

Je demande pardon, à l'Académie, des détails de cette observation; mais elle rappelle, dans un sens opposé, celle que M. Hardy a relatée en 1887 à l'Académie.

Pour en finir avec cette première classe des peladoïdes trophoneurotiques, je dois signaler qu'il m'a été donné d'examiner histologiquement les nerfs périphériques et les nerfs cutanés recueillis au niveau des plaques de pelade, de deux sujets morts d'une affection intercurrente. Dans un cas, les nerfs cutanés présentaient tous les signes de la névrite dégénérative atrophique (névrite dite parenchymateuse), en voie d'évolution, telle que je l'ai décrite à propos de différentes affections cutanées d'origine nerveuse dans mon travail de 1881. Dans un autre cas, les nerfs cutanés étaient absolument sains. L'on ne peut donc tirer une conclusion valable de ces examens histologiques.

Dans ma deuxième classe, je range les observations où, les troubles nerveux, le surmenage, les traumatismes, etc., ne peuvent être invoqués pour expliquer l'apparition de la pelade, et où, par contre, une enquête minutieuse ne m'a pas permis de trouver trace de contagion chez le sujet ou dans son entourage.

Ces observations sont au nombre de 35.

Dans ma troisième classe, je range les observations où, m'appuyant sur une enquête suffisamment précise, j'ai été amené à considérer comme contagieuse la pelade dont étaient atteints mes malades.

Ces observations sont au nombre de 21.

M. X..., vingt-six ans, étudiant en pharmacie, de très belle santé apparente, est atteint depuis trois ans de pelade de la barbe. Il vint me consulter en 1885, parce que la pelade a envahi son cuir chevelu. Quelques mois après, il m'amène son ami intime, qui partageait le même logement que lui; cet ami est atteint depuis plusieurs semaines d'îlots de pelade achromique. Mais ce n'est pas tout. Avant de me consulter X... était allé passer chez lui les vacances de Pâques. Il n'avait pris aucune précaution, se servant des peignes, brosses, etc., de ses parents, de ses frères et de ses sœurs. Plusieurs mois après son retour de vacances, X... vient m'annoncer que sa mère, un de ses jeunes frères et sa petite sœur sont atteints de pelade, ce que je ne tardai pas à constater quand il me les amena pour les soigner.

A propos de ce groupe des pelades contagieuses, je dois ajouter que, dans les 92 cas où j'ai pratiqué un examen histologique des plus minutieux des cheveux et des squames épidermiques, je n'ai pas une seule fois trouvé de parasites présentant des caractères suffisamment tranchés pour pouvoir être supposés pathogènes ou même suspects. Dans un cas, j'ai trouvé sur des coupes de cuir chevelu peladique, dans le derme, de petites granulations que l'on aurait pu prendre pour des micrococci et qui présentaient les caractères du parasite de la pelade, récemment décrit par Robinson. Un examen approfondi n'a pas tardé à me convaincre, que je n'étais pas en présence de micrococci, mais des mastzellen de Ehrlich ou de granulations de matière colorante précipitée. J'ai aussi inoculé 10 cobayes, 6 lapins,

2 chiens et 5 chats avec des cheveux et des râclages épidermiques, recueillis au niveau des régions peladiques. Aucun de ces animaux n'a présenté le moindre signe de la pelade.

En somme, sur 142 cas de pelade, observés par moi dans ces dernières années, j'en prends 92 où j'ai pu établir une enquête suffisamment précise et suffisamment prolongée, pour que l'observation présente une réelle valeur scientifique et je trouve :

36 cas de pelade d'origine nerveuse que j'ai dénommés, dans le courant de cette note, peladoïdes trophoneurotiques.

35 cas, où la nature trophoneurotique ou contagieuse de l'affection n'a pu être déterminée.

21 cas, où la nature contagieuse du mal semble ne pouvoir être mise en doute.

Que conclure de tout ce qui précède ? C'est que, ainsi que je le professe depuis 1884, me ralliant à l'opinion de MM. Besnier, Lailler, Vidal, il existe des pelades contagieuses et des alopécies présentant les caractères de la pelade, qui doivent être rattachées à un trouble de l'innervation.

Mais il reste à déterminer les caractères cliniques et anatomo-pathologiques permettant de distinguer les vraies pelades contagieuses, des pelades d'origine nerveuse ou peladoïdes trophoneurotiques.

Après ce que je viens de dire, il est inutile, je pense, d'exprimer longuement mon opinion sur les mesures que l'on doit prendre au point de vue prophylactique. Exclure fatalement, rigoureusement, tout peladique de l'école, des lycées, etc., me paraît excessif, surtout si, comme cela arrive parfois, l'évolution de la pelade et les phénomènes qui l'ont accompagnée peuvent faire penser à la peladoïde trophoneurotique. Mais, comme dans nombre de cas, — j'allais dire le plus grand nombre, — on ne peut savoir si l'on se trouve en présence d'une pelade vraie, contagieuse ou d'une peladoïde trophoneurotique, il faut, non pas s'abstenir dans le doute, mais adopter et faire adopter les mesures prophylactiques si bien déterminées par MM. Besnier, Ollivier, Bucquoy. Enfin, s'il est reconnu que l'on est en présence d'une pelade contagieuse, il serait prudent peut-être d'adopter absolument les mesures radicales d'isolement et d'exclusion indiquées par M. Hardy.

Telle est la règle de conduite que j'ai suivie à Lille, et jusqu'ici (est-ce un effet du hasard) je n'ai pas trop eu à m'en plaindre. A ces mesures on pourrait peut-être adjoindre un règlement, prescrivant aux coiffeurs de désinfecter leurs instruments dans une solution de sublimé ou autre, avant et après leurs manipulations. Cela a été, je crois, proposé en Allemagne. Il suffirait d'ailleurs probablement non d'un règlement, mais d'un avertissement au public, pour que les clients exigent des coiffeurs ces mesures de précaution.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1887-1888.

240. M. Teulière. Des complications mortelles de l'adénopathie trachéo-bronchique. — 241. M. Vincent (Martin). Ponctions et injections antiseptiques dans les hémarthroses du genou. — 242. M. Dauriac. Cancer primitif de la région clitoridienne. — 243. M. Rosenthal. Sur les déformations de la cloison du nez et de leurs traitements chirurgicaux. — 244. M. Hamaïdé. Contribution à l'étude clinique des anesthésies dépendant de lésions en foyer de l'écorce cérébrale. — 245. M. Le Noc. Contribution à l'étude clinique de la forme suffocante de la tuberculose miliaire aiguë. — 246. M. Lamare. De la ténacité et de la rupture du cordon ombilical. — 247. M. Poney. Recherches sur les microbes du pus blennorrhagique. — 248. M. Foveau. De la vaginite et de son traitement. — 249. M. Letenneur. Les tumeurs stercorales en obstétrique. — 250. M. Romme. Contribution à l'étude de l'acétonurie et du coma diabétique. — 251. M. Tostivint. Contribution à l'étude de l'hystérie pulmonaire (pseudo-phthisie hystérique).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décrets, en date du 26 juin 1888, ont été nommés dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin de première classe. — M. Bouquet, médecin de première classe de la marine, démissionnaire.

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Vidal, médecin de deuxième classe de la marine, démissionnaire.

— *École de médecine d'Alger.* — M. Malosse, agrégé, est nommé professeur de chimie, en remplacement de M. Ducruzel, décédé.

— *École de médecine de Nantes.* — M. le docteur Dianoux, suppléant, est nommé professeur de clinique ophthalmologique (chaire nouvelle).

— MM. Bouvier et Fabre-Domergue, docteurs ès sciences naturelles, sont nommés stagiaires près le Muséum.

— Les médecins des bureaux de bienfaisance sont priés d'envoyer avant le 4 juillet, à M. le docteur Gibert, rue Keller, 38, l'indication des modifications qu'ils jugent utiles d'apporter au règlement du concours.

— Dans le cours de la présente saison thermale, M. l'inspecteur général des services sanitaires visitera, avec un ingénieur des mines, un certain nombre d'établissements thermaux. Cette inspection portera sur l'aménagement des eaux et sur les installations balnéaires.

— Sont nommés membres du Comité d'inspection et d'achats de livres près les bibliothèques de : 1° Avesnes, M. le docteur Mouronval; 2° Marvejols, M. le docteur Daudé.

— M. le docteur Raymond, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, est chargé d'une mission en Russie, pour étudier, dans les centres universitaires de ce pays, les questions d'enseignement médical relatives aux maladies nerveuses.

— M. le docteur Paul Loye, préparateur de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris, est chargé d'une mission à l'effet d'étudier l'organisation de l'enseignement médico-légal en Allemagne et en Autriche.

— Le Congrès pour l'étude de la tuberculose chez l'homme et chez les animaux aura lieu, à Paris, du 25 au 31 juillet 1888.

Adresser les cotisations (10 francs), à M. G. Masson, trésorier, 120, boulevard Saint-Germain, et les communications à M. le docteur Petit, secrétaire général, 11, rue Monge.

— La Société de stomatologie tient ses séances le troisième lundi de chaque mois, à huit heures et demie du soir, au Palais des Sociétés savantes, rue Serpente, 28. — Adresser les lettres et les communications au secrétaire général, M. le docteur Galippe, 65, rue Sainte-Anne.

— Le mardi 3 juillet 1888, à 8 heures et demie du matin, M. Held soutiendra, devant la Faculté des sciences de Paris, pour obtenir le diplôme de docteur ès sciences physiques, une thèse ayant pour titre : « Contribution à l'étude des nouveaux dérivés des éthers acétylcyanacétiques. »

— M. Gourée de Villemontée soutiendra, devant la Faculté des sciences de Paris, le 5 juillet 1888, à huit heures et demie, pour obtenir le grade de docteur ès sciences physiques, une thèse inti-

tulée : « Recherches sur la différence de potentiel au contact d'un métal et d'un liquide. »

— En présence du succès de la caravane hydrologique qu'elle avait organisée sous son patronage en 1887, la Société française d'hygiène vient d'organiser une nouvelle excursion, qui permettra de visiter, dans les mêmes conditions, les stations climatériques et thermo-minérales de la Suisse et des Vosges. L'excursion aura lieu du 15 au 31 août prochain.

L'itinéraire suivant a été adopté : Lucerne, Zurich, Pfœffers, Baden, Schinznach, Rheinfelden, Luxeuil, Plombières, Gérardmer, Bussang, Vittel, Contrexéville, Martigny, Bourbonne et Sermaize.

La Compagnie des chemins de fer de l'Est a bien voulu accorder une réduction de 50 %, en faveur des excursionnistes qui prendront part à la caravane. Des prix spéciaux sont assurés dans les hôtels.

Dans les stations qui doivent être visitées, des fêtes sont préparées pour recevoir la caravane de concert avec les municipalités, le corps médical et les sociétés locales.

Cette excursion présentera un grand intérêt au point de vue scientifique. Des conférences seront faites dans chaque station, par les médecins les plus compétents.

Ceux qui désirent y prendre part doivent s'adresser, pour les renseignements complémentaires, à M. Joltrain, secrétaire de la Société française d'hygiène, 49, avenue Wagram, à Paris.

Les listes d'adhésion seront closes le 31 juillet.

— M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste au Muséum, fera sa prochaine excursion géologique, le dimanche 1er juillet 1888, à Gentilly, Villejuif et Arcueil. Le rendez-vous est à la porte d'Italie à onze heures. On sera de retour à Paris vers cinq heures.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 76. — MARDI 3 JUILLET 1888. 61e ANNÉE. MARDI 3 JUILLET 1888. — N° 76.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Fournier.

Influence de la syphilis sur le système sympathique, algidités secondaires locales et générales.

La syphilis ne réagit pas seulement sur le système cérébro-spinal, pour y déterminer divers désordres, ainsi que je l'ai démontré dans diverses leçons; le système nerveux sympathique ou ganglionnaire peut être aussi affecté par elle; il l'est même assez fréquemment, chez la femme du moins, dans le cours de la période secondaire.

Ce sont donc les troubles, apportés par la syphilis, dans ce dernier système, que je veux étudier aujourd'hui.

Parmi les manifestations de ce genre, je vous signalerai en première ligne un ordre de phénomènes des plus curieux, se reliant à l'influence encore obscure de la syphilis sur les fonctions les plus intimes de l'organisme : je veux parler des troubles de caloricité.

Ces troubles secondaires consistent :

1° En des *refroidissements partiels, des algidités locales*, circonscrites surtout aux extrémités des membres;

2° En des *sensations plus générales de refroidissement*, de froid intérieur, paraissant intéresser tout l'organisme.

a. Le premier de ces phénomènes consiste simplement dans un abaissement de la température normale des extrémités.

Nombre de femmes, à la période secondaire de la syphilis, présentent ce curieux phénomène d'avoir les extrémités des membres notablement refroidies. Ces femmes sont, bien entendu, de la catégorie de celles dont le système nerveux trahit l'influence spécifique par une série de troubles divers. Et les extrémités, pieds ou mains, sont quelquefois froides comme du marbre, froides, quoique protégées par les couvertures du lit, comme celles d'un cholérique ou d'un cadavre.

Qu'est-ce que cela? C'est purement et simplement un phénomène nerveux qui se produit assez fréquemment chez des sujets nerveux, au cours de la période secondaire, phénomène connu et décrit sous le nom d'algidité secondaire.

Ces algidités secondaires, tout naturellement, sont variables d'intensité et on peut leur reconnaître trois degrés : un degré léger dans lequel les extrémités sont fraîches simplement; un degré moyen, où elles sont froides; et un degré intense, où elles sont véritablement glacées.

Elles sont généralement circonscrites aux mains et aux pieds. Parfois elles se continuent, en s'atténuant, sur le segment inférieur de l'avant-bras et de la jambe. Quand elles sont très intenses, elles peuvent se prolonger un peu plus haut vers la racine des membres, s'affaiblissant toujours de plus en plus, comme intensité de phénomènes, à mesure qu'elles s'éloignent des extrémités.

Légères ou moyennes, elles ne constituent qu'une singularité sans la moindre importance. Mais s'exagérant, atteignant un haut degré, elles créent une incommodité réelle, pénible même, et s'accompagnent alors de certains troubles. Les mains deviennent gourdes et comme percluses par le froid; elles perdent leur agilité habituelle et ne sont plus capables d'un travail délicat. C'est ce dont se plaignent nos malades, en disant qu'elles ne peuvent plus ni coudre, ni enfiler leurs aiguilles, que leurs mains sont comme mortes, qu'elles sentent à peine ce qu'elles ont entre les doigts, etc.

D'ailleurs l'exploration thermométrique *in situ* démontre la réalité de cet abaissement de la température périphérique et confirme en cela l'impression perçue par le simple toucher. Elle atteste même que la chute de la température peut être considérable en certains cas.

b. A ces refroidissements locaux s'ajoute parfois un autre phénomène : la sensation générale de froid. Celui-ci n'est pas moins simple que le premier; il se réduit à un sentiment de froid interne et général, ayant tout le corps pour siège, et de froid continu, permanent, lequel n'est que momentanément et incomplètement soulagé par la chaleur artificielle ou l'exercice.

Lorsqu'il n'est que léger ou tout au plus moyen, le phénomène est peu remarqué et passe inaperçu du médecin, parce que les malades ne s'en plaignent pas. Mais dans les cas plus intenses, il devient une incommodité réelle qui étonne les malades et dont elles ne manquent guère de se plaindre.

Maintes fois, j'ai vu des femmes de mon service qui, même en été, se couvraient comme en hiver, s'enveloppaient frileusement de châles et de couvertures. Il en est même qui gardent constamment le lit, parce qu'elles ne se trouvent à peu près bien que là, et réclament des édredons

et des boules d'eau chaude, en témoignant, autant par leur habitus que par leur dire, d'une sensation vraiment étrange de refroidissement continu. Et il va sans dire que, sur ces mêmes femmes, on observe ce refroidissement des extrémités, que je signalais tout à l'heure.

Enfin, dans quelques cas bien plus rares, exceptionnels même, mais qu'il faut citer, cette sensation de froid intense (qui coïncide toujours avec des refroidissements périphériques appréciables) s'exagère encore et devient un véritable *état algide*, qui se complique de frissons, de tremblements, de claquements de dents, etc.

J'ai eu dans mon service, pendant l'été, une malade affectée de ce symptôme bizarre à un degré vraiment extraordinaire. Par une température tropicale dont tout le monde souffrait, elle se disait *gelée*, et grelottait du matin au soir; ses extrémités étaient froides, cholériques. Pendant une quinzaine de jours elle resta dans cet état sans parvenir à se réchauffer.

Des symptômes de cet ordre, quelle qu'en soit l'origine, ne peuvent évidemment se produire que par l'intermédiaire de la circulation. C'est manifestement la fonction chargée d'apporter le sang dans les organes et d'en répartir la quotité dans chaque organe, qui préside à ces phénomènes d'abaissement de la température, à savoir la fonction de la circulation.

Ces algidités impliquent donc *a priori* des troubles circulatoires. Ces troubles, en effet, existent et ils consistent en des modifications du pouls, appréciables à l'exploration digitale, plus appréciables encore à l'exploration sphygmographique.

Le pouls perd de son amplitude, de sa force normale, et cela proportionnellement à l'intensité des phénomènes algides. Il devient petit, comme si l'artère avait subi un retrait. Il est faible, mou, dépressible.

Lorsque l'algidité est extrême, il devient à peine sensible; il faut le chercher avec quelque attention pour le trouver. Il devient filiforme, presque misérable. Bien mieux que le toucher digital, le sphygmographe mesure et inscrit les modifications du pouls. C'est ainsi que, si l'on recueille, avec cet instrument, des tracés du pouls sur les malades en état d'algidité secondaire, on obtient des tracés où la ligne ascensionnelle des systoles ventriculaires est remarquablement courte et basse. Au lieu de l'amplitude ascensionnelle, de la hauteur qu'affecte cette ligne dans les tracés du pouls normal, elle reste déprimée; de 6 à 8 millimètres elle s'abaisse à 4, à 3, jusqu'à 2 millimètres quelquefois, et même, dans certains cas extrêmes, elle dépasse à peine un millimètre, si bien que l'ensemble des tracés représente une ligne presque droite, simplement ondulée.

Il est inutile d'ajouter, d'ailleurs, que ces diverses particularités n'offrent rien de spécial; elles se produisent dans tous les états algides, quelle qu'en soit l'origine.

Ces phénomènes d'algidité secondaire sont très généralement assez rebelles. Il est rare qu'ils se dissipent en moins de plusieurs semaines, cinq, six, sept, huit semaines. Le plus souvent ils se prolongent, avec des rémissions et des intermissions irrégulières, pendant deux, trois et quatre mois, voire même davantage, et cela en dépit du traitement qui n'exerce, en réalité, sur ces phénomènes, qu'une action lente.

Ils ne sont pas graves en soi, car, au total, ils n'aboutissent à rien autre qu'à certain état de malaise particulier et, d'autre part, ils se jugent toujours soit spontanément, soit sous l'influence du traitement, après un temps donné.

Toutefois, ils comportent indirectement un pronostic actuel assez défavorable. Il est d'observation, en effet, qu'ils ne se produisent guère que dans certaines formes de syphilis secondaire, à déterminations multiples plus ou moins rebelles, et notamment à déterminations affectant tout particulièrement le système nerveux.

Les malades sur lesquels on rencontre ces algidités secondaires sont des malades qui présentent ces syphilis à manifestations nerveuses multiples, à troubles nerveux profonds (céphalée, douleurs névralgiformes, troubles de la sensibilité, asthénie des divers systèmes, éréthisme nerveux généralisé, etc.).

De ces faits nous avons en ce moment, dans le service, un spécimen aussi complet qu'on peut le désirer, c'est la malade couchée au nº 33 de ma salle. Cette femme, âgée de trente-six ans, a contracté la syphilis il y a quelques mois, mais ne s'est pas traitée. Elle nous est ainsi arrivée ici, il y a quelques jours, avec tout un cortège de manifestations secondaires de divers ordres, à savoir :

D'une part, des syphilides cutanées et muqueuses (syphilides vulvaires confluentes, syphilides polymorphes, papuleuses, croûteuses, syphilides confluentes du cuir chevelu);

D'autre part, des accidents nerveux multiples, à savoir : de la céphalée et surtout une céphalée nocturne, des douleurs vagues dans les membres, de l'insomnie, une courbature générale excessive; de l'affaiblissement musculaire, une sensation de fatigue et de faiblesse, telle qu'elle pouvait à peine se lever, et que, levée, elle se sentait tout étourdie; de l'asthénie; des accès fébriles, des frissons nocturnes répétés; des troubles de la sensibilité qui se sont accrus et comme étalés sous nos yeux (analgésie, anesthésie, perte du sens de la température en quelques points).

Puis ce sont des troubles généraux, de l'amaigrissement, de la pâleur, une perte de poids considérable (30 livres en quelques mois).

Eh bien! à tout ce cortège d'accidents s'ajoute l'ordre de symptômes que nous venons d'étudier, c'est-à-dire des phénomènes algides. Cette femme, en effet, se plaint d'avoir les pieds et les mains glacés, et, en réalité, ses mains sont froides au toucher, quelquefois elles sont bleuâtres. Les pieds sont également froids. En outre, elle a froid « de partout », nous dit-elle, et ne peut parvenir à se réchauffer.

Voilà donc, en somme, une mauvaise syphilis secondaire par excellence, une syphilis nerveuse, une syphilis dénutritive, hérissée de symptômes de tout ordre, notamment de phénomènes nerveux où prennent place les curieuses algidités qui nous occupent.

Quant à la pathogénie de ces curieux accidents, elle est des plus simples. On ne saurait vraiment se refuser à croire que ces accidents dérivent d'un trouble du grand sympathique. Et, en effet, la physiologie contemporaine nous représente le grand sympathique comme présidant aux fonctions de circulation locale et réglant, par l'intermédiaire de ses filets vaso-moteurs, la température propre de chaque partie du corps.

Chacun connaît les curieuses observations de Claude Bernard sur la section des filets du grand sympathique; chacun sait que cette section se traduit par des congestions locales avec ectasies vasculaires, augmentation de la quantité de sang qui traverse l'organe, élévation de la température, etc. Chacun sait de plus aussi que, dans cette expérience, l'excitation portée sur le bout périphérique du nerf

coupé détermine un phénomène inverse : réduction du calibre des vaisseaux, abord moindre du sang, anémie locale relative, etc.

Ce n'est donc que faire une application légitime de ces données physiologiques incontestées que de dire ceci : les troubles circulatoires, d'où dérivent les algidités secondaires, ont leur origine dans un état morbide quelconque du grand sympathique, elles dérivent du grand sympathique ; ces algidités, au total, sont le résultat d'une névrose probable de ce nerf.

DU CORYZA ATROPHIQUE (OZÈNE ESSENTIEL)

Par M. le docteur E.-J. Moure (de Bordeaux).

I

Sous le nom d'ozène essentiel (ozène *per se*, ozène vrai, punaisie, ozène *sui generis*), nous comprendrons une affection, *non ulcéreuse*, des fosses nasales, caractérisée par l'élargissement de ces cavités, l'accumulation de concrétions accentuées répandant l'odeur fétide et caractéristique que tout le monde connaît. De ce fait nous éliminons la plupart des affections nasales dans lesquelles la mauvaise odeur est un symptôme plus ou moins passager, mais souvent secondaire de l'altération de la muqueuse ou du squelette du nez.

Si nous abordons les différentes théories mises en avant pour expliquer la production de l'odeur, nous rappellerons que Zaufal a le premier affirmé que l'ozène était la conséquence d'une trop grande largeur des fosses nasales, résultant elle-même d'une petitesse exagérée et congénitale du cornet inférieur et même un peu du cornet moyen. Au moment de la puberté, cette disproportion, s'accentuant davantage, ferait apparaître le symptôme ozène. La force du courant d'air expiré se trouve alors notablement amoindrie, il en résulte une insuffisance dans le balayage des mucosités pendant l'expiration et l'accumulation de ces dernières dans les cavités du nez; puis leur décomposition, par suite de leur arrêt dans un endroit chaud et constamment humide.

Cette théorie, fort séduisante en apparence, a trouvé ses partisans aussi bien à l'étranger (Hartmann, Morell-Mackensie, F. Semon) qu'en France, et MM. Calmettes et Martin se sont surtout faits, dans notre pays, les défenseurs ardents de cette manière de voir. A côté des admirateurs il y eut aussi les détracteurs, et, peu de temps après Zaufal, M. Fränkel (de Berlin) établit que l'ozène était la conséquence d'une inflammation spéciale de la muqueuse pituitaire; que cette dernière, d'abord hypertrophiée, ne tardait pas à s'atrophier plus tard. Ainsi s'expliquaient et la sécrétion abondante et sa décomposition dans les fosses nasales élargies. Il s'agissait, en somme, d'un coryza chronique spécial tendant à occasionner l'atrophie de la muqueuse pituitaire et partant l'élargissement de la cavité nasale, d'où la décomposition des sécrétions favorisées par les différents motifs évoqués par Zaufal. Gottsein et Bayer se rattachèrent à cette théorie, qui ne satisfit pas Michel (de Cologne). En effet, ce dernier trouvant qu'aucune des théories précédentes n'expliquait l'abondance, souvent considérable, des sécrétions, dans la maladie qui nous occupe, émit l'opinion que la plus grande partie des exsudats, accumulés dans le nez, venait des cavités accessoires et particulièrement des sinus ethmoïdaux et sphénoïdaux.

Je ne citerai enfin, que pour mémoire, l'opinion de Rouge, qui attribuait à l'affection une origine osseuse.

A côté des théories précédentes qui expliquaient plus ou moins la production des sécrétions et leur arrêt dans les fosses nasales, il fallait tenir compte de la composition des produits excrétés et rechercher si l'on ne trouvait pas la cause intime de cette putréfaction, origine de l'odeur ozénateuse. C'est ainsi que Ziem émit l'hypothèse de l'existence d'un ferment spécial qu'il ne définit pas autrement. Bresgen et Masseï pensèrent à l'existence d'un micro-organisme. Ce dernier publia même, en 1882, une analyse chimique détaillée, faite par le docteur Aréna, avec les produits recueillis chez des malades atteints de coryza atrophique. Krause pensa à l'existence d'acide gras favorisant la décomposition du mucus; mais, comme le faisait observer avec juste raison notre distingué collègue M. le docteur Ruault, lors de l'avant-dernière séance de la Société française d'otologie (avril 1887), ce fut surtout Lowenberg qui fit faire à la question un grand pas en avant. Ce dernier découvrit, en effet, dans les sécrétions ozénateuses, un microcoque spécial de grandes dimensions (1 μ à 1 μ 65) susceptible d'être cultivé dans la gélatine et donnant à ce produit l'odeur caractéristique de l'ozène.

Tel est donc, en quelques mots, l'état de cette question importante, à laquelle les recherches et observations récentes n'ont, pour ainsi dire, rien ajouté de nouveau.

S'il me faut maintenant émettre une opinion personnelle sur la pathogénie du coryza atrophique, opinion basée sur l'examen clinique du malade et sur des observations recueillies avec soin, j'avouerai tout d'abord que la théorie de Zaufal, théorie de l'atrophie congénitale du cornet inférieur ou moyen, me paraît absolument insuffisante pour expliquer la production de l'exsudat, et même sa décomposition. Ne voyons-nous pas tous les jours des malades d'un certain âge avoir des fosses nasales extrêmement élargies et chez lesquels toutes les conditions favorables au développement de l'ozène semblent être remplies, n'offrir à l'examen que des sécrétions peu épaisses, desséchées et n'*ayant aucune mauvaise odeur*. L'élargissement consécutif à l'ablation de tumeurs (polypes, fibromes, sarcomes, etc.), est-il suivi d'un ozène *durable?* Si quelques praticiens ont répondu oui, je puis leur dire qu'ils n'ont pas suivi leurs malades pendant assez longtemps. Je sais bien qu'après une opération ayant agrandi les cavités du nez, la sécrétion épaisse, souvent même purulente, s'accumule dans les fosses nasales; qu'elle s'y décompose même et produit un ozène assez marqué. Mais c'est là un phénomène passager qui disparaît après un temps plus ou moins long, suivant la nature et l'étendue du traumatisme. C'est ainsi que, pour ne citer qu'un exemple entre bien d'autres, je rappellerai l'observation d'une malade atteinte de fibro-sarcome de la fosse nasale droite, dont j'ai communiqué les détails (Voir *Bull. de la Soc. franç. d'otol.* 1886, t. III, fasc. II, p. 140). Cette malade, opérée de sa tumeur et guérie sans récidive, eut pendant la première année tous les symptômes d'un coryza atrophique, car chez elle les cornets inférieurs et moyens refoulés par la tumeur étaient absolument rudimentaires. Après un an de traitement les symptômes s'amendèrent, et depuis déjà plus d'un an *elle a cessé tout traitement nasal*. Elle reprend toutefois ce dernier à la période terminale de coryza aigu dont elle est parfois atteinte; évitant ainsi que l'affection ne se prolonge au delà de ses limites habituelles. Je crois

inutile d'ajouter que la fosse nasale est toujours fort spacieuse, qu'elle permet nettement l'examen de la paroi pharyngienne supérieure par la rhinoscopie antérieure, seule la sécrétion s'est modifiée comme nature et comme quantité.

Si donc l'élargissement des cavités du nez, congénitale ou acquise, ne suffit pas, à mon sens, pour expliquer l'apparition souvent assez tardive de la maladie (à quinze, vingt ans), il est évident qu'il faut admettre l'existence d'un facteur plus complexe. Aussi avec Fränkel, Gottstein, Bayer et beaucoup d'autres auteurs, j'admettrai bien plus volontiers l'existence d'une inflammation glandulaire de la muqueuse qui tapisse les fosses nasales et même parfois, avec Michel, les cavités accessoires. Cette sécrétion contiendrait, cela va sans dire, un micro-organisme quelconque (diplocoque ou autre) qui produirait la décomposition du liquide sécrété ; cette dernière se trouvant encore favorisée par le séjour du mucus dans des fosses nasales trop larges pour que le nettoyage en soit parfait. C'est, en somme, une théorie éclectique dans laquelle je prends à chaque auteur la partie qui me semble admissible. La théorie glandulaire a, du reste, à son actif, les intéressantes recherches microscopiques d'Habermann; et si Zuckerkandl a pu constater que, contrairement à la théorie de Michel, l'ethmoïde était fort peu développée chez les sujets à cornets inférieurs rudimentaires, je puis affirmer qu'il est des cas où la muqueuse qui tapisse les sinus est enflammée et laisse s'écouler une sécrétion purulente assez fétide. C'est ainsi que, dans quelques cas, rares il est vrai, où l'atrophie des cornets était assez considérable pour laisser voir l'orifice des sinus sphénoïdaux, j'ai pu observer l'existence de ce fait. Il est donc permis de conclure que les produits sécrétés peuvent, *au moins dans quelques cas*, provenir des cavités accessoires. La théorie glandulaire a encore pour elle l'observation du malade chez lequel on voit assez souvent suinter à la surface de la muqueuse, plus ou moins granulée et rugueuse, des gouttelettes de pus jaunâtre, ou plutôt d'un gris sale, ayant quelque analogie avec de petites perles semi-sphériques, qui ne tardent pas à devenir confluentes et à s'écouler dans la cavité nasale, comme le fait la sueur de la surface cutanée; avec cette différence que les gouttes sont d'un volume beaucoup moindre.

Déjà, chez quelques malades, cette sécrétion, à peine exhalée, répand une odeur fétide, absolument comme la sueur de quelques sujets est fade, âcre et même absolument fétide et repoussante (race nègre, mulâtre, blonds, etc., sueur fétide des pieds). La théorie glandulaire explique donc l'hypersécrétion notable de la muqueuse et l'hypertrophie de la muqueuse, que l'on constate quelquefois au début de l'affection, elle explique aussi la disparition presque spontanée de l'ozène, lorsque la maladie est trop ancienne, et que l'atrophie est arrivée à son degré extrême. A ce moment, la disparition presque complète du tissu glandulaire empêche la sécrétion de se produire et, partant, de se décomposer, bien que les cavités nasales soient arrivées à leur maximum d'élargissenent.

Ce fait, déjà signalé par Trousseau, s'observe surtout chez les vieillards chez lesquels l'ozène, soi-disant essentiel, est rare, ainsi que tout le monde le sait.

Comment se produit l'atrophie de la muqueuse et surtout du tissu osseux des cornets inférieurs ou moyens ? Évidemment, c'est un problème difficile à résoudre.

S'agit-il, comme le disait notre distingué confrère, M. Gellé (*Revue de laryng.*, 1887, n° 6), d'une insuffisance ou d'un arrêt de nutrition du tissu osseux consécutif à l'évolution des lésions de la muqueuse ou bien d'une véritable rhinite scléreuse interstitielle, dans laquelle la prolifération conjonctive étoufferait les vaisseaux et empêcherait la nutrition de se faire, comme le fait s'observe pour le foie, les reins et d'autres organes? C'est évidemment à l'anatomie pathologique qu'il faut demander la solution de cette partie du problème. Toutefois il reste bien acquis que l'on voit chez plusieurs malades l'hypertrophie des cornets inférieurs ou moyens, dans leur partie antérieure ou postérieure, être suivie d'une atrophie notable dont l'élargissement de la cavité du nez devient la conséquence.

Quant à l'étiologie de l'ozène, elle peut se diviser : 1° en *causes prédisposantes* ; et 2° en causes occasionnelles.

1° Parmi les premières, il faut mettre, au premier rang, l'influence diathésique et, parmi les diathèses, la scrofule, qui me semble jouer le rôle le plus important pour préparer le terrain à favoriser l'éclosion de la maladie. On a également incriminé la syphilis, mais cette dernière occasionne plutôt un ozène spécial, dont les caractères objectifs diffèrent absolument de ceux de l'affection qui nous occupe. La syphilis héréditaire, au contraire, pourrait créer une prédisposition, chez les descendants de sujets entachés de cette diathèse.

L'hérédité a également été incriminée, et il faut bien reconnaître, qu'il n'est point rare de rencontrer des familles entières atteintes de l'affection.

De même, il faut noter l'influence des inflammations répétées de la membrane de Schneider; mais il faut toutefois un terrain propice, pour que l'affection puisse évoluer, et le lymphatisme, plus ou moins exagéré, constitue, nous l'avons déjà dit, le facteur étiologique le plus important. Quant à l'influence de l'âge, elle est assez nette et tous les auteurs sont unanimes à reconnaître, que c'est surtout pendant l'adolescence, de dix à dix-huit ou vingt ans, c'est-à-dire vers l'âge de la croissance et de la puberté, que l'affection se rencontre plus fréquemment. Elle est cependant loin d'être rare chez les enfants, et même chez les adultes.

Il convient aussi de rappeler, que chez certains peuples (Galiciens, Polonais, Valaques, Basse-Arabie, etc.), l'affection existe presque à l'état endémique.

2° Parmi les causes occasionnelles, je signalerai la persistance des causes qui occasionnent les coryzas aigus ou entretiennent les inflammations chroniques de la muqueuse pituitaire. La petitesse exagérée des fosses nasales antérieures, la grandeur démesurée des cavités postérieures, telles sont autant de causes de l'ozène.

CORPS ÉTRANGER DE L'OREILLE

CHEZ UN ENFANT DE QUATRE ANS ; SYMPTOMES RESSEMBLANT A CEUX D'UNE MÉNINGITE ; EXTRACTION A L'AIDE D'UNE PINCE.

Par M. le docteur BOURGOUGNOU (de Montrichard).

J'ai été appelé près d'un enfant de quatre ans, atteint de symptômes méningitiques assez inquiétants: fièvre, prostration, vomissements, état d'hébétude assez caractérisé, somnolence prononcée. Le diagnostic de méningite me préoccupait d'autant plus que, depuis quelques jours, je soignais son jeune frère pour des symptômes identiques.

L'enfant, réveillé avec peine et interrogé sur ce qui lui fait mal.

désigna son oreille, mais ne donna d'ailleurs aucune autre explication.

L'examen extérieur de l'oreille ne révéla rien de particulier, le conduit auditif paraissait normal et nullement enflammé; mais, en redressant le conduit par traction sur le pavillon de l'oreille, j'aperçus, dans le fond, quelque chose de blanc grisâtre. L'examen était difficile, l'enfant s'y prêtait mal et s'agitait beaucoup.

Bien qu'ignorant la nature de ce corps étranger, l'indication immédiate était évidemment de l'extraire, aussi, armé d'une pince d'horloger très fine, j'essayai de saisir le corps étranger et, à la troisième ou quatrième tentative, je retirai une boulette de papier, serrée et assez volumineuse, qui remplissait le calibre du conduit auditif.

Tous les symptômes alarmants disparurent très rapidement à la suite de cette extraction.

PANSEMENT ANTISEPTIQUE

AU BICHLORURE D'HYDRARGYRE.

M. le docteur Laplace préconise un mélange de sublimé et d'acide tartrique, dans les proportions suivantes, pour le lavage et le pansement des plaies, le sublimé se dissolvant beaucoup plus facilement dans les liquides acides que dans l'eau.

1° Pour le lavage et l'irrigation des plaies :

Sublimé	1	grammes.
Acide tartrique	5	—
Eau distillée.	1 000	—

2° Pour la préparation de la gaze, de l'ouate et autres pièces de pansement :

Sublimé	5	grammes.
Acide tartrique	20	—
Eau	1 000	—

L'ouate, etc., dégraissée, doit être plongée pendant deux heures dans cette solution, puis exprimée et séchée.

Les plaies qu'il s'agit de désinfecter doivent être lavées chaque jour pendant l'espace de 10 à 20 minutes au moins, à l'aide de la première solution. Quant aux plaies fraîches, il suffit de les laver et de les irriguer simplement une seule fois. On applique ensuite le pansement permanent, avec la gaze trempée dans la solution n° 2 et séchée. (*Revue de thérap. méd.-chir.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 juin 1888. — Présidence de M. POLAILLON.

COMMUNICATIONS

Trépanation du crâne. — M. QUENU, à propos de la communication de M. Lucas-Championnière, fait connaître deux cas dans lesquels il a pratiqué la trépanation, pour des accidents traumatiques; ces deux cas viennent à l'appui de la doctrine soutenue, dès 1885, par M. Lucas-Championnière. Rapprochant ces faits de ceux qui sont publiés en Allemagne, M. Quenu en conclut que la trépanation est appelée à rendre de grands services, et qu'il y a tout intérêt à rappeler sur elle l'attention des chirurgiens. M.Quenu, au point de vue de l'étiologie des accidents, n'attache pas autant d'importance à l'enfoncement du crâne qu'aux fissures.

M. RECLUS communique l'observation d'un malade du service de M. Féré, à Bicêtre, qui était atteint d'attaques épileptiques consécutives à un traumatisme de la tête; ce malade avait des attaques très fréquentes. Le moindre attouchement, le moindre frôlement, le plus petit souffle sur un point déterminé du crâne provoquait aussitôt une attaque. Tous les traitements médicaux restaient sans résultats. D'accord avec M. Féré sur les indications de la trépanation, M. Reclus fit, au niveau de ce point, une longue incision, appliqua six couronnes de trépan et enleva ainsi une sorte d'exostose qui comprimait l'encéphale. Les attaques épileptiques n'ont plus reparu depuis cette opération.

M. TRÉLAT a été appelé, il y a deux ans, auprès d'un jeune homme de vingt-six ans qui, cinq ans auparavant, avait fait une chute de cheval sur la tête; depuis, ce jeune homme avait des crises épileptoïdes. Il n'existait qu'une petite trace cicatricielle aux téguments. M. Trélat institua un traitement hygiénique qui resta sans succès, c'est pourquoi il se décida, sur les instances réitérées du malade, à pratiquer la trépanation; il trouva l'os épaissi et fit une large perte de substance. La guérison était complète après cinq jours. Il n'eut plus qu'une ébauche d'attaque épileptoïde trois semaines après l'opération, depuis, plus rien. Il y a de cela deux ans.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE ne partage pas l'opinion de M. Quenu sur l'innocuité de l'enfoncement. Il croit que l'enfoncement, par lui-même, en dehors de toute fissure, constitue un danger et indique la trépanation. M. Lucas-Championnière fait observer que c'est en France et non en Allemagne qu'est revenue la question de la trépanation. Les observations de MM. Reclus et Trélat viennent à l'appui des considérations présentées par M. Lucas-Championnière. Il ne croit pas, comme M. Féré, que les pointes de feu puissent donner des résultats prolongés, au point de vue de l'épilepsie.

Relativement au mode opératoire, M. Lucas-Championnière n'est pas partisan de faire un lambeau. Il préfère une incision en T qui permet de mieux reconnaître le point où doit être appliquée la couronne, ce qui est souvent difficile dans les cas où on fait un lambeau. Il va plus loin encore, et ne se contente pas de faire la trépanation dans les cas avec traumatismes anciens, il la pratique également avec succès devant des indications purement médicales.

M QUENU se défend d'avoir voulu faire l'histoire de la trépanation. Il n'a voulu prendre que les faits publiés depuis trois ans; il les a pris où il les a trouvés, sans tenir compte de la nationalité des auteurs.

Effets des balles de petit calibre. — M. CHAUVEL fait un rapport sur un travail de M. Nimier, relativement aux effets de la balle du fusil Lebel. Il s'agit d'expériences faites à 1 200 et 1 500 mètres sur les os du crâne. A cette distance, ces balles produisent des lésions très étendues. M. Nimier a surtout insisté sur les fissures diverses qui accompagnent ces fractures, fissures radiées, fissures longitudinales ou transversales qui divisent le crâne en deux parties.

M. Nimier a présenté également des types de déformations de ces balles. Toutefois, ce n'est pas dans le corps humain que se font ces déformations, car jamais on ne retrouve ces balles dans le corps. Elles le traversent toujours. Les ouvertures d'entrée sont très petites, même en cas de lésions osseuses considérables; ces balles n'entraînent jamais de corps étrangers avec elles.

Hernie inguinale irréductible, cure radicale, guérison. — M. PEYROT communique l'observation d'un homme de quarante-huit ans, qui était atteint d'une hernie inguinale, rendue irréductible par une hypertrophie des franges épiploïques de l'S iliaque. Il l'opéra le 23 juin 1887; il s'agissait d'une anse du gros intestin, dont la réduction était rendue impossible par des franges épiploïques énormes. M. Peyrot fit un large débridement et réduisit. La guérison fut rapide et complète.

M. BOUILLY a opéré un malade présentant une disposition analogue. Il s'agissait d'un sujet jeune, très adipeux. Il fit la cure radicale et trouva une grosse masse épiploïque dépendant probablement de l'S iliaque. Il dut réséquer plusieurs de ces brides épiploïques pour pouvoir réduire. Les suites de l'opération furent des plus simples. M. Bouilly a observé un autre cas du même genre avec M. Trélat.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE dit qu'on rencontre toute espèce de causes d'irréductibilité des hernies. Dans un de ses premiers cas, il a rencontré de grosses franges adhérentes, qu'il a dû rése-

quer pour réduire. Ces cas ne sont pas très communs. C'est surtout la descente du mésocôlon qui crée la difficulté de la réduction des hernies du gros intestin. Il y a, dans ces cas, deux moyens de réduire, la résection des franges ou l'agrandissement de l'incision. Le choix du procédé dépend des cas.

M. SCHWARTZ a observé un cas, semblable à celui de M. Peyrot, qu'il a communiqué au dernier Congrès de chirurgie.

M. TERRIER a trouvé plusieurs faits analogues en faisant la cure radicale. La grande difficulté dépend surtout de la descente du mésentère qui peut exposer soit à des accidents immédiats, soit à des accidents secondaires.

M. PRENGRUEBER, il y a deux mois, a eu également l'occasion de faire une cure radicale pour une hernie de l'S iliaque, rendue irréductible par l'hypertrophie des franges synoviales.

Ce cas est d'autant plus intéressant qu'il s'agit d'un enfant de quatre ans, et qu'à cet âge les franges synoviales sont tout à fait rudimentaires.

La hernie était congénitale, et était restée réductible pendant les deux premières années, ce n'est que vers la troisième année qu'elle devint irréductible et assez gênante pour nécessiter l'opération.

Celle-ci le conduisit sur des franges tellement volumineuses, qu'elles simulaient une branche épiploïque recouvrant l'intestin, dont les tuniques ne pouvaient être reconnues qu'à la suite d'un examen attentif.

La réduction, quoique difficile, put se faire après dilatation de l'anneau et sans réséquer les masses exubérantes.

Les cas de ce genre pourront être diagnostiqués à l'avance, grâce à la consistance de la tumeur qui est celle des hernies épiploïques ordinaires, et en tenant compte de ce fait, qu'à l'âge de ce malade, l'épiploon est trop peu développé pour venir faire hernie.

Le malade a guéri sans incidents.

M. NICAISE a plusieurs fois rencontré de ces franges épiploïques volumineuses, en particulier dans certaines hernies ombilicales. Il a observé le même fait dans une hernie du cæcum.

Injections d'éther iodoformé dans les abcès froids. — M. HOUZEL (de Boulogne-sur-Mer) a, dans un cas d'abcès froid, injecté 100 grammes d'éther iodoformé à 5 p. 100. Le malade est resté endormi et a présenté une anesthésie complète des cornées et de tous les sens pendant plus de deux heures et demie.

M. QUENU a souvent injecté de grandes quantités d'éther iodoformé sans constater d'accidents. Une seule fois, chez une jeune fille de quinze ans, atteinte d'abcès par carie costale, il a vu se produire, à la suite d'une injection de 30 grammes à 1/10e, des accidents formidables, des vomissements incoercibles pendant huit jours.

M. PEYROT a également constaté un véritable sommeil, chez une femme de vingt-deux ans, à la suite d'une injection de 20 grammes environ d'éther iodoformé. Elle s'est réveillée vingt minutes après, sans aucun trouble.

Résection du poignet pour tumeur blanche. — M. DELORME présente deux blessés auxquels il a fait subir la résection du poignet pour tumeurs blanches, en utilisant chez l'un l'incision de Boeckel, chez l'autre les deux incisions latérales. Ces deux blessés, qui ont guéri par première intention, présentent un résultat définitif satisfaisant. Les mouvements d'extension et de flexion du poignet sont limités, mais l'opérateur a recherché ce résultat, car il a remarqué que la force de la main était plus grande alors que le poignet exécute des mouvements. Les mouvements de pronation et de supination ont presque l'étendue normale. Ceux des doigts, et en particulier ceux du pouce, sont bien conservés. Le résultat est cependant plus satisfaisant, au point de vue de la force, sur celui de ces deux blessés qui a été opéré à une époque plus rapprochée du début de la tumeur blanche (trois mois), que chez le blessé opéré cinq mois après, et qui avait été traité par l'immobilité prolongée et la compression.

La séance est levée.

CORRESPONDANCE

A Monsieur le docteur Le Sourd, *directeur de la* Gazette des hôpitaux.

Monsieur le directeur,

La lèpre, l'éléphantiasis est-il contagieux? Il y a trois ou quatre ans, à Morlaix, dans un triangle de 80 à 100 mètres, où l'hygiène est bonne, dans lequel se trouve la sous-préfecture, bornée, d'un côté, par la paroisse aristocratique de Saint-Hilaire, de l'autre par un four banal et la grande place de la ville, la place Thiers, il m'est arrivé d'en observer à la fois trois cas, chez un enfant dont je vous envoie la photographie, chez une vieille demoiselle d'une soixantaine d'années (au bras aussi) et chez un homme adulte, au membre inférieur droit. Mlle K... et l'enfant sont morts, après avoir gardé le lit quelques jours, sans plaie, le membre étant fort douloureux par moments, et restant très dur, sclérosé, s'exfoliant, et un peu eczémateux. Il n'y avait pas de chylurie; mon attention était attirée sur les filaires du sang par les travaux des médecins du Brésil, publiés dans les *Archives de médecine navale*. La seule filaire que nous constations ici, et qui est abondante dans nos fontaines, est le gordius.

Veuillez agréer, Monsieur le directeur, l'assurance de ma parfaite considération.

Dr Sanquer.

Morlaix (Finistère), 29 juin 1888.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 30 juin 1888, a été promu dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Lesquendieu, aide-médecin, docteur en médecine.

— Par arrêté ministériel, en date du 29 juin 1888, des concours s'ouvriront, le 7 janvier 1889, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, pour deux emplois de suppléants à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers, savoir :

1° Suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes.

2° Suppléant des chaires de pathologie et de clinique externes, et de clinique obstétricale.

— A la suite des élections et des nominations faites par le ministre, les médecins on pharmaciens, dont les noms suivent, font partie des conseils académiques ci-après désignés :

Paris : MM. Brouardel, Henrot, Luton, Jaccoud, Milne-Edwards, Planchon. — *Aix* : MM. Chapplain, Gourret et Livon. — *Besançon* : MM. Bruchon et Saillard. — *Bordeaux* : MM. Moussous, Perrens et Pitres. — *Caen* : MM. Bourienne, Duménil et Pennetier. — *Clermont-Ferrand* : MM. Gagnon et Ledru. — *Dijon* : MM. Gautrelet et Maillard. — *Douai* : MM. Lenoël, Mollien, Paquet et Wannebrouck. — *Grenoble* : MM. Allard et Berger. — *Lyon* : MM. Gailleton et Lortet. — *Montpellier* : MM. Bertin-Sans, Castan, Diacon et Soubeiran. — *Nancy* : MM. Bleicher, Coze et Tourdes. — *Poitiers* : MM. Chédevergne, Danner, Raymondaud et Robert. — *Rennes* : MM. Delacour, Laennec, Lefeuvre et Meleux. — *Toulouse* : MM. Basset et Caubet.

— Les épreuves cliniques du concours de clinicat médical, de clinicat des maladies des enfants et celui des maladies syphilitiques continueront, à neuf heures du matin, le mardi 3 juillet, à l'hôpital de la Charité, et le mercredi 4, à l'hôpital Saint-Louis, pour les candidats du clinicat des maladies cutanées et syphilitiques, et le jeudi 5 juillet à l'hôpital des Enfants-Malades, pour le clinicat des maladies des enfants.

Enfin les épreuves d'anatomie pathologique, communes également aux trois clinicats, auront lieu à l'hôpital de la Charité, le vendredi 6 et le samedi 7 juillet 1888, à neuf heures du matin.

— *Faculté de médecine de Paris*. — La question donnée pour l'épreuve d'anatomie descriptive aux candidats du concours du prosectorat est : « Tendons et muscles moteurs du gros orteil et de son métatarsien. »

L'épreuve orale de pathologie externe aura lieu demain mardi 3 juillet 1888, à neuf heures du matin.

— *Faculté de médecine de Bordeaux*. — Le concours pour le clinicat médical vient de se terminer par les nominations suivantes :

Chefs de clinique : MM. Blanc-Fontenille et Aucher.

Chefs de clinique adjoints : MM. Cassaet et Martin-Dumagny.

— M. Malard, préparateur adjoint de zoologie à la Faculté des sciences de Paris, est nommé chef des travaux pratiques du laboratoire de zoologie (annélides, mollusques et zoophytes) de l'École pratique des Hautes-Études (section des sciences naturelles), en remplacement de M. Bouvier, appelé à d'autres fonctions.

— *Hospices civils de Saint-Étienne*. — Un concours sur titres sera ouvert le mardi 7 août, pour une place de pharmacien.

Les candidats devront être français ou naturalisés français. Ils seront tenus de se faire inscrire d'ici au vendredi 27 juillet, à midi, au secrétariat de l'administration des hospices de Saint-Étienne, rue Valbenoite 40, et d'y déposer leur diplôme de pharmacien de première classe, ainsi qu'un certificat de moralité récemment délivré par le maire de leur résidence.

Les candidats déposeront, en même temps, leurs titres scientifiques, manuscrits ou imprimés, concernant la pharmacie et, s'il y a lieu, une note de leurs services. Ces documents seront mis sous les yeux du Conseil d'administration, assisté d'un jury scientifique.

Avant de concourir, chaque candidat prendra connaissance des règlements relatifs au service pharmaceutique dans les hospices civils de Saint-Étienne et sera réputé de plein droit s'être engagé, en cas de nomination, à se conformer à tous ces règlements et à tous autres que l'administration jugerait convenable d'adopter pour le bien du service.

Le pharmacien qui sera nommé, entrera en fonction le 1er septembre 1888. Son traitement sera de 4 500 francs par an.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. Buisson (d'Évreux) et Javillard, externe de l'hôpital Bichat.

— M. le professeur Bureau fera sa prochaine herborisation, le dimanche 8 juillet 1888, dans la forêt de Marly. Le départ de Paris aura lieu à onze heures trente-cinq minutes, par la gare Saint-Lazare, pour la station de Saint-Germain-en-Laye.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction du docteur Dechambre, jusqu'en 1885, actuellement de M. le docteur Lereboullet, avec la collaboration d'un très grand nombre de professeurs, de médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires et de la marine. Le tome XXXVI (fin de la première série), la première partie du tome XXVI de la deuxième série, la deuxième partie du tome XVIII (fin de la troisième série), le tome III de la cinquième série (première partie) viennent de paraître. — Paris, Asselin et Houzeau.

Annales du laboratoire de l'hospice national des Quinze-Vingts, recherches sur l'anatomie et l'histologie normales et pathologiques de l'œil, par les docteurs Fieuzal et Haengell. (1er fascicule du tome Ier), 1 vol. in-4° avec figures dans le texte et 4 planches dont 3 en chromolithographie. — Prix : 12 francs. — Paris, ancienne maison Delahaye et Lecrosnier; Lecrosnier et Babé successeurs.

Bulletin de la phthisie pulmonaire, revue trimestrielle des recherches expérimentales et thérapeutiques de la tuberculose, par les docteurs A. Filleau et L. Petit. 2e année, n° 3, novembre 1887. In-8° de 80 pages. — Prix : 3 francs. — 3e année, n° 4, mars 1888. In-8° de 60 pages. — Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. D. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Une nouvelle discussion s'est engagée aujourd'hui à l'Académie. Il s'agit du traitement des anévrysmes par l'introduction, dans la poche, de corps étrangers métalliques, opération désignée, jusqu'ici, sous le nom de méthode de Moore, et que M. Verneuil propose d'appeler filipuncture. Voici comment est née cette discussion. Il y a quelques semaines, M. Bucquoy communiquait à la Société médicale des hôpitaux l'observation d'une malade atteinte d'un anévrysme de l'artère crurale, qu'il avait traité par le procédé de Baccelli, lequel n'est, comme on sait, qu'une modification de la méthode de Moore. M. Verneuil, qui, dans son discours d'ouverture au Congrès de chirurgie, s'était fortement élevé contre cette hardiesse chirurgicale, de provenance exotique, s'est ému de la nouvelle tentative de M. Bucquoy, et l'a courtoisement provoqué à porter, devant la tribune de l'Académie, son intéressante observation. M. Bucquoy s'est courageusement exécuté. Avant lui, déjà, M. Lépine avait protesté, dans la presse, contre la condamnation de M. Verneuil, en publiant des faits dans lesquels la méthode de Moore avait paru lui donner de bons résultats, c'est donc à la fois à M. Lépine et à M. Bucquoy, que répond M. Verneuil, plus sévère que jamais pour ce mode de traitement des anévrysmes. Il n'a communiqué, dans cette séance, que la première partie de sa réponse; cette première partie est entièrement consacrée à l'historique de la méthode de Moore. Rappelons, en quelques mots, ce qu'est cette méthode : elle consiste à introduire dans l'anévrysme une grande quantité de fil de fer mince, destiné à servir de squelette à la fibrine, et à favoriser ainsi la coagulation.

Dans le premier cas où elle fut employée, il s'agissait d'un véritable anévrysme de la crosse de l'aorte. Une petite canule pointue fut enfoncée dans la tumeur, et servit de conducteur au fil de fer, dont on introduisit une longueur de 24 mètres. L'effet immédiat de cette opération fut de ralentir le pouls, de faire disparaître les battements de la tumeur et de diminuer son volume. Mais le lendemain, le malade fut pris d'un violent frisson et succomba. M. Verneuil, qui a retrouvé tous les détails de cette première observation et de l'autopsie, en fait ressortir l'importance, au point de vue de la méthode et de ses dangers. Mais attendons la fin de son argumentation, qui ne manquera pas, nous l'espérons du moins, de provoquer des réponses de MM. Lépine et Bucquoy.

Au début de la séance, M. Dujardin-Beaumetz a fait connaître les conclusions d'un rapport qu'il vient de présenter au conseil d'hygiène sur la saccharine. Que les diabétiques ne se réjouissent pas trop vite ; il ne sera pas toujours sans inconvénients pour eux de vouloir sucrer leurs aliments avec la saccharine, ainsi qu'il résulte des observations de MM. Dujardin-Beaumetz, Worms et Pavy (de Londres). Ce n'est pas là, d'ailleurs, la seule conclusion du rapport de M. Beaumetz; il propose formellement d'interdire, dans l'alimentation banale, l'emploi de la saccharine, qui doit être considérée comme un médicament et non comme un aliment. Ne s'en servait-on pas déjà pour sucrer le champagne !

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Potain.

Des hémorrhoïdes.

Le malade de n° 22, de notre salle des hommes, est entré dans le service pour des douleurs assez vives au niveau de la région anale, où il existe un bourrelet saillant, rouge, saignant, hémorrhoïdaire. Or, des malades venant à l'hôpital pour une affection hémorrhoïdale, sont chose assez rare, aussi je profite du cas présent pour vous en parler.

Qu'est-ce donc qu'une hémorrhoïde ? Un individu, d'habitude en bonne santé, éprouve un jour certains malaises, quelques frissons dans les reins, du mal de tête, du dégoût pour la nourriture, des borborygmes, de la pesanteur au périnée; ses urines sont chaudes, la miction est douloureuse. Les choses durent ainsi quelque temps, puis, un beau matin, il a comme la sensation de piqûres à la marge de l'anus et s'aperçoit de l'existence d'une petite grosseur, arrondie, globuleuse, lisse à sa surface, d'un rouge foncé et un peu douloureuse à la pression. Bref, cet individu a eu de la congestion hémorrhoïdale et sa tumeur en est la conséquence ultérieure.

Puis, après une première poussée, dont la durée varie entre quatre, cinq et six jours, le gonflement s'efface, laissant seulement une petite saillie, et pendant longtemps rien de nouveau ne se manifestera. Mais surviennent de la

fatigue, des excès d'alimentation, etc.; une nouvelle poussée se fera, un peu plus intense que la première, et, à sa suite, on constatera une tumeur plus grosse que la fois précédente et parfois aussi la production d'une seconde tumeur symétrique, d'aspect un peu sombre, douloureuse, rénitente. Si cette tumeur est située très près de la marge de l'anus, elle pourra être réduite et rentrer dans le rectum. Mais bientôt les efforts journaliers de la défécation établissent sa permanence, qu'elle soit située à l'extérieur ou à l'intérieur de l'intestin, et, dans ce dernier cas, ils tendent chaque fois à la faire saillir au dehors.

Cela dure ainsi jusqu'à ce qu'il survienne des phénomènes inflammatoires; ceux-ci passés, la muqueuse reste un peu distendue, pendante, flasque, d'un gris rougeâtre, non douloureuse à la pression, et les hémorrhoïdes constituent ce que l'on a appelé des marisques.

Quelquefois la tumeur est d'un autre genre, plus étalée, plus violacée, moins douloureuse, disparaissant par la pression pour reparaître dès que celle-ci a cessé; elle constitue la varice hémorrhoïdale.

Pendant l'évolution de la maladie, des complications inflammatoires peuvent se produire, parfois aussi l'étranglement des petites tumeurs par le sphincter; cet étranglement est quelquefois très prononcé, dans ce cas la tumeur devient très volumineuse, elle est impossible à réduire et peut donner lieu à des accidents graves.

Plus souvent les tumeurs hémorrhoïdaires se multiplient, elles remplissent alors la partie inférieure du rectum et peuvent, sinon empêcher la défécation, du moins la rendre difficile et déterminer une obstruction plus ou moins grave de l'intestin.

Les hémorrhoïdes peuvent guérir spontanément par leur transformation en marisques, mais souvent aussi, pendant ce temps, d'autres petites tumeurs se forment à leur tour. Dans d'autres cas, la tumeur hémorrhoïdale se rompt, donne lieu à un écoulement de sang, lequel amène, pour quelque temps, une certaine amélioration.

En somme, la maladie présente de nombreuses variétés d'évolution, avec des alternatives d'augmentation et de diminution.

Mais comment ces tumeurs sont-elles constituées? Leur anatomie pathologique n'est pas encore complète, d'autant plus qu'à l'autopsie, bien souvent on ne trouve plus rien du tout, la fluxion ayant disparu. Cependant dans les tumeurs plus anciennes, persistantes, on a pu voir qu'elles étaient constituées, sous la muqueuse, par un tissu cellulaire lâche, entourant les parois d'une petite cavité renfermant du sang liquide ou coagulé, laquelle était en communication plus ou moins large avec des veines; si bien qu'en résumé, on pourrait dire que l'hémorrhoïde n'est autre qu'une veine dilatée, une varice hémorrhoïdale.

Dans certains cas, au lieu d'un tissu cellulaire lâche, on trouve un tissu dense, formé par un véritable lacis de petits vaisseaux, qui lui donnent l'aspect d'un tissu érectile.

Enfin, à côté de ces deux formes principales, on peut rencontrer d'autres modifications de tissu autour des veines ou du tissu caverneux.

Pendant longtemps on a considéré les hémorrhoïdes comme le résultat d'une fluxion, là où la nature le voulait; puis on a cru à quelque obstacle au cours du sang veineux déterminant la distension variqueuse hémorrhoïdale et, comme ce sont les veines hémorrhoïdales qui sont en cause, c'est-à-dire des veines en rapport avec la veine-porte, on a voulu expliquer la formation des hémorrhoïdes, par une compression intra-abdominale, telle que la grossesse, la cirrhose, etc. C'est là une théorie d'autant plus erronée que les hémorrhoïdes sont rares dans la cirrhose. Ce qui est vrai, c'est que tout obstacle à la circulation de la veine porte peut entraîner la formation des hémorrhoïdes.

Vous savez que les veines de la partie inférieure de l'intestin appartiennent, les unes au système de la veine porte, les autres à celui de la veine cave. Vous savez aussi que les veines hémorrhoïdales, moyennes et inférieures, sont les veines du sphincter anal, à travers lequel elles pénètrent et communiquent à l'aide de vaisseaux anastomotiques avec les veines hémorrhoïdales supérieures. Par suite, dès que le sphincter se contracte, il interrompt toute communication entre les supérieures et les inférieures, de là distension de ces dernières. Pour peu que les contractions persistent un peu longtemps ou soient fréquemment renouvelées, comme dans le cas de constipation ordinaire de certaines personnes, cette distension continue des veines hémorrhoïdales inférieures entraîne la formation de tumeurs plus ou moins volumineuses.

Quant à l'étiologie, nous dirons que certains sujets sont plus exposés que d'autres — en dehors de toute question de troubles circulatoires dans le système de la veine porte — aux hémorrhoïdes, ce sont les arthritiques. Et ce fait nous explique comment les hémorrhoïdes sont, en réalité, une affection héréditaire. Je pourrais vous citer comme exemples, le fait de neuf personnes de la même famille atteintes d'hémorrhoïdes, le fait aussi de deux enfants de mêmes père et mère, nés avec des hémorrhoïdes. La nationalité a aussi, sans que nous nous l'expliquions bien encore, une influence sur leur développement; ainsi les Grecs, les Asiatiques y sont beaucoup plus sujets, de même, quoique à un moindre degré, les Allemands et les Anglais.

Certaines circonstances aussi favorisent leur développement, telles notamment que la sédentarité, la vie de bureau, la position assise continue.

Elles sont rares chez l'enfant, et c'est ordinairement vers l'âge de trente-cinq ans, qu'on les voit commencer.

Autrefois, on regardait les hémorrhoïdes comme une soupape de sûreté, comme un accident heureux; certains médecins allaient même jusqu'à dire, qu'il était utile d'en favoriser l'apparition, quand elles n'existaient pas.

Les femmes y sont plus sujettes, en général, que les hommes, elles y sont souvent sujettes pendant le cours de la grossesse, mais, alors, les hémorrhoïdes disparaissent souvent avec la cause qui les a fait naître. Chez l'homme, au contraire, les causes étant généralement permanentes, les hémorrhoïdes persistent; parfois elles revêtent un caractère curieux de périodicité plus ou moins longue, et fluent alors mensuellement.

Chez quelques femmes, elles remplacent les règles absentes ou alternent avec la menstruation.

En résumé, si, chez certains sujets, elles sont une incommodité, voire même une véritable infirmité, chez d'autres elles prennent le caractère d'une maladie et parfois aussi elles deviennent dangereuses par l'abondance du flux sanguin. Je ne parle pas de certains cas pathologiques, où le flux sanguin a été une crise favorable.

Mais, en général, je le répète, ces flux hémorrhoïdaires sont le plus souvent fâcheux, par l'affaiblissement et l'anémie qui en sont la suite. On cite certains individus qui ont perdu jusqu'à 5, 6, 8 et 10 livres de sang dans une journée.

Enfin, j'ajoute que quelquefois la contracture du sphincter est une complication grave des hémorrhoïdes, il en est de même de la névralgie anale parfois extrêmement douloureuse.

J'arrive maintenant au traitement. Que faut-il faire? Avant tout, prévenir la fluxion, puis combattre la congestion et les hémorrhagies, auxquelles elle peut donner lieu. De tous les moyens préconisés, le régime est certainement le plus essentiel, c'est-à-dire avoir une vie active et éviter la constipation, non pas par des drastiques qui iraient à l'encontre du but poursuivi, en augmentant l'état fluxionnaire de l'intestin et des vaisseaux hémorrhoïdaires, mais par des laxatifs dont les meilleurs sont : l'huile de ricin, la fleur de soufre seule ou associée à la crême de tartre, la magnésie à petite dose ($0^{gr},50$), chaque matin, de façon à amener une selle régulière.

Mais si la congestion s'est produite, et surtout si elle est intense, il faut prescrire le repos dans la position horizontale, et, à l'intérieur, les astringents. On a préconisé beaucoup et avec raison les irrigations, les douches ascendantes froides administrées sans violence.

A côté du froid, on a recommandé très justement aussi le système opposé, c'est-à-dire la chaleur aussi élevée qu'il est possible de la supporter, soit des lavements à 40 degrés répétés plusieurs fois par jour; ils amènent, en général, un soulagement notable et durable.

Enfin, si ces moyens échouent, on aura recours à la dilatation du sphincter, qui combat avec succès toute tendance de celui-ci à la contracture, dilatation faite, soit avec les doigts, soit avec le spéculum.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Péan.

Du morcellement appliqué à l'ablation des tumeurs (1).

(Leçons recueillies par M. Lapervenche, interne des hôpitaux.)

VII

Nous venons de passer en revue quelques-unes des opérations qui se pratiquent sur la face; nous allons maintenant vous parler de celles qui conviennent aux néoplasmes sous-aponévrotiques. Commençons par le cou.

Les *tumeurs sous-aponévrotiques du cou*, qui sont passibles de l'intervention chirurgicale, sont nombreuses. Elles diffèrent suivant qu'elles sont bénignes ou malignes, nées dans le tissu cellulaire ou dans les ganglions, le périoste des vertèbres, la glande thyroïde, le larynx. Le morcellement et le pincement combinés favorisent singulièrement leur ablation. Il serait trop long d'entrer, pour chacune d'elles, dans la description du manuel opératoire qui leur convient; nous nous contenterons de vous parler des plus fréquentes. La description des précautions à prendre pour leur ablation servira de guide pour celle des autres régions.

Les *tumeurs des ganglions lymphatiques* ont été décrites avec soin dans le tome II de nos *Leçons cliniques*. Nous avons insisté sur leur structure, leurs rapports, leurs connexions; nous avons montré qu'il importe d'enlever à la fois le tissu morbide et l'enveloppe propre quand ils sont de mauvaise nature. Pour les mettre à nu, il convient de faire une incision suffisamment longue pour bien observer leurs connexions et leurs adhérences. Dès que leur surface est à découvert, il faut les inciser avec le bistouri dans toute leur épaisseur et les extraire par morcellement du centre à la périphérie, en s'aidant des doigts, de la curette ou de la spatule. En procédant de la sorte, l'opérateur n'a pas à craindre de blesser les vaisseaux qui circulent dans leur enveloppe et dans le voisinage. Le tissu morbide enlevé, la suture et le pansement faits, il faut s'attacher à immobiliser le plus possible la région pour favoriser la réunion par première intention.

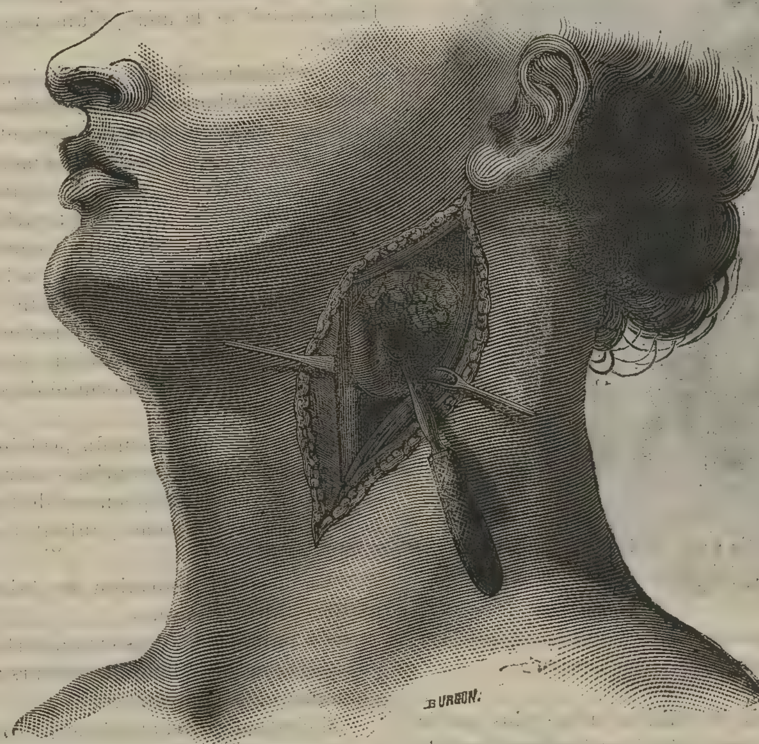


Fig. 14. — Ablation, par morcellement et râclage, d'un ganglion tuberculeux accolé aux gros vaisseaux de la région sterno-mastoïdienne. Même conduite à tenir si la tumeur était cancéreuse et trop adhérente aux tuniques de la carotide primitive et de la jugulaire interne.

Les tumeurs qui prennent naissance dans les aponévroses profondes ou sur le périoste des vertèbres contractent, avec les vaisseaux et les nerfs importants de la région, des rapports tels qu'il est indispensable de les enlever par morcellement (fig. 14).

A ce sujet, nous vous rappellerons l'observation d'une jeune malade que nous avons opérée devant vous en décembre 1886 et chez laquelle le grand volume de la tumeur rendit l'opération laborieuse.

Obs. VI. — Maria B..., âgée de dix ans, vient de la province. Rien dans les antécédents héréditaires. Quand elle avait deux ans, ses parents remarquèrent, sur la partie latérale droite du cou, une grosseur du volume d'une amande, qui augmenta peu à peu et prit d'assez grandes proportions. Pas de douleur. Déformation considérable de la région, gêne dans les mouvements de flexion du cou. Au moment de son entrée à l'hôpital, inclinaison prononcée de la tête à gauche; du côté du cou, tumeur du volume d'une orange, lisse, arrondie, très dure, située au-dessous de la peau et des masses musculaires, peu mobile profondément, paraissant adhérer aux apophyses transverses des vertèbres cervicales. La peau qui la recouvre est saine, à part quelques écorchures produites par des pommades irritantes.

(1) Suite. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1888 p. 657.

11 décembre. Après chloroformisation, nous faisons sur la partie moyenne de la tumeur une incision de 14 centimètres, qui intéresse successivement la peau, le tissu sous-cutané, le peaucier et l'aponévrose.

Le trapèze et le sterno-mastoïdien sont ensuite écartés, l'un en avant, l'autre en arrière. La surface de la tumeur se montre sillonnée de vaisseaux gros et nombreux qui parcourent sa périphérie. Après avoir pincé ces vaisseaux, nous plongeons le bistouri au centre de la tumeur, dont le tissu est dur, résistant, et nous enlevons un coin gros comme un quartier d'orange sans avoir une goutte de sang. Nous évidons ainsi toute la tumeur

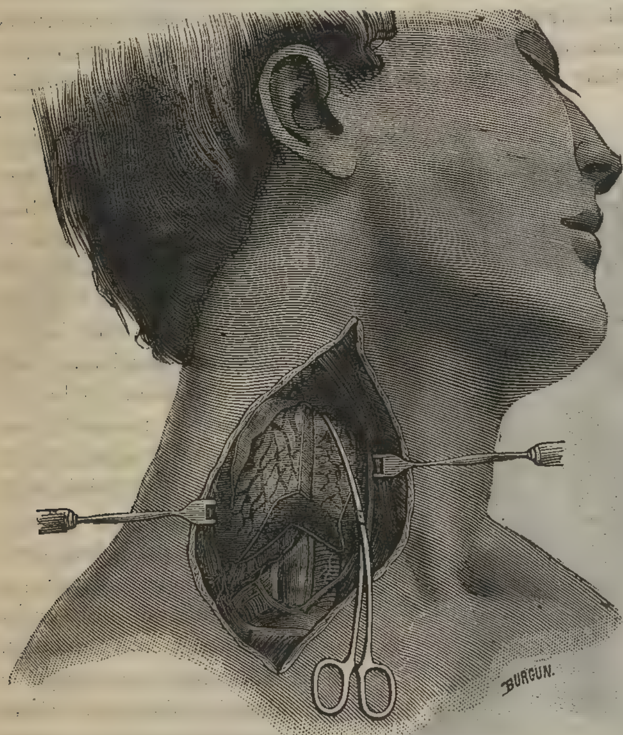


Fig. 15. — Fibrome né sur l'apophyse transverse des sixième et septième vertèbres cervicales, enlevé par morcellement.

avec le doigt et la spatule, jusqu'à ce qu'il ne reste plus que la coque. Nous reconnaissons alors que celle-ci est implantée sur le périoste qui recouvre l'apophyse transverse de la septième vertèbre cervicale. Nous pinçons cette insertion, à la manière d'un pédicule, avec une pince longuette au-dessus de laquelle nous réséquons l'enveloppe à son tour. Nous appliquons quelques ligatures au catgut sur les artérioles, et nous fermons la plaie par trois points de suture profonde et huit points de suture superficielle. Une seule pince à demeure est laissée sur les vaisseaux profonds pendant vingt-quatre heures. Pansement antiseptique, ouaté, compressif, renouvelé le quatrième jour. Réunion par première intention (fig. 15). L'examen histologique fait voir qu'il s'agit d'un fibrome pur.

L'opération eût été conduite de la même façon si elle avait été sarcomateuse et ramollie.

THÉRAPEUTIQUE

La médication ferrugineuse.

Par M. le docteur Delmis.

L'absorption des ferrugineux est une question complexe, dont la nature n'a pas encore été complètement élucidée par la chimie biologique. Les uns admettent que les ferrugineux, dédoublés par l'acide chlorhydrique du suc gastrique, sont tous assimilés et thérapeutiquement actifs sous forme de chlorure de fer; d'autres, plus récemment venus, pensent que les martiaux sont transformés au préalable en albuminates de fer solubles. Mais toutes ces hypothèses sont loin d'être établies par les faits et partant acceptables.

Un seul ferrugineux toutefois fait exception, le protoiodure de fer qui est absorbé en nature : cette particularité, spéciale au précieux reconstituant, a été démontrée expérimentalement, il y a plus de trente ans (leçon au Collège de France, du 20 février 1855), par l'illustre physiologiste Claude Bernard.

L'iodure de fer est encore aujourd'hui la seule préparation ferrugineuse connue, qui passe indécomposée dans la sécrétion salivaire et dans la sécrétion lactée, dans le mucus bronchique et dans l'excrétion urinaire, circonstance qui multiplie les points de contact, conserve le médicament plus longtemps dans la circulation, en facilite ainsi l'imprégnation moléculaire et permet d'administrer l'iodure de fer aux jeunes enfants à l'aide du lait de la mère, d'une nourrice ou d'un animal domestique.

Le protoiodure de fer s'emploie avec succès dans la chlorose, l'anémie, la tuberculose, la scrofulose, la syphilis secondaire ou tertiaire : c'est un anti-anémique et un anti-diathésique de premier ordre; c'est le correctif du mercure dans l'économie.

Le protoiodure de fer est le réparateur du sang, le fortifiant et le microbicide par excellence; partout où la débilité se trouve, soit comme cause, soit comme conséquence d'un état morbide, le protoiodure de fer fait sentir sa bienfaisante influence.

Le protoiodure de fer de Gille (dragées ou sirop) est celui qu'on ne saurait trop recommander, en raison de sa pureté chimique, de son inaltérabilité et de sa solubilité constantes, et aussi à cause de l'uniformité de ses déterminations thérapeutiques.

Dupasquier, l'inventeur du protoiodure de fer, lui reconnaissait les deux principales propriétés suivantes :

1° Arrêter le développement de la dégénérescence scrofuleuse, la combattre, et ramener, autant que possible, la constitution à l'état normal.

2° Favoriser la résorption des tubercules et l'absorption de la matière tuberculeuse. »

Nous publions ci-dessous un certain nombre de témoignages, auxquels l'autorité de leurs auteurs assure toute garantie d'indépendance et de compétence.

« Si c'est un grand avantage pour un médicament d'être facilement supporté par les voies digestives, disait Rostan, il en est un autre qui n'est guère moins considérable, c'est la promptitude de son action curative. Comme préparation martiale, le protoiodure de fer possède, d'une manière très manifeste, ce dernier avantage sur tous les autres composés ferrugineux. »

« Une de nos combinaisons de prédilection dans les engorgements strumeux du cou, dans les tumeurs blanches, dans les accidents syphilitiques tertiaires chez les individus débiles, ou bien dans la syphilis héréditaire, consiste dans l'association des dragées de protoiodure de fer de Gille, avec l'huile de foie de morue, ou bien avec le lait iodé. » (Maisonneuve.)

« Dans les cas de kératites vasculaires, si graves avec les individus scrofuleux et lymphatiques, les dragées de Gille au protoiodure de fer inaltérable m'ont procuré des guérisons d'une rapidité que je n'avais point encore observée avant l'usage de ce médicament, et, tout récemment encore, chez la nièce d'un de nos plus éminents confrères des hôpitaux. » (Desmarres.)

Enfin, Bazin, le savant dermatologiste de l'hôpital Saint-Louis, parlant du traitement des scrofulides malignes (Rupia, impetigo rodens, molluscum, lupus) :

« J'associe, dit-il, l'huile de foie de morue au sirop d'iodure de fer dans des proportions égales pour commencer, et, si le malade tolère l'huile, j'en porte graduellement la dose à 2 ou 300 grammes par jour, mais je dépasse rarement 60 à 90 grammes de sirop d'iodure de fer (soit quatre à six grandes cuillerées chaque jour). »

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 juillet 1888. — Présidence de M. Hérard.

CORRESPONDANCE

Prophylaxie des maladies contagieuses. — M. JABLONSKI (de Poitiers) adresse une note dans laquelle il propose de prendre, dans les lycées, au point de vue de la prophylaxie, les mêmes mesures à l'égard de la suette miliaire et de la roséole qu'à l'égard de la variole, de la scarlatine et de la diphthérie. La durée de l'isolement pour la suette serait de quarante jours et, pour la roséole, de vingt-cinq jours.

En terminant, M. Jablonski se demande s'il n'y aurait pas également des précautions à prendre, dans les lycées, à l'égard de la tuberculose.

LECTURE

Du cathétérisme à demeure dans le traitement des rétrécissements cancéreux de l'œsophage. — M. KIRMISSON, après avoir retracé l'historique de la gastrostomie appliquée aux cas de cancer de l'œsophage, déclare que c'est là une opération grave et dont la gravité n'est pas compensée par l'importance des résultats définitifs. Il est donc naturel, dit-il, de chercher à lui substituer, pour les rétrécissements cancéreux de l'œsophage, quelque autre mode de traitement.

Dès 1881, Krishaber, dans un mémoire lu à la Société de chirurgie, conseilla l'emploi de la sonde à demeure. Il cite, à l'appui de cette méthode, deux observations dans lesquelles la sonde est restée en place pendant trois cent cinq et pendant quarante-six jours. Krishaber, toutefois, n'est pas le promoteur de ce procédé ; il n'a fait que le faire revivre. L'invention en revient à Boyer, qui, en 1799 et 1800 plaça chez une malade une sonde à demeure et la laissa en place pendant cent cinquante jours environ.

En 1881, dans une communication au Congrès de Londres, Krishaber ajoute aux deux observations déjà citées deux nouveaux faits. En Angleterre, la méthode eut presque aussitôt ses partisans. A la suite d'une discussion à la Société clinique de Londres en 1881, M. Durham cite le cas d'une femme chez laquelle une sonde nº 7 de la filière anglaise fut maintenue en place pendant quatre mois. Puis viennent les observations de John Croft, de James Berry, de Charters Symonds.

En Allemagne et en Autriche, l'emploi de la sonde œsophagienne à demeure a été aussi utilisé. L'an dernier, Gersung a publié un travail sur ce sujet. Leyden et Renvers ont également défendu le cathétérisme à demeure. Aux faits précédents, M. Kirmisson en ajoute deux qui lui sont personnels.

Au commencement de 1888, dit-il, assistant à une clinique de M. le professeur Verneuil, j'eus l'occasion de l'entendre rapporter un fait qu'il avait observé avec M. Labbé. Il s'agissait d'une dame atteinte d'un rétrécissement cancéreux de l'œsophage, chez laquelle on se disposait à pratiquer la gastrostomie. La malade étant endormie, M. Verneuil voulut une dernière fois tenter le cathétérisme. Il réussit et mit en place une sonde qu'il laissa à demeure. Il évita ainsi à la malade une opération grave et lui procura une survie de plusieurs mois. Frappé d'un aussi bon résultat, je me promis d'employer cette méthode dès que je le pourrais.

En mai 1886, je remplaçais M. Th. Anger à l'hôpital Cochin, lorsqu'entra, dans le service de M. Gouraud, un homme âgé de cinquante-sept ans, atteint d'un rétrécissement cancéreux de l'œsophage. Depuis trois mois toute alimentation solide était devenue impossible et le malade ne prenait plus que du lait. Enfin, la déglutition du lait devenant de plus en plus difficile, je tentai, mais sans y réussir, de passer des bougies à boule et olivaires. Nous résolûmes dès lors de nous procurer la petite bougie conductrice en baleine, construite par M. Collin et employée par M. Verneuil dans les cathétérismes difficiles.

Le 29 mai, nous pûmes pratiquer le cathétérisme à l'aide de cet instrument ; puis, sur la petite bougie, une sonde à bout coupé fut glissée et laissée à demeure dans l'œsophage. La survie fut de trois mois.

Après avoir relaté sa deuxième observation, M. Kirmisson présente à l'Académie le modèle de sonde auquel il donne la préférence. Il décrit ensuite le procédé à suivre pour l'introduction de la bougie conductrice, la mise en place de la sonde à bout coupé, l'engagement de l'extrémité supérieure de la sonde dans les fosses nasales et sa fixation au moyen d'une épingle anglaise traversant ses parois.

M. Kirmisson conseille d'enlever de temps en temps la sonde et de la nettoyer.

Quant aux *indications*, il croit, conformément à l'opinion de Gersung, que ce n'est pas seulement dans les rétrécissements cancéreux de l'œsophage, mais aussi dans les rétrécissements cicatriciels qu'elle doit être employée. Enfin il n'est pas jusqu'aux brûlures de l'œsophage qui ne pourraient être utilement traitées d'emblée par l'usage de la sonde à demeure.

ÉLECTIONS

L'Académie procède à l'élection de deux membres correspondants nationaux, première division (voir, pour le classement des candidats, *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 690).

Pour la première place, le nombre des votants étant 60, majorité 31, M. Morache obtient 43 suffrages, M. Chédevergne 13, M. Fabre 2, M. Niepce 1. En conséquence, M. Morache est élu.

Pour la seconde place, nombre des votants 63, majorité 32, M. Chédevergne obtient 56 suffrages, M. Fabre 5, M. Bottentuit 1. En conséquence, M. Chédevergne est élu.

COMMUNICATIONS

La saccharine. — M. DUJARDIN-BEAUMETZ, à l'occasion de la communication faite récemment par M. Worms, fait connaître les conclusions du rapport qu'il a présenté au conseil d'hygiène sur la saccharine. Lorsque cette substance est passée du domaine de la thérapeutique dans celui de l'alimentation banale, M. Dujardin-Beaumetz a émis des craintes sur l'abus qu'on en pourrait faire dans les falsifications. Ces craintes n'ont pas tardé à se réaliser. Au laboratoire municipal, on a eu à analyser du vin de Champagne sucré avec la saccharine. C'est alors que, chargé d'un rapport au conseil d'hygiène, M. Beaumetz a conclu à l'interdiction de la saccharine pour l'usage alimentaire. Mais si c'est une mauvaise acquisition au point de vue de l'alimentation, c'en est une précieuse au point de vue de la thérapeutique, en particulier pour les diabétiques. Toutefois, on sait que parmi les aliments qui doivent être supprimés aux diabétiques, le sucre est, généralement, celui dont ils se passent le plus facilement. En outre, il ne faut pas oublier que la saccharine n'est pas sans inconvénients et détermine souvent des troubles intestinaux qui doivent en faire supprimer l'usage.

M. WORMS rappelle ne s'être placé, dans sa communication, qu'au point de vue purement thérapeutique. C'est à ce point de vue seulement, qu'il a signalé les troubles intestinaux dont vient de parler M. Dujardin-Beaumetz. Ayant eu récemment l'occasion de parler de la saccharine avec le docteur Pavy (de Londres), dont les travaux sur le diabète sont universellement connus, il a appris que M. Pavy était arrivé exactement aux mêmes conclusions que celles de M. Dujardin-Beaumetz, à savoir que les diabétiques se passent facilement de sucre et, qu'ainsi que l'avait signalé M. Worms, la moitié des diabétiques qui prennent de la saccharine ont dû l'abandonner à cause des maux d'estomac, de la perte d'appétit qu'ils en ressentaient. Il faut donc être très réservé dans l'emploi de ce médicament.

Traitement des anévrysmes par la méthode de Moore et de Baccelli. — M. BUCQUOY communique l'observation qu'il a fait connaître à la Société médicale des hôpitaux (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 482).

Ce qui a engagé M. Bucquoy à porter, devant la tribune de

l'Académie, cette question du traitement des anévrysmes par la méthode de Moore et de Baccelli, c'est la condamnation qu'a prononcée sur elle M. Verneuil, dans son discours d'inauguration du dernier Congrès de chirurgie (voy. *Gazette des hôpitaux*, p. 273). Dans ce discours, en effet, M. Verneuil, défendant la chirurgie française contre les accusations de Billroth, dit que, dans notre pays, « on n'introduit pas volontiers des corps métalliques, fussent-ils filiformes, dans les anévrysmes de l'aorte ». C'est en quelque sorte pour protester contre cette condamnation un peu sévère, selon lui, que M. Bucquoy communique l'observation qu'il a déjà publiée ailleurs. Il invoque à l'appui de cette méthode, non seulement les expériences de ses auteurs, Moore, Murchinson, Baccelli, mais encore M. Lépine, qui, dans un travail très remarquable publié dans un journal de médecine, avait déjà protesté contre l'opinion émise par M. Verneuil, en publiant des faits tout à l'avantage de la méthode de Baccelli. M. Bucquoy ajoute, pour sa défense, que, dans le cas qu'il a publié, il s'agissait d'un anévrysme de la crurale et non d'un anévrysme de l'aorte.

M. VERNEUIL commence par déclarer que, dans la discussion qui s'engage, il n'entend s'attaquer qu'aux faits et non aux personnes de Baccelli, de Lépine, de Bucquoy, pour lesquelles il professe la plus grande estime. Fidèle à l'opinion qu'il a émise dans son discours au Congrès de chirurgie, il veut combattre la méthode dont il s'agit, et cela dans deux buts bien précis : il veut d'abord mettre en garde les jeunes chirurgiens contre des innovations d'origine exotique dont il craint qu'on abuse. Il veut ensuite rétablir les faits dans leur réalité en ayant recours à ce qu'il appelle la puissance bibliographique, car jamais il n'a introduit et jamais il n'introduira de ressorts de montre dans les anévrysmes de l'aorte ou autres. C'est pourquoi la première partie de son argumentation sera exclusivement consacrée à l'historique de la méthode de Moore ou de l'introduction de fils métalliques dans les anévrysmes, opération qu'il propose d'appeler filipuncture, en opposition à l'acupuncture proposée par Velpeau en 1830.

Comment est née la méthode de Moore? En octobre 1882, Murchinson, qui avait dans son service un jeune homme de vingt-six ans atteint d'un anévrysme de la crosse de l'aorte qui avait résisté à tous les moyens médicaux, consulta le chirurgien Moore sur un moyen chirurgical à employer et lui demanda son avis sur l'emploi de la galvanopuncture. Moore répond que la galvanopuncture serait un moyen plus propre à abréger les jours du malade qu'à les prolonger. Quelque temps après, il se décida à pratiquer l'opération qui porte son nom. (Voir au Premier-Paris.)

Moore, sans chercher à dissimuler que la mort était bien le résultat de l'acte chirurgical, fait remarquer que l'opération, facile, simple et peu douloureuse, n'avait provoqué aucun accident immédiat; que la petite plaie faite au sac avait guéri facilement; enfin que l'autopsie avait confirmé toutes ses prévisions, car le fil, occupant du reste la place voulue, avait provoqué rapidement la coagulation du sang et le dépôt de la fibrine.

L'opération avait donc eu une double action : l'une favorable, en prévenant le danger de la rupture, et l'autre funeste, en provoquant une inflammation devenue fatale par l'envahissement d'organes importants;

L'auteur, recherchant ensuite les causes et les effets de cette inflammation, examine si elle a été occasionnée ou non par la présence du fil, mais croit probable que le dépôt rapide d'une grande masse de fibrine a pu tout aussi bien provoquer l'inflammation locale et l'excitation constitutionnelle.

Puis il tente d'expliquer le développement de la péricardite et des abcès rénaux, mais ne peut rien conclure.

Il se demande enfin, si le fait précédent doit encourager à répéter l'opération, et, en cas d'affirmative, avec quelles modifications on pourrait la pratiquer à l'avenir.

Deux circonstances font entrevoir la possibilité du succès : 1° la solide adhérence établie entre la fibrine remplissant le sac et la paroi de l'anévrysme; 2° l'inflammation, forte dans la partie extra-thoracique du sac, dépourvue de membrane limitante, était nulle ou très légère, dans la portion intra-thoracique, munie d'une tunique régulière : différence qui permet de croire qu'un anévrysme à parois lisses, ressentirait beaucoup moins, et même ne ressentirait peut-être nullement, les effets irritants du corps étranger.

Il y aurait donc avantage à provoquer une irritation répétée et restreinte. La fibrine accumulée dans le sac peut provoquer une inflammation nuisible, si elle est déposée en trop grande quantité, comme cela a eu lieu dans le cas précédent, sans doute parce que l'on a introduit trop de fil.

On pourrait donc modifier la méthode de trois manières.

La première consisterait à introduire une moins grande quantité de fil, ou à l'enlever au bout d'un certain temps. Dans ce but, il serait peut-être préférable d'introduire des aiguilles minces, à pointes mousses, au lieu de fil, dans différentes parties de l'anévrysme, les enlevant d'un point pour les mettre à un point opposé; on les retirerait toutes ensemble au bout de deux ou quatre heures, temps suffisant pour le dépôt de la fibrine.

La seconde consisterait à mettre une moins grande quantité de fil, qu'on abandonnerait définitivement.

La troisième, à mettre une petite quantité de fil, qu'on abandonnerait définitivement, et, en une seule fois ou en plusieurs fois successives, des aiguilles dans divers points de la tumeur; ces aiguilles, ayant pour but d'augmenter la quantité de fibrine déposée sur le fil, pourraient être retirées comme dans le premier cas.

Ces modifications paraissent répondre à la préoccupation de Moore, relativement à ce que pourrait bien provoquer à la longue, dans les environs du sac, une grande quantité de fil abandonnée à elle-même.

L'observation de Moore fut accueillie sans enthousiasme par la Société royale médico-chirurgicale de Middlesex. Personne ne blâma l'invention, mais personne ne l'encouragea.

Aussi la méthode tomba dans l'oubli, sans que ses auteurs aient rien fait dans la suite pour la ressusciter.

Il faut arriver jusqu'en 1871 pour la voir reparaître.

Un chirurgien anglais, Domville, tenta de nouveau l'aventure sur un malade qui, trois semaines plus tard, était mort. Nous n'avons pas de détails sur ce fait. Peut-être Domville avait-il été précédé par Muray, de Newcastle, qui fit, par des procédés complexes, de nouvelles tentatives qui n'aboutirent qu'à la mort de quatre malades dont deux opérés par la filipuncture.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1887-1888.

56. M. GIRAUD. Essai sur l'intervention chirurgicale chez le vieillard. — 57. M. LABORDE. Des injections cavitaires et interstitielles d'éther iodoformé dans le traitement des tuberculoses locales. — 58. M. VERGOZ. Contribution à l'étude du torticolis musculaire par contracture et rétraction. — 59. M. DENIS. Contribution à l'étude de la géographie médicale (campagne de Terre-Neuve, en 1886). — 60. M. GOOD. De l'influence de l'impaludisme sur la marche et la guérison des plaies. — 61. M. OLIVIER. Étude sur la syphilis tertiaire du nez et des fosses nasales. — 62. M. GIRAULT. Contribution à l'étude des cécités verbales. — 63. M. LESQUENDIEU. Considérations hygiéniques et pathologiques sur Pontanézen. — 64. M. JULIEN-LAFERRIÈRE. Contribution à l'étude de l'irréductibilité des luxations métacarpo-phalangiennes du pouce et de leur traitement par l'arthrotomie à ciel ouvert. — 65. M. AUBRY (Léon). Contribution à l'étiologie de la fièvre typhoïde dans l'épidémie de Bordeaux, de 1887. — 66. M. DUPONT. De l'impuissance chez l'homme au point de vue médico-légal. — 67. M. MALESPINE. Du pansement des plaies à l'aide des solutions hydrargyriques et en

particulier celles de bi-iodure de mercure. — 68. M. DUBUT. De la douleur dans les affections des voies urinaires et de son traitement.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 2 juillet 1888, M. le docteur Du Mesnil, médecin de l'asile national de Vincennes, auditeur près le Comité consultatif d'hygiène publique de France, a été nommé secrétaire de ce comité, en remplacement de M. le docteur Vallin, démissionnaire.

— Le concours, par la nomination à trois places de médecin du Bureau central, s'est terminé avant-hier, lundi 2 juillet 1888, par la nomination de MM. les docteurs Marie, Netter et Gilbert.

— Le concours du clinicat médical s'est terminé hier mardi 3 juillet 1888, par la nomination de MM. les docteurs Duflocq et Foubert, comme chefs de clinique titulaires et de MM. les docteurs Ménétrier et Hischmann, comme chefs de clinique adjoints.

— La question donnée hier mardi pour l'épreuve de médecine opératoire aux candidats du clinicat chirurgical a été: La désarticulation du pied.

La prochaine séance aura lieu demain jeudi, à neuf heures du matin, à l'Hôtel-Dieu.

— La question donnée hier mardi pour l'épreuve de physiologie aux candidats du concours du prosectorat a été: La corde du tympan.

— Dans sa séance du 2 juillet 1888, le Conseil municipal de Paris a émis le vœu « qu'il soit adjoint, au Conseil de surveillance de l'Assistance publique, un membre pris parmi les médecins des bureaux de bienfaisance, et invite M. le préfet, à la première vacance dans les quatre places auxquelles il pourvoit, à nommer un médecin du bureau de bienfaisance, membre du Conseil de surveillance ».

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Valude, chef de clinique ophthalmologique, est prorogé dans ses fonctions jusqu'au 1er novembre 1889.

— *Faculté des sciences de Paris.* — Le jeudi 12 juillet 1888, à huit heures et demie, M. Vautier soutiendra, pour obtenir son diplôme de docteur ès sciences physiques, une thèse intitulée: « Recherches expérimentales sur la vitesse d'écoulement des liquides par un orifice en mince paroi. »

Le même jour, à deux heures et demie, M. Topsent soutiendra, pour obtenir son diplôme de docteur ès sciences naturelles, une thèse intitulée: « Contribution à l'étude des Clionides. »

Le mardi 24 juillet 1888, à huit heures et demie du matin, M. Ch. Maurice soutiendra, pour obtenir son diplôme de docteur ès sciences naturelles, une thèse intitulée: « Monographie d'une espèce d'ascidie composée (*Fragaroides aurantiacum*). »

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Gaudin (de Chauvigny).

— M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste au Muséum, fera sa prochaine excursion géologique publique, le dimanche 8 juillet 1888 à Saint-Sulpice, Abbecourt, Noailles et Ponchon. On étudiera le gault, la craie, les sables de Bracheux, etc. Le départ aura lieu à la gare du Nord à six heures dix sept minutes pour la station de Saint-Sulpice. On sera de retour à Paris à neuf heures vingt minutes. Pour profiter de la réduction de 50 p. 100 sur le prix du voyage, se faire inscrire au laboratoire de géologie avant samedi quatre heures du soir.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité pratique et clinique d'hydrothérapie, par E. DUVAL, médecin en chef de l'institut hydrothérapique, 1888, 1 vol. in-8° de 900 pages, avec figures et une préface de M. Peter. — Prix : 10 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Formulaire clinique et thérapeutique pour les maladies des enfants, par le docteur A. VEILLARD, 2e édit., 1 vol. in-18. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Berthier.

L'École de Salerne et les médecins salernitains, par Georges BÉCAVIN, docteur en médecine de la Faculté de Paris. Gr. in-8°, 127 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Du traitement des métrites chroniques par les eaux minérales, par le docteur Eug. VERRIER. Grand in-8° de 13 pages. — Prix : 1 franc. — Paris, F. Savy.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 79. — MARDI 10 JUILLET 1888. 61e ANNÉE. MARDI 10 JUILLET 1888. — N° 79.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. BROUARDEL.

Des déclarations de naissance.

Il arrive souvent que des médecins ont des difficultés avec la justice au sujet de déclarations de naissance. En effet, parmi les articles 55, 56 et 57 du Code civil, qui sont relatifs à cette question, l'article 56 fait une obligation aux docteurs, sages-femmes et officiers de santé ayant assisté à l'accouchement, de déclarer l'enfant, *à défaut du père*.

Mais le but du législateur a été de protéger la vie de l'enfant et son état dans la société. Or, si une femme non mariée, étant sur le point d'accoucher, sait que son déshonneur sera publié par le médecin à la mairie, elle sera bien tentée de commettre un avortement, un infanticide ou un suicide. Nous pouvons, au contraire, sauver la vie de son enfant, et quelquefois d'elle-même, en lui donnant la certitude que nous garderons le silence sur son accouchement. Si bien que, dans ces conditions, nous irions à l'encontre de la pensée du législateur, en nous conformant strictement à la loi.

Il existe heureusement une échappatoire, c'est l'article 378 du Code pénal nous forçant à garder le secret médical. Il y a quelques années (1), M. le docteur Berrut, se retranchant derrière cette obligation, porta, à la mairie du VIIe arrondissement, une enfant du sexe féminin, à laquelle il donnait les noms de Louise-Armande, en refusant de divulguer le nom et le domicile de sa mère. L'officier de l'état civil ayant refusé, à son tour, d'inscrire l'enfant, l'affaire fut portée devant le tribunal de la Seine et celui-ci, considérant que l'article 346 du Code pénal, relatif aux déclarations de naissance, ne vise que les articles 55 et 56 du Code civil, mais garde le silence sur l'article 57, qui obligerait le médecin à déclarer le nom de la mère et le lieu de la naissance, décida qu'il fallait que le médecin affirmât que l'enfant était né dans la circonscription de la mairie, mais qu'on ne pouvait pas lui en demander davantage. Depuis, cette jurisprudence s'est établie.

J'ai à intervenir, en moyenne, dix fois par an, auprès du Procureur de la République, pour des médecins qui n'ont pas accompli les formalités légales au sujet des déclarations de naissance. Ces déclarations doivent être faites dans les trois jours qui suivent l'accouchement. Vous pouvez vous trouver en présence de diverses circonstances. D'abord, dans une famille que vous connaissez, vous vous contentez de rappeler au père qu'il doit passer à la mairie et vous n'avez pas à vous préoccuper davantage.

Mais il peut arriver que vous croyiez le père et la mère mariés, sans qu'ils le soient. Dans ces conditions, le père ne déclare pas son enfant, et comme la recherche de la paternité est interdite, vous ne pouvez pas vous couvrir en le dénonçant. Dans le cas où vous aurez un doute, passez donc à la mairie deux ou trois jours après la naissance de l'enfant et assurez-vous que les formalités ont été remplies.

Un médecin a été condamné à 100 francs d'amende pour n'avoir pas déclaré un enfant et parce que le père n'avait pas assisté à l'accouchement. Le médecin, qui l'avait rencontré en sortant de l'opération, lui avait pourtant rappelé qu'il avait à passer à la mairie.

Il y a plusieurs années, au *Prado*, dans un bal public, une femme fut prise subitement des douleurs expulsives, et un médecin de l'île Saint-Louis, qui se trouvait là, fit l'accouchement. N'ayant pas pensé ensuite à faire la déclaration de cette naissance, il fut poursuivi et condamné.

A Agen, un docteur R..., appelé vers dix heures du matin pour voir une fille qui avait des attaques de nerfs, s'aperçoit que ces attaques doivent se terminer par un accouchement et donne l'adresse d'une sage-femme. Il repasse le soir et on lui présente le cadavre d'un enfant, sans qu'il puisse savoir s'il a vécu ou non; il dit qu'on le fasse déclarer. Cette déclaration n'ayant pas été faite, il a été condamné à 200 francs d'amende.

Mais je crois que si un cas semblable se présentait de nouveau, la solution ne serait plus la même. En effet, on ne pouvait pas dire qu'il n'y ait pas eu substitution d'enfant et que cette fille ait réellement accouché du cadavre qu'elle présentait.

La théorie admise contre le docteur R... est très grave. Une femme simule une grossesse pour se faire épouser. Quelques jours avant la date qu'elle avait fixée pour son accouchement, elle va voir un jeune médecin de son quartier. Celui-ci, un peu timoré, n'ose pas porter une main téméraire, et déclare que tout paraît aller bien. Au bout de peu de jours, elle envoie chercher le docteur, trois ou quatre heures après le prétendu accouchement, et, cette fois

(1) Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1876, p. 17 et 89; 1885, p. 445.

encore, il ne fait aucune constatation sur la mère et va déclarer la naissance à la mairie. Bientôt après, on apprend que l'enfant avait été pris à une autre femme. Ce n'est que parce qu'il a pu justifier de la façon dont on avait escroqué sa signature, que ce jeune docteur n'a pas été poursuivi.

Actuellement, il y a, de ce côté, un véritable danger pour le médecin, quand il n'a été témoin de rien.

On peut se trouver, dans certains cas, particulièrement embarrassé. A Angers, un docteur C..., ayant accouché une fille, avait déclaré la naissance en disant qu'il ne pouvait révéler, ni l'adresse ni le nom de la mère. Il était médecin des Enfants-Assistés : le lendemain on lui présente un enfant portant des traces de strangulation, en lui demandant le nom de la femme qu'il avait accouchée la veille. Il s'est retranché derrière le secret professionnel, et il a refusé de répondre. En définitive, après une première condamnation devant le tribunal, la cour d'Angers lui a donné raison.

Aussi malgré la possibilité que vous avez de garder le silence, il faut vous exécuter toutes les fois que vous le pourrez, à cause des embarras que peut vous amener cette manière de faire.

Pour les enfants mort-nés, la jurisprudence est extrêmement compliquée. Un décret, du 4 juillet 1806, dit à ce sujet :

« Lorsque le cadavre d'un enfant, dont la naissance n'a pas été enregistrée, sera présenté à l'officier de l'état civil, cet officier n'exprimera pas qu'un tel enfant est décédé, mais seulement qu'il lui a été présenté sans vie, afin de ne pas préjuger la question de savoir s'il y a eu vie ou non. »

Mais il faut considérer trois périodes dans la vie utérine au point de vue de la jurisprudence. Le produit de la conception est un *embryon* jusqu'au quatrième mois ; c'est un *fœtus* pendant le cinquième et le sixième mois ; c'est ensuite un *mort-né* ou un *nouveau-né viable*.

Lorsqu'il s'agit d'un enfant mort-né, il faut absolument nous conformer au décret du 4 juillet 1806 et faire la déclaration, sans quoi l'article 358 du Code pénal vous serait appliqué. Les filles, qui ne déclarent pas, sont condamnées en général à trois mois de prison, lorsque l'enfant n'a pas respiré, pour infraction aux lois sur l'inhumation.

Un propriétaire avait une bonne qui, ayant accouché d'un enfant mort-né, l'avait enfoui dans le jardin. Le tribunal de Montélimar condamna la fille à trois mois de prison, le maître à deux mois, et l'officier de santé qui avait fait l'accouchement à deux mois de prison et à 300 fr. d'amende.

Passons maintenant aux fœtus. Ici il est beaucoup plus difficile de connaître la jurisprudence exacte. Vous savez que les fœtus peuvent avoir des mouvements et que leur cœur bat quelquefois pendant plusieurs heures. Bien plus, il est arrivé à un médecin, portant à la mairie, dans un panier, un petit produit de ce genre, de l'entendre crier tout d'un coup devant l'officier de l'état civil.

Aussi un arrêt de la cour de Paris du 15 février 1865 déclarait qu'il fallait présenter « tous les enfants morts, à quelque époque de la gestation qu'ils soient parvenus, pourvu qu'ils aient les formes d'un être humain. »

Au contraire, la Cour de cassation, dans un arrêt du 7 août 1874, alléguait en des termes un peu singuliers « qu'une telle représentation, sans utilité pour l'intérêt social, pourrait, dans certains cas, *blesser la pudeur publique* ».

Ce mot avait été provoqué par une circulaire, où on se plaignait du grand nombre de fœtus qui flânent dans les égoûts et dans les boîtes à ordures. Après plusieurs hésitations, le préfet de la Seine prit, en 1882, un arrêté d'après lequel tous les fœtus et embryons devaient être déclarés, pourvu qu'ils aient six semaines. Il fut décidé en même temps que des voitures spéciales des pompes funèbres iraient dans la journée les prendre à domicile et qu'ils seraient enterrés au cimetière sans cérémonie.

Cette circulaire de M. Floquet a provoqué, au sein de quelques sociétés médicales, un profond étonnement. Le préfet donnait extension au code ! Cette interprétation est fausse, puisque les tribunaux ne jugent pas d'après le préfet. Ceux qui ne se conforment pas à son règlement, sont condamnés en simple police à 1 fr. d'amende.

Ce qui manque encore dans cette organisation, ce sont de petites boîtes qui recevraient dans chaque mairie les fœtus qu'on y va présenter.

Je dois ajouter que la population de Paris n'a pas été du tout émue par les scrupules des médecins. En 1886, sept cents fœtus environ ont été inhumés et il en résulte qu'à la Morgue nous en recevons cinq fois moins qu'autrefois.

Remarquez d'ailleurs que la circulaire de M. Floquet ne vaut que pour le département de la Seine.

Je termine par une recommandation.

Certains étudiants aiment à collectionner des fœtus : de toutes les collections, c'est la plus dangereuse. En effet, lorsque vous vous mariez, ne voulant pas apporter un pareil cadeau de noces à votre femme, vous jetez ces pièces dans les fosses d'aisance, et le jour où elles seront trouvées par les employés de la Compagnie Richer, vous ne pourrez peut-être pas établir que vous n'avez pas violé les lois sur l'inhumation.

C'est ce qui est arrivé, il y a deux ans, à un ancien interne, au moment où il était en pourparlers matrimoniaux. Jamais le mariage n'a pu être renoué et il a fallu avoir affaire à un juge d'instruction très parisien pour que l'incident n'ait pas de suites.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. SEGOND.

Fibro-sarcome de la paroi antéro-latérale de l'abdomen.

Je vais opérer, après cette leçon, une jeune femme, pour une tumeur de la paroi antéro-latérale de l'abdomen.

Cette malade, âgée de trente et un ans, est mariée et a deux enfants. Elle a toujours été très bien portante, elle est parfaitement réglée. Ses antécédents héréditaires sont absolument nuls, et ses antécédents personnels sans aucun rapport avec l'affection pour laquelle elle est à l'hôpital ; ce sont : une pleurésie dans son enfance, une scarlatine en 1871 et une fièvre typhoïde à l'âge de vingt ans.

C'est au mois de février de l'année dernière que, pour la première fois, elle a senti, au-dessous du rebord des fausses côtes gauches, une petite tumeur, du volume d'une noisette, dure et roulant sous le doigt. Du mois de février au mois de mai, cette tumeur n'a pris aucun accroissement, mais depuis cette époque elle a continuellement augmenté de volume — volume d'une noix, volume d'une pomme d'api, etc. — et, par suite, est devenue inquiétante. Cette femme a consulté alors le docteur Fleurot, qui me l'a adressée ; je l'ai vue pour la première fois, chez moi, au mois de juin, et elle s'est enfin décidée dernièrement à entrer à l'hôpital.

Elle n'a jamais que peu souffert de sa tumeur, mais celle-ci est devenue une gêne permanente, donnant lieu, seulement

de temps en temps, à quelques élancements douloureux. D'ailleurs les fonctions générales sont bonnes, la malade mange et dort bien.

Voici maintenant l'état dans lequel se présente sa tumeur : on aperçoit, du côté gauche de l'abdomen, un peu au-dessous du rebord des dernières fausses côtes, une saillie légère, convexe, formée par une tumeur ovoïde, dont le grand axe, transversal, est à peu près parallèle aux fausses côtes, à surface régulière, et de consistance fibreuse. Ses dimensions sont : transversalement, 8 à 9 centimètres ; verticalement, 5 centimètres. Elle est mobile transversalement et de haut en bas, mais beaucoup moins dans cette dernière direction, soit par suite du voisinage des fausses côtes, soit par adhérence à ces côtes elles-mêmes. Par contre, la contraction des muscles abdominaux l'immobilise.

Ceci dit, quel diagnostic devons-nous porter? Ce n'est point une de ces tumeurs rares des parois abdominales, telles qu'une épiplocèle anomale, indurée, susceptible d'en imposer pour un néoplasme, car elle n'a pas le siège habituel de ces épiplocèles. Nous n'avons pas affaire, ici non plus, à quelque tumeur dépendant des organes intra-abdominaux, ovaires ou utérus, par exemple, ceci paraît parfaitement net. Il ne s'agit pas davantage — du moins je ne le pense pas — de quelque kyste, d'un kyste hydatique, surtout en raison du développement rapide de la tumeur et aussi de sa consistance solide, bien que celle-ci conduise parfois à des erreurs de diagnostic, certains kystes hydatiques formant quelquefois des tumeurs tendues, remplies et très dures, comme de véritables fibromes. Sous ce rapport une ponction exploratrice pourrait éclairer le diagnostic ; je ne la ferai pas parce que cela est parfaitement inutile, et que je ne consens à la faire que lorsque les résultats de cette ponction peuvent modifier mon acte opératoire.

En résumé nous sommes en présence, chez cette malade, d'une tumeur fibreuse de la paroi antéro-latérale de l'abdomen, dont le début remonte au mois de février, et qui, dans l'espace de six mois, s'est accrue au point de mesurer 9 centimètres sur 5, par conséquent d'une tumeur dont l'accroissement rapide nous prouve la malignité, c'est-à-dire qu'il s'agit d'un fibro-sarcome. Cette tumeur est d'un pronostic grave, car elle est appelée à s'accroître fatalement, et peut entraîner, par elle-même, la mort de la malade. D'où la conclusion qu'il faut l'enlever, et le plus rapidement possible.

Les fibro-sarcomes de la paroi antéro-latérale de l'abdomen constituent un groupe de tumeurs néoplasiques, que l'on ne connaît bien que depuis 1850, époque à laquelle M. Sappey publia, dans la *Gazette des hôpitaux* (1), la première observation classique ; depuis lors, de nombreux faits ont été recueillis, plusieurs thèses ont été soutenues sur la même question, parmi lesquelles je citerai notamment celle de M. Damalix.

Tout ce que l'on a écrit, à ce propos, nous apprend que ces tumeurs peuvent être des fibromes purs, des fibromyomes ou des fibro-sarcomes, qu'elles se développent surtout chez la femme, — Nélaton avait même soutenu qu'on ne les observait que chez elle ; mais je pourrais vous citer au moins dix observations chez l'homme, une de M. Verneuil, une de M. Sappey, une de M. Tillaux, etc. — Nous savons aussi que leur siège, quoique pouvant varier, est surtout soit au voisinage de l'arcade de Fallope, soit au voisinage du rebord des dernières fausses côtes, c'est-à-dire qu'elles se développent surtout dans le voisinage d'un os : crête iliaque ou fausses côtes. De plus elles sont souvent pédiculées, et le pédicule s'insère sur le tissu osseux. Nélaton avait même cru pouvoir affirmer que ces tumeurs avaient *toujours* une origine périostique. Cette dernière assertion a été combattue victorieusement, il y a quelques années, par M. Guyon, qui a parfaitement établi que leur origine *fréquente* était fibreuse, conjonctive, aponévrotique, et que le pédicule osseux n'existait pour ainsi dire jamais.

En résumé, ces fibromes présentent deux évolutions distinctes : l'une bénigne, à ce point que des malades ont pu vivre pendant dix, vingt, trente ans même, sans en souffrir, et mourir plus tard de tout autre chose ; l'autre maligne, et le sujet se trouve enlevé par son néoplasme qui s'ulcère ou se généralise.

Enfin ce qui doit nous intéresser surtout, c'est, au point de vue du pronostic, le siège même qu'occupe le fibro-sarcome dans les tissus de la paroi antéro-latérale de l'abdomen ; siège d'après lequel on l'appelle : 1° sous-cutané, c'est-à-dire développé immédiatement sous la peau et loin du péritoine ; 2° intra-pariétal, ou développé aux dépens des insertions aponévrotiques, détruisant le tissu musculaire, mais restant encore séparé du péritoine ; 3° sous-péritonéal, malheureusement trop fréquent, et en connexions, immédiates, avec le péritoine.

A l'étranger, on a soutenu que ces tumeurs pouvaient être enlevées sans crainte du péritoine, grâce aux méthodes antiseptiques. Bien que je sois un antisepticien convaincu, je déclare qu'il est insensé de dire que le péritoine ne se révolte jamais, et, tout en sachant parfaitement que l'on ne doit plus avoir les terreurs d'autrefois, nous n'ignorons pas cependant que l'on meurt très bien encore de péritonite à la suite de l'ouverture de la séreuse.

Les tumeurs de la paroi antéro-latérale de l'abdomen sont donc graves en raison de leurs connexions avec le péritoine. M. Damalix, dans la thèse dont je parlais tout à l'heure, a rapporté deux observations de femmes jeunes, bien portantes, qui succombèrent, en quatre jours, à une péritonite consécutive à l'ablation de pareils fibromes. Dans une conversation que j'eus avec M. Trélat, au sujet de ces deux faits, qui m'avaient vivement impressionné — c'était en 1882 — je lui soumis quelques réflexions. Comme je vous l'ai dit tout à l'heure, ces tumeurs peuvent rentrer dans deux groupes : le premier comprenant les tumeurs sous-cutanées et les tumeurs intra-pariétales ; le second, les tumeurs sous-péritonéales et adhérentes au péritoine. Or, lorsqu'on a disséqué et énucléé avec le plus grand soin une des tumeurs du second groupe, en évitant soigneusement d'ouvrir et de déchirer le péritoine, que se passe-t-il? On n'a pas ouvert le péritoine, mais en enlevant le néoplasme, on crée une plaie dont le fond est constitué par le tablier péritonéal qui ferme la cavité abdominale. Or quand, l'opération terminée, on vient à suturer la plaie, le péritoine se fronce forcément, forme un godet dans lequel on introduit, au-dessous de la suture, un tube à drainage. C'est ainsi que je me demandais si la mort des deux malades, dont l'observation figure en tête de la thèse de M. Damalix — et par suite la léthalité en général, dans l'opération qui nous occupe — n'est pas due à l'irritation produite par le drain dans ce cul-de-sac formé par le péritoine, et alors j'ajoutais que peut-être, en pareil cas, il vaudrait mieux, au lieu de

(1) *Gazette des hôpitaux*, janvier 1850, p. 29.

disséquer ainsi le péritoine pour l'énucléation de la tumeur, ouvrir volontairement cette séreuse, réséquer le godet et terminer par une plaie avec sa suture, comme dans l'ovariotomie.

Cette conception de mon esprit est restée, jusqu'à aujourd'hui, purement théorique, car je n'ai pas encore eu l'occasion de l'appliquer, mais j'ai l'intention de la mettre en œuvre aujourd'hui même. Cette pensée est rapportée dans l'excellent manuel chirurgical de M. Peyrot, au passage relatif aux tumeurs qui font le sujet de cette leçon.

Voici donc, en résumé, comment je comprends le traitement des fibromes de la paroi antéro-latérale de l'abdomen :

1° Lorsque vous avez affaire à une tumeur petite, indolente, sans tendance à grossir : surveiller et s'abstenir de toute intervention chirurgicale, vu la gravité de l'opération et la possibilité, pour le malade, de vivre sans accidents pendant dix, quinze, vingt et trente ans;

2° Lorsque, au contraire, la tumeur a une évolution rapide, qu'elle s'accompagne de douleurs plus ou moins vives, et par suite que vous redoutez la nature sarcomateuse de ce fibrome : opérer le plus tôt possible. Mais deux cas se présentent : *a.* il s'agit d'une tumeur sous-cutanée : simple énucléation, pas de gravité; *b.* la tumeur est intrapariétale : opération plus sérieuse, mais généralement encore sans gravité;

3° Vous avez affaire à une tumeur sous-péritonéale, ou à une tumeur n'ayant contracté que de très petites adhérences avec le péritoine : dissection possible, plaie petite, sans godet péritonéal : ou bien plaie d'une certaine étendue entraînant fatalement un godet : éviter la formation du cul-de-sac, en ouvrant le péritoine, et suture de la laparotomie;

4° Enfin la tumeur est si volumineuse, qu'on est forcé d'ouvrir le péritoine quand même, et de le réséquer sur une grande étendue, sans possibilité de rapprocher les bords de la plaie : abstention complète de toute intervention chirurgicale, qui serait plus dangereuse que d'abandonner la tumeur à elle-même.

Quant à notre jeune malade, je redoute que déjà son fibrosarcome ait contracté des adhérences avec le péritoine ou qu'il ait des connexions telles avec cette séreuse, que je sois forcé de l'ouvrir d'autorité; dans ce cas je terminerai l'opération comme une laparotomie.

DU CORYZA ATROPHIQUE [OZÈNE ESSENTIEL] (1)

Par M. le docteur E.-J. Moure (de Bordeaux).

II

J'insisterai peu sur les symptômes fonctionnels, qui sont à peu près connus de tous les praticiens, je rappellerai à peine que la conformation extérieure du nez (nez en forme de selle) est parfois un symptôme présomptif de l'affection, que certains sujets portent sur leur visage les stigmates de la scrofule, car ce sont là les signes, qui sont loin d'être constants, et sur lesquels, il me suffit d'appeler l'attention en passant. Il en est de même du changement de caractère et de l'humeur triste de certains malades atteints d'ozène, qui se préoccupent outre mesure de leur affection et s'éloignent avec soin de leurs semblables.

Autrement importants sont les symptômes fonctionnels, tels que la sécheresse de la gorge, le besoin fréquent de déglutir, ou de débarrasser leur arrière-gorge, qu'éprouvent les malades, lorsque la paroie pharyngienne est atteinte (pharyngite atrophique, sèche). Souvent aussi, on observe une céphalalgie frontale, sus-orbitaire, lorsque les orifices des sinus sont obstrués par des tampons de mucus desséché. L'odorat généralement diminué est assez souvent aboli.

Quant aux sécrétions, elles sont beaucoup trop connues pour mériter une description particulière. Ce sont des amas de croûtes verdâtres puriformes, formant de véritables bouchons, et ayant l'odeur caractéristique qui a valu, à cette affection, le nom sous lequel on la désigne.

Les symptômes objectifs sont, comme je l'ai dit au début, l'*élargissement considérable* de l'une ou des deux fosses nasales. A la période confirmée de la maladie, les cavités sont tellement spacieuses qu'il est *très facile* d'examiner le pharynx, la partie supérieure du voile palatin et l'orifice des trompes d'Eustache par l'examen rhinoscopique antérieur. Mais cette disposition n'est pas toujours aussi marquée et il n'est point rare de trouver des malades chez lesquels, d'un côté, les cornets (l'inférieur particulièrement) sont *tuméfiés*, rouges et granuleux, tandis que de l'autre l'atrophie est presque déjà complète; d'autres fois les deux tiers antérieurs des cornets sont hypertrophiés, tandis que le tiers postérieur est déjà atrophié. C'est alors que les sécrétions s'accumulent dans la cavité naso-pharyngienne, d'où elles sont difficilement expulsées. C'est là une des conditions pathologiques qui crée ces ozènes, dits *sine materia*, dont on n'a souvent pas découvert la cause, faute d'examen suffisant. C'est donc à l'examen rhinoscopique antérieur ou postérieur, qu'il faut demander le diagnostic exact de la maladie, ot, par conséquent, le point sur lequel devra plus spécialement porter le traitement.

Quant au *pronostic*, il est absolument variable, suivant que l'on est partisan de telle ou telle théorie. Il est évident, en effet, que ceux qui admettent la manière de voir de Zaufal, ceux-là doivent renoncer à tout espoir de guérison, puisqu'ils ne voient dans la maladie qu'un simple vice de conformation, un arrêt de développement. Ceux, au contraire, qui se rangent à l'opinion de Fränkel, ou à ses dérivés, espérant modifier la muqueuse par un traitement plus ou moins approprié, doivent encourager le malade à employer une médication active pour modifier d'abord et arrêter ensuite la sécrétion de la muqueuse. Pour ces derniers l'avenir du malade est moins sombre et l'on peut affirmer qu'un jour viendra où il pourra cesser tout traitement local, sans crainte de voir reparaître l'odeur caractéristique du mal. Il faut bien savoir qu'il est des cas fort avancés dans lesquels le résultat sera difficile à obtenir, mais la plupart du temps, avec *beaucoup de patience de part et d'autre*, l'on obtiendra le résultat si longtemps recherché.

Comment s'obtient la guérison, est-ce par la régénération des parties atrophiées, est-ce, au contraire, par la disparition de presque tout le tissu glandulaire? Il faut avouer que, dans les cas avancés et anciens, c'est de cette dernière manière que survient une guérison relative, c'est-à-dire que la sécrétion se tarit peu à peu et ne forme plus ces amas crouteux odorants qui caractérisent la maladie,

Est-il possible d'obtenir le premier mode de guérison? Peut-être moins affirmatif que mes confrères les docteurs Noquet et Baratoux, je répondrai *encore timidement*, comme je

(1) Fin. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 707.

l'ai déjà fait dans mon manuel, en faisant quelques réserves sur ce sujet que j'étudie avec un soin tout spécial depuis plusieurs années. Toutefois j'ajouterai que, lorsque ce travail de réparation se produit, ce n'est généralement qu'après d'assez longs mois de traitement.

J'arrive enfin à la dernière partie de mon travail, *au traitement* du coryza atrophique.

Le premier point consiste à faire disparaître la mauvaise odeur, et tous les efforts doivent tendre à débarrasser les fosses nasales des mucosités qui y sont accumulées et qui occasionnent la fétidité de l'air expiré.

Dans ce but, on pourra employer soit la douche nasale (irrigation), soit le bain ou bien l'injection avec la seringue ou la poire en caoutchouc. Malgré toutes les objections et les soi-disant inconvénients qu'elle présente, je préfère de beaucoup la douche nasale faite avec l'irrigateur, le siphon ou l'injecteur. Faut-il ajouter que de la manière d'employer ce procédé dépend souvent le succès de l'opération, et qu'il est de toute nécessité d'apprendre, à la personne chargée de soigner le malade, le mécanisme ou plutôt la façon dont on doit procéder pour pratiquer cette injection.

C'est ainsi que le liquide injecté devra toujours être tiède et osciller entre 25 et 30 degrés; qu'il faudra employer un jet très faible (sauf pour certaines indications spéciales) et surtout éviter de doucher la base du crâne, en dirigeant le liquide vers le sinus frontal. En effet, si l'on se rappelle que, contrairement à l'opinion admise dans le public, les fosses nasales se dirigent non pas en haut vers la base du crâne, mais directement en arrière vers le pharynx, l'on comprendra combien il est utile de montrer au malade la manière de pratiquer la douche nasale.

Pour ma part (*Manuel pratique des maladies des fosses nasales*, p. 290), afin d'éviter toute explication anatomique qui risquerait fort d'être mal comprise ou mal interprétée, je me sers non pas d'olives, qui sont *manifestement* destinées à doucher la base du crâne, la lame criblée de l'ethmoïde (Voir le dessin de tous les catalogues des fabricants d'instruments de chirurgie), mais d'une *canule coudée à angle droit.* De cette manière, il me suffit de recommander au malade de tenir le *manche de la canule en bas*, vers le menton en *l'éloignant d'environ 4 ou 5 centimètres* de ce dernier, pour que le jet se trouve dirigé en arrière vers la paroi pharyngienne.

Pendant l'irrigation, la tête devra être légèrement inclinée en avant et du côté opposé à celui où est placée la canule; la bouche sera largement ouverte et au besoin le malade prononcera la voyelle A pour favoriser le redressement du voile du palais.

On devra en outre avertir les malades que la douche doit se faire presque d'elle-même, et *ne provoquer aucune douleur de tête*, si ces dernières apparaissent à la suite des injections, c'est que cette dernière n'est pas faite suivant les règles que je viens d'indiquer.

Toutefois, si, malgré toutes les précautions, l'irrigation offrait quelques inconvénients sérieux (céphalée postérieure, pénétration du liquide dans les caisses), l'on se bornerait alors à prescrire au malade un bain nasal. Ce procédé, également recommandé par Löwenberg, consiste simplement à renverser fortement la tête du malade en arrière jusqu'à ce que les deux narines forment le point le plus élevé de la cavité naso-pharyngienne. Si l'on verse alors dans l'une des narines une solution médicamenteuse jusqu'au moment où elle vient sortir du côté opposé, on est certain que les fosses nasales sont complètement remplies de liquide. On facilitera cette petite opération en priant le malade de respirer par la bouche ou de prononcer la voyelle *â* pour maintenir le voile du palais relevé.

Enfin, d'autres fois on se bornera à de simples aspirations, qui, il faut bien le dire, sont rarement suffisantes, et auxquelles nous préférerions le gargarisme rétro-nasal, recommandé par le docteur Guinier. Mais, je le répète, l'irrigation nasale est bien plus détersive et préférable à ces divers moyens; l'on peut, du reste, considérer absolument comme exceptionnels, les cas dans lesquels on est obligé de rejeter ce mode de traitement. Quant aux tampons d'ouate introduits dans les fosses nasales [procédé de Gottstein] (1) dans le but de rétrécir ces cavités et d'éviter la dessiccation et la putréfaction des sécrétions, ils sont, en somme, un moyen peu pratique et qu'il est difficile de faire accepter facilement aux malades au moins dans nos pays.

Presque tous les auteurs sont unanimes pour recommander l'emploi des antiseptiques qui sont, en effet, le meilleur moyen pour faire disparaître l'odeur de la rhinite atrophique et aussi pour empêcher la putréfaction et la formation des sécrétions.

Voici la manière dont je procède habituellement et que je crois devoir recommander dans l'affection qui nous occupe.

Je prescris d'abord au malade une première irrigation faite avec un ou deux litres d'eau tiède sulfureuse, ou additionnée de chlorate de potasse, de bicarbonate de soude, de borax, de sel marin (une cuillerée à café par demi-litre d'eau tiède), ou mieux encore d'eau mère de Salis-de-Béarn (une à trois cuillerées à bouche par demi-litre d'eau tiède). Lorsque cette première injection a détergé au moins en partie les fosses nasales, je la fais suivre d'une deuxième, faite avec un demi-litre d'eau tiède additionnée d'une cuillerée à bouche d'une solution antiseptique quelconque, formulée comme suit :

Acide phénique	20 grammes.
Glycérine pure	100 —
Alcool à 90 degrés	50 —
Eau	350 —

Une cuillerée à bouche par demi-litre d'eau tiède.

L'acide phénique est, suivant les cas, remplacé par du chloral, de la résorcine, de l'acide salicylique, du salicylate de soude, etc., et souvent même ces médicaments sont combinés entre eux.

D'autres auteurs recommandent les solutions de sublimé qui ont l'inconvénient d'être toxiques à petites doses, et pourraient quelquefois déterminer des accidents.

Je dois dire qu'au début et toutes les fois que l'odeur tend à reparaître, j'ai l'habitude de reprendre la solution phéniquée. Généralement, je change le liquide tous les mois environ, de manière à éviter l'accoutumance du malade aux remèdes qu'il emploie. Après les douches nasales, le malade termine son traitement, soit par une pulvérisation, soit par des insufflations de poudre impalpable ou du humage nasal.

Je préfère le premier ou le dernier de ces moyens qui ont l'avantage de se diffuser beaucoup mieux, d'atteindre peut-être plus facilement toutes les parties anfractueuses de la

(1) M. le docteur Coupard vient de recommander, à la place, la gaze iodoformée, salolée, boriquée, etc. Elle a l'avantage d'être moins compacte et de laisser passer l'air entre ses plis.

cavité nasale et d'être d'un usage facile pour le malade. Comme pulvérisation, je me suis bien trouvé de l'emploi de solutions légèrement astringentes (tannin, alun), rendues antiseptiques par l'addition de vinaigre antiseptique, de résorcine, d'acide phénique ou de chloral.

L'une des formules suivantes me paraît digne d'être recommandée dans ces cas :

Acide phénique	2	grammes.
Résorcine cristall.	3	—
Glycérine pure	50	—
Eau	300	—

pour pulvérisations tièdes pures ou additionnées de quelques gouttes d'un vinaigre antiseptique.

Ou bien :

Camphre	8	grammes.
Teinture d'iode	10	—
Goudron	12	—
Alcool à 90°	100	—
Eau	250	—

pour faire chauffer au bain-marie et employer en humage nasal pendant une à deux minutes après les irrigations.

Récemment, j'ai fait usage du thymol vanté par les médecins américains, mais son emploi est assez douloureux, même à petite dose, et les résultats obtenus ne sont pas de nature à me permettre de recommander cette médication de préférence à une autre.

Si l'on choisit les pulvérisations, il faudra les faire de très courte durée et tâcher simplement de diriger le jet d'eau pulvérisée dans chaque narine et un peu dans tous les sens.

Souvent même il sera nécessaire de faire directement dans la cavité naso-pharyngienne des pulvérisations à l'aide d'un embout rétro-nasal. Je conseille généralement de faire scrupuleusement, *matin et soir*, et même, dans quelques cas très rebelles, trois fois par jour, cela, non pendant quelques mois, mais pendant des années entières, suivant l'intensité de la maladie. S'il s'agit d'un enfant et surtout d'une jeune fille, il sera nécessaire, chez cette dernière, de continuer le traitement jusqu'au moment de l'apparition des règles et au moins pendant un an ou deux après cette époque. Car il n'est point rare de voir survenir à ce moment une recrudescence marquée dans la sécrétion de la muqueuse et, par conséquent, une augmentation de l'odeur fétide qui révèle la nature du mal.

Il est parfaitement établi, du reste, que chez les jeunes filles réglées, l'époque des menstrues (avant ou pendant) est la période pendant laquelle l'odeur est le plus tenace et le plus prononcée.

Quant au traitement local actif, fait par le médecin traitant, il pourra consister soit en quelques attouchements de la muqueuse avec des solutions de nitrate d'argent au 1/15[e], ou même le galvano-cautère, suivant les cas et le degré du mal. Je dois avouer toutefois, que la galvano-caustie me paraît peu indiquée à la période atrophique de la maladie.

Faut-il ajouter qu'une médication générale tonique au premier chef, que l'huile de foie de morue et les préparations iodées trouveront ici une indication toute naturelle.

Je ne parle point du traitement électrolytique (galvano-caustique), récemment encore recommandé par quelques auteurs (Bryson Delavan, Garrigou-Désarènes, etc.), n'ayant aucune expérience personnelle à cet égard.

Quant aux traitements chirurgicaux (râclage, ablation des cornets), ce sont des mutilations inutiles qui ne me paraissent pas devoir entrer dans la pratique, étant donné le peu de résultat qu'il faudrait en attendre.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1887-1888.

252. M. Patron. Contribution à l'étude de la récidive des sarcomes des membres. — 253. M. Seigneur. La dentition pendant les deux premières années. — 254. M. Boulland. Du zona bilatéral compliqué d'herpès généralisé. — 255. M. Mercier. De la colite chronique. — 256. M. Marty. Lupus du larynx. — 257. M. Yovanovitch. Entomologie appliquée à la médecine légale. — 258. M. Scialon. Des vergetures du thorax. — 259. M. Luquet. Contribution à l'étude des corps jaunes. — 260. M. Penasse. Contribution à l'étude des méningites chroniques et spécialement d'une terminaison fréquente chez les enfants, l'idiotie. — 261. M. Lancial. Thrombose des sinus veineux de la dure-mère. — 262. M. Arragon. Documents relatifs à la fièvre jaune. — 263. M. Leroux. Contribution à l'étude du zona chez les tuberculeux. — 266. M. Batlle. Diagnostic précoce de la phthisie pulmonaire commune. — 265. M. Pavlidès. Arthropathie tabétique du pied. — 266. M. Furet. Contribution à l'étude de l'hystérie dans ses rapports avec divers états morbides. — 267. M. Goulez. Du traitement des tumeurs érectiles par l'excision partielle.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 5 juillet 1888, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — MM. les docteurs Bérenger-Féraud, directeur du service de santé de la marine à Toulon ; Dauvé, médecin-inspecteur, directeur du service de santé du 6[e] corps d'armée.

Au grade d'officier. — MM. les docteurs Auffret et Allanic, médecins en chef de la marine ; Arnaud et Molinier, médecins principaux de première classe ; Durant, médecin principal de deuxième classe ; Malabard, Combier et Daguenet, médecins-majors de première classe ; Bouillard, pharmacien principal de première classe ; Duchaussoy, fondateur et secrétaire général de l'Association des dames françaises.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Mahéo, Kermorvant, Le Texier, Vantalon, Giraud, Vergniaud et Clavel, médecins de première classe de la marine ; Le Janne, pharmacien de première classe de la marine ; Masméjean, deuxième maître infirmier de la marine ; Mariotte (de Sampigny), Pouget (de Laroquebron), Mergaut (de Bayon) ; Bros, Gabriel, Pau de Saint-Martin, Charier, Moine, Bourdon, Moty, médecins-majors de première classe ; Folie-Desjardins et Bernard, médecins-majors de deuxième classe ; Delahousse, pharmacien-major de première classe.

— Par décret, en date du 7 juillet 1888, M. l'aide-médecin Malespine, docteur en médecine, a été promu au grade de médecin de deuxième classe de la marine.

— Par arrêté ministériel, en date du 4 juillet 1888, un concours s'ouvrira le 4 février 1889, devant la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours.

— Par arrêté ministériel, en date du 7 juillet 1888, la chaire de pathologie interne de la Faculté de médecine de Montpellier est déclarée vacante.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le concours du clinicat chirurgical vient de se terminer par la nomination de MM. Ricard

(Pitié), Walther (Charité), Rochard (Hôtel-Dieu), comme chefs de clinique titulaires; de MM. Boiffin et Hache, comme chefs de clinique adjoints.

— La première épreuve du clinicat des maladies mentales aura lieu demain mardi, à neuf heures, à l'hôpital Necker, la seconde et la troisième mercredi et jeudi, à la même heure, à l'Asile Sainte-Anne. — Le jury se compose de MM. Brouardel, Ball, Peter, Bouchard et Dieulafoy. Les candidats, au nombre de trois, sont MM. Semelaigne, Rouillard et Arnaud.

— La première épreuve du concours du clinicat obstétrical aura lieu jeudi prochain, 12 juillet 1888, à la Clinique d'accouchements.

— Les questions données aux épreuves suivantes du concours du prosectorat de la Faculté ont été : 1° Histologie : Les fibres nerveuses à myéline ; 2° Dissection : Les artères du bras, de l'avant-bras et de la main ; muscles auxquels ces artères se distribuent ; nerfs de ces muscles. L'épreuve de médecine opératoire aura lieu demain mardi, à onze heures, à l'École pratique.

— *École de médecine de Poitiers.* — M. Roland, suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes, est nommé professeur de physiologie.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Guillier (de Charonne), Noelas (de Roanne) et Torchet (de Paris).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 80. — JEUDI 12 JUILLET 1888. 61e ANNÉE. JEUDI 12 JUILLET 1888. — N° 80.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la Fête nationale, le journal ne paraîtra pas samedi.

Paris, 11 juillet 1888.

Hier, mardi 10 juillet 1888, la Chambre des députés a adopté, sans discussion, un projet de loi présenté par M. Letellier et plusieurs de ses collègues. Ce projet était ainsi formulé :

« ARTICLE PREMIER. — Une pension annuelle viagère, de 6000 francs, est accordée, à titre de récompense nationale, à M. Maillot, ancien médecin-inspecteur et président du conseil de santé des armées.

ART. 2. — Cette pension sera inscrite au livre des pensions civiles du Trésor public, avec jouissance à partir du jour de la promulgation de la présente loi; elle ne sera pas sujette aux lois particulières du cumul. »

Nos lecteurs savent les services rendus au pays par M. Maillot, et tout le corps médical applaudira à cet acte de justice, rendu à l'une des gloires du corps de santé militaire.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Depuis la lecture de l'important rapport de M. Marty sur le plâtrage des vins, l'Académie avait reçu plusieurs communications, tendant à combattre les conclusions de ce rapport. M. Marty, dans une note supplémentaire, est venu discuter pied à pied et réfuter toutes les objections qui lui ont été présentées, il a maintenu ses conclusions qui ont été votées à l'unanimité (voy. *Gazette des hôpitaux*, p. 634). Rappelons que la conclusion principale est que la présence du sulfate de potasse dans les vins du commerce, quelle qu'en soit l'origine, ne doit être tolérée que jusqu'à la limite maxima de 2 grammes par litre.

M. Verneuil a continué son argumentation sur la méthode de Moore dans le traitement des anévrysmes. Il a pu réunir 34 observations, dans lesquelles cette méthode ou les procédés qui en dérivent ont été employés. Sur ces 34 cas, il y a eu 30 décès. Ce sont là des résultats véritablement peu encourageants et qui semblent, au premier abord, donner amplement raison à M. Verneuil. Par contre, il a fait connaître trois cas, qui lui sont personnels, et dans lesquels il a obtenu de très bons effets de l'emploi longtemps continué de l'iodure de potassium.

Nous attendrons la fin de la lecture du travail de M. Verneuil pour en présenter l'analyse à nos lecteurs.

Au début de la séance, M. Constantin Paul a communiqué les résultats de ses recherches expérimentales sur la saccharine.

Signalons, enfin, une intéressante communication de M. Nicaise sur la gastrostomie appelée, suivant lui, à rendre de grands services, à titre d'opération palliative, dans le traitement des rétrécissements organiques de l'œsophage.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. VERNEUIL.

De la conduite à tenir dans les cas de fracture de l'extrémité inférieure de la jambe, avec menace de perforation de la peau.

(Leçon recueillie par M. J.-L. FAURE, interne du service.)

Au n° 55 de la salle Michon, est un homme d'une cinquantaine d'années, vigoureux et haut en couleur. Le 19 mai dernier, marchant, dans un hangar obscur de la Halle aux vins, sur une rangée de futailles, il mit tout à coup le pied dans le vide et, en tombant, se brisa la jambe droite.

Relevé par ses camarades, il fut couché sur un brancard et arriva, pendant la visite, dans la salle, où on le déshabilla sous nos yeux.

Il était facile de reconnaître, au premier coup d'œil, vers le tiers inférieur de la jambe, une de ces fractures que Gosselin a décrites sous le nom de fractures en V. Le pied, renversé en dehors, était absolument mobile, presque ballant, et le fragment supérieur venait faire à la partie antéro-interne de la jambe une saillie menaçant de perforer la peau déjà amincie et légèrement ecchymotique.

Le malade fut immédiatement couché, pendant qu'un aide tirait tant bien que mal sur le pied afin d'empêcher la perforation de la peau et le frottement douloureux des extrémités osseuses.

Placé au pied du lit, je fis sur-le-champ une tentative de réduction en tirant à deux mains et très énergiquement sur le pied, pendant qu'un aide soutenait la jambe et pratiquait la contre-extension.

Dans ces conditions, la saillie du fragment supérieur s'effaçant, le fragment inférieur reprenant sa place, la réduction semblait complète. Mais aussitôt que j'interrompais une traction ou que je modérais simplement mes efforts, les choses revenaient en l'état, le fragment inférieur, sollicité par les muscles du mollet, remontait immédiatement, en glissant derrière le fragment supérieur, et la pointe du V tibial, reprenant sa première position, menaçait à nouveau de perforer la peau. Cette manœuvre, répétée plusieurs fois, donna toujours le même résultat. Il était donc impossible, sous peine de voir la déformation se reproduire et l'os venir embrocher cette peau de plus en plus amincie, d'enfermer immédiatement ce membre dans un appareil.

Cependant vous avez pu voir qu'aujourd'hui, la jambe redressée, en bonne position, sans raccourcissement, est emprisonnée dans un plâtre qui nous permettra, selon toutes les apparences, d'obtenir une consolidation parfaite.

J'ai pensé, qu'il ne serait pas inutile de vous indiquer le procédé qui, dans des cas de ce genre, me semble devoir être choisi de préférence à tous les autres.

Ce sont là des cas de pratique journalière, aussi les anciens chirurgiens, qui s'en préoccupaient à juste titre, effrayés des redoutables complications des fractures ouvertes, et désarmés devant le pus, l'infection et la septicémie, usaient-ils de tous les moyens pour prévenir la transformation des fractures fermées en fractures à foyer, communiquant avec l'extérieur. Tel est le cas de notre malade et, chez lui, si nous avions laissé aller les choses, le fragment supérieur n'eût certainement pas tardé à user la peau sous sa pointe et à faire saillie au dehors. Sans doute cette complication est aujourd'hui infiniment moins grave que par le passé; un lavage soigné de l'os, un peu d'iodoforme sur la plaie, nous mettent à l'abri de ces désastres, la règle d'autrefois, l'exception d'aujourd'hui. Mais encore préférons-nous voir un fragment osseux bien caché sous les téguments, qu'embrochant la peau et directement exposé à toutes les infections extérieures.

Blandin, pour éviter cette perforation funeste et empêcher le fragment inférieur de remonter en entraînant la peau au-devant de la pointe du tibia, était allé jusqu'à proposer et pratiquer la section du tendon d'Achille.

Malgaigne, moins radical, employait sa fameuse pointe, pour contraindre le fragment supérieur à rester dans l'axe de la jambe et à s'appliquer contre le fragment inférieur. On a d'ailleurs, il faut le dire, trop médit de ce procédé qui, s'il exposait à des lymphangites et parfois à des périostites causées par un défaut de propreté de l'instrument, qu'on n'a plus à craindre aujourd'hui, permettait, dans certains cas, de maintenir en place des fragments récalcitrants qui résistaient à tout autre moyen. Je n'ai eu, pour ma part, qu'à m'en louer, au moins dans quelques cas.

Mais, me direz-vous, pour vaincre la tonicité ou la contracture spasmodique des muscles, n'avons-nous pas le chloroforme?

Sans doute, ce procédé a du bon, et nombre de chirurgiens l'emploient journellement. Il épargne la douleur au patient, et permet, la résolution une fois obtenue, de réduire la fracture avec facilité et d'appliquer alors tel appareil qu'on juge convenable.

Vous savez que la résolution musculaire ne s'obtient pas sans peine et que, surtout lorsqu'il s'agit de sujets vigoureux, de solides buveurs, le malade s'agite, se débat, et qu'il faut souvent entreprendre avec lui une lutte dans laquelle on n'a pas toujours l'avantage. Dans ces conditions, les mouvements qui ont lieu dans le foyer de la fracture sont considérables, et il faut avoir assisté à une scène de ce genre pour se rendre compte des désordres qui surviennent au niveau des fragments et des craquements qui s'y font entendre. On ne s'explique pas que les muscles, les vaisseaux et les nerfs eux-mêmes résistent à de telles épreuves. Ils sont, d'ailleurs, parfois plus ou moins meurtris, et la peau elle-même peut être perforée, car les aides, malgré leurs efforts, ne parviennent jamais à maintenir les fragments immobiles. C'est un spectacle lamentable et dont on sort, en général, avec l'intention bien arrêtée de se passer de chloroforme pour des opérations pareilles, au moins chez les individus que leur jeunesse ou leur sobriété indéniable, ne semblent pas devoir mettre à l'abri d'une anesthésie aussi mouvementée.

C'est pourquoi, voici ce que je vous conseille : vous calmerez tout d'abord le blessé par deux ou trois cuillerées de sirop de chloral ou une injection de morphine. Ceci fait, vous appliquerez sur le pied, au-dessous du point fracturé, par conséquent, un bandage quelconque : quelques bandes de diachylon suffisent parfaitement. On peut encore, si l'on veut, confectionner un appareil rudimentaire avec un peu d'ouate et une bande en toile enroulée en étrier et prenant dans ses plis une bande de diachylon. A cet appareil, on attache une corde qui, passant sur une poulie de réflexion fixée au pied du lit, supporte un poids variable suivant les sujets, mais qu'on ne craindra pas de choisir un peu élevé. On peut aller parfaitement jusqu'à 6 et 8 kilogrammes, la traction ne devant pas s'exercer bien longtemps. La contre-extension est faite par le poids du corps, ou, ce qui est plus sûr, par une alèse qui, roulée en corde, s'applique en son milieu entre les jambes du sujet, et vient, par ses deux chefs, se fixer à la tête du lit.

Sous l'influence de cette traction continue, on voit les muscles se fatiguer, céder peu à peu et bientôt la réduction se faire. Elle ne demande parfois que quelques minutes; dans quelques cas, elle est presque instantanée ; d'autres fois, au contraire, elle exige une demi-heure ou davantage. Cela dépend beaucoup, on le conçoit, de la puissance des muscles, de l'état d'excitabilité du sujet, enfin du poids dont on se sert.

Quand la réduction est obtenue, il faut attendre, et j'insiste tout spécialement sur ce point, il faut attendre, dis-je, que les muscles soient fatigués, épuisés. En effet, si on enlevait trop tôt l'appareil, on serait exposé à voir le déplacement se reproduire aussitôt, et, les muscles n'étant point lassés, leur résistance étant presque aussi forte, on perdrait ainsi tout le bénéfice de sa première intervention.

On continuera donc l'extension pendant deux ou trois heures, suivant les cas, quelquefois davantage. Mais deux ou trois heures, en général, suffisent largement.

On enlèvera alors l'appareil pendant qu'un aide, saisissant le pied dans ses deux mains, l'une derrière le cou-de-

pied, l'autre au milieu du tarse, continuera à exercer une traction qui, demandant beaucoup moins d'énergie qu'au début, sera peu fatigante.

Il sera alors facile, l'aide tirant toujours le pied à angle droit et la jambe en bonne direction, d'appliquer un appareil plâtré, une gouttière postérieure avec étrier, par exemple. Le pied étant maintenu jusqu'à solidification complète du plâtre, on sera complètement à l'abri d'un déplacement ultérieur.

Telle est la conduite qui a été suivie chez notre homme. Un poids de 6 kilogrammes environ, appliqué pendant deux heures, a parfaitement suffi. La réduction a été presque instantanée et le plâtre a pu ensuite être appliqué sans difficultés, pendant qu'un aide tenait le pied en tirant légèrement sur lui.

Aujourd'hui, quatre jours après l'application de l'appareil, rien n'a bougé, la jambe est droite, les fragments sont en bonne position, le malade ne souffre pas, et j'ai tout lieu de croire qu'il sortira d'ici parfaitement guéri.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Hallopeau.

Un cas de lèpre.

(Observation communiquée par M. Lancereaux au Conseil public d'hygiène et de salubrité du département de la Seine.)

C..., né à la Guadeloupe, avait neuf ans lorsqu'il vint en Europe. Il s'y portait bien jusqu'à l'âge de treize ans, quand, vers le mois de janvier 1883, il fut pris, au niveau des coudes, de taches érythémateuses qui ne tardèrent pas à s'étendre aux avant-bras; trois mois plus tard, ces taches envahissaient le front, puis toute la face, devenaient saillantes, en même temps qu'elles revêtaient une teinte jaunâtre.

Peu de temps après, les jambes et le thorax étaient envahis à leur tour, le tout sans le moindre trouble de la sensibilité. Le traitement consista dans l'emploi, à l'intérieur, de la teinture d'iode, de l'essence de térébenthine, etc.

Cet état se continua, l'éruption s'accentua de plus en plus, la face prit l'aspect léontiasique; de telle sorte que le diagnostic de lèpre ne pouvait laisser le moindre doute. Cependant, les fonctions digestives étaient conservées et la santé générale laissait peu à désirer.

De l'année 1883 à l'année 1888, on vit l'éruption du front s'affaisser, et de nouvelles poussées éruptives se produire, mais sans autre accident qu'un état fébrile survenu, en 1885, à la suite d'une exploration de la sensibilité cutanée. Cet état imprima aux lésions de la peau un certain mouvement, car deux mois plus tard elles se trouvaient améliorées. A la fin de l'année 1886, il survint quelques ulcérations aux orteils du pied droit, qui se trouvèrent bien d'un pansement à l'iodoforme. L'examen du sang au point de vue des bacilles, pratiqué en mars 1887, resta négatif. Les oreilles sont couvertes de tubercules lépreux, le voile du palais est épaissi et parsemé de brides saillantes; la voix s'altère à partir du commencement de l'année 1888.

A cette époque, on constate d'ailleurs l'existence d'une matité au sommet droit; le malade tousse, vomit quelquefois et perd ses forces. A partir du mois d'avril, il présente des craquements humides sous les clavicules, puis il survient de la fièvre et le malade dépérit d'une façon progressive jusqu'à sa mort, qui eut lieu le 15 mai.

L'autopsie révéla, indépendamment des désordres cutanés et des névrites qui les accompagnaient, l'existence d'une tuberculose pulmonaire et d'une laryngite hypertrophique qui paraît se rattacher à la lèpre plutôt qu'à la phthisie.

Cette maladie a été certainement contractée dans les Antilles; elle n'était vraisemblablement pas héréditaire, car les parents du malade, d'après son rapport, ne paraissent pas être lépreux. Enfin, malgré un séjour de plusieurs années à l'hôpital Saint-Louis, il n'y a pas eu de contagion à déplorer, aussi pensons-nous que ce fait ne peut donner lieu à aucune mesure sanitaire spéciale.

HOPITAL DU MIDI. — M. du Castel.

Traitement classique de la blennorrhagie.

Après avoir, dans la précédente séance, décrit la symptomatologie de la blennorrhagie aiguë, soit de l'urèthre antérieur, soit de l'urèthre postérieur, je dois vous parler aujourd'hui du traitement classique de cette affection. Or, quel que soit le traitement que nous employions pour combattre l'intensité de la blennorrhagie et en obtenir la guérison, son mode d'action se résume toujours en ce fait : amener, au contact de la muqueuse enflammée, un médicament susceptible de faire tomber les phénomènes inflammatoires (c'est du moins, ce qu'on disait, il y a quelques années), ou d'amener la mort du gonococcus; doit-on ajouter, aujourd'hui que le rôle du microbe, dans la genèse de la maladie, paraît s'affirmer tous les jours de plus en plus.

Cette notion nouvelle, sur la nature de la maladie, explique pourquoi, à la médication antiphlogistique, la seule employée jusqu'en ces dernières années, est venue s'ajouter la médication parasiticide. Pour l'application de ces médications, deux procédés fort différents sont à notre disposition : 1° les injections uréthrales portant directement et rapidement, sur le point malade, les différents topiques prônés contre la maladie; 2° les médicaments introduits par la voie stomacale et éliminés par les reins, de façon à donner à l'urine des qualités telles, que son contact avec la muqueuse enflammée amène la diminution de l'inflammation et la cessation de la suppuration. L'un et l'autre de ces procédés a ses avantages et ses inconvénients; aussi, proscrire systématiquement l'un ou l'autre, serait se priver volontairement d'une ressource thérapeutique importante.

Les injections, en particulier, violemment critiquées, presque abandonnées à certains moments, ont été remises en honneur dans ces dernières années, et elles joueront probablement toujours un rôle considérable, dans le traitement de la blennorrhagie, car si les objections qui leur ont été faites sont nombreuses, quelques-unes même fort graves, cependant la plupart n'ont aucune raison d'être et l'expérience quotidienne en démontre la fausseté. Ainsi, il n'est pas vrai qu'une injection bien faite puisse amener de rétrécissement de l'urèthre. Loin de là, certaines injections peuvent abréger, et même sensiblement, l'intensité et la durée de la maladie. La véritable cause de ces rétrécissements, c'est l'inflammation blennorrhagique, longtemps prolongée, évoluant avec persistance, sur un point limité de la muqueuse.

La médication stomacale, de son côté, n'est pas sans avoir aussi des inconvénients, et les médicaments, qui en forment la base, ont plus d'une fois agi fâcheusement sur l'estomac ou l'intestin qui devaient les absorber, sur les reins qui devaient les éliminer.

Passons donc en revue les deux procédés et leurs applications.

Les injections les plus habituellement employées, jus-

qu'en ces dernières années, appartiennent à deux grandes classes : les astringentes et les isolantes. Dans la première classe, nous trouvons nitrate d'argent, sulfate de zinc, alun, tannin, sulfate de fer, vin, bismuth. Le sous-nitrate de bismuth fournit la base habituelle des injections isolantes. L'oxyde de zinc et l'acétate de plomb appartiennent aux unes et aux autres.

Le nitrate d'argent était prescrit à la dose de 10 centigrammes pour 200 grammes d'eau, quand on avait pour but une modification progressive de la muqueuse et l'extinction graduelle de la blennorrhagie. Dans les injections dites abortives, les solutions employées étaient très concentrées. M. Diday recommandait la solution au centième; M. Ricord allait jusqu'à 1 gramme de nitrate d'argent pour 60 grammes, voire même pour 30 grammes d'eau.

Parmi les formules le plus souvent prescrites, je citerai celle de M. Diday :

Eau distillée		200 grammes.
Sulfate de zinc	} ãã	2 —
Tannin		

C'est à M. Ricord qu'est due l'injection suivante, qui jouit d'une vogue légitime :

Eau distillée		200 grammes.
Sulfate de zinc		1 —
Acétate de plomb		2 —
Laudanum de Sydenham	} ãã	4 —
Teinture de cachou		

Vous nous voyez souvent employer l'injection aux trois sulfates :

Sulfate de zinc	1 gramme.
Sulfate de cuivre	1 —
Sulfate de fer	1 —
Eau	250 —
Mucilage de gomme	10 —

Les agents les plus usuels de la médication indirecte ou par voie stomacale sont le copahu et le cubèbe; l'un et l'autre ont été parfois administrés à doses très élevées, 20 à 50 grammes pour le cubèbe, 15 à 20 grammes par jour pour le copahu, alors qu'on les prescrivait, au début de la maladie, dans les premières heures ou les premiers jours de son apparition, dans le but de la faire avorter dans son développement.

Le plus ordinairement, c'est à doses beaucoup plus modérées que ces médicaments sont prescrits : 15 à 30 grammes pour le cubèbe, 6 à 10 grammes pour le copahu, le but poursuivi n'étant plus de faire avorter brusquement la chaudepisse, mais simplement de hâter la guérison progressive de la maladie. Assez souvent ces deux médicaments sont administrés simultanément à doses moindres pour chacun.

C'était autrefois sous la forme de pâtes molles, connues sous le nom d'opiats, que les balsamiques étaient ordonnés; c'est aujourd'hui le plus ordinairement sous la forme beaucoup plus agréable de cachets ou de capsules, que les pharmaciens les fournissent couramment. Il sera, cependant, quelquefois avantageux pour le malade de revenir aux anciens opiats, dont la qualité est souvent préférable. Voici, en pareils cas, la formule recommandée par M. Fournier :

Cubèbe en poudre	10 grammes.
Copahu	3 —
Sirop de goudron	Q. S.

à prendre dans la journée sous forme de bols enveloppés dans du pain azyme ou roulés dans la poudre de réglisse.

D'autre part, vous me verrez souvent faire la prescription suivante :

Copahu	} ãã	50 grammes.
Cubèbe		
Magnésie décarbonatée		Q. S.

pour faire une pâte molle facile à réduire en bols; 4 à 6 bols seront pris dans le courant de la journée, au commencement des repas.

Quelle que soit, du reste, la forme sous laquelle vous pensiez devoir prescrire les balsamiques, il faut avoir soin de les faire prendre au moment même des repas, sinon vous vous exposerez à arriver promptement à l'intolérance gastrique.

La fameuse potion de Chopart, dont je vous rappelle ici la formule :

Baume de copahu	60 grammes.
Alcool à 80 degrés	60 —
Sirop de tolu	60 —
Eau de menthe	120 —
Alcool nitrique	8 —

à prendre trois à six cuillerées par jour, en trois fois, n'est plus que rarement ordonnée; cependant des syphiliographes éminents comme M. Diday en usent encore quelquefois, mais avec modération.

Les médicaments que nous venons de passer en revue forment en réalité la base du traitement méthodique, jusqu'à aujourd'hui encore classique, traitement qui se résume en deux préceptes : hygiène pendant la période aiguë; balsamiques et injections astringentes quand celle de déclin est arrivée; nous avons parlé de ces derniers, il nous reste à dire quelques mots de l'hygiène.

Tant que l'inflammation conserve des caractères franchement aigus, le médecin doit se contenter d'un traitement palliatif, dont voici les principales indications : bains tièdes fréquemment répétés d'une durée d'une heure à une heure et demie; boissons abondantes et adoucissantes : tisane d'orge, de graines de lin, de guimauve additionnée ou non de sirop de térébenthine; goudron. M. Fournier recommande la préparation suivante, dont la formule est due à un ancien médecin de cet hôpital, Puche :

Bicarbonate de soude	3 à 5 grammes.
Sucre en poudre	40 —
Ecorce de citron	1 à 2 gouttes.

pour un paquet que l'on fait dissoudre à froid dans un litre d'eau, à boire par verres entre les repas.

Sobriété, s'abstenir de bière, vin blanc, champagne, huîtres, écrevisses, homards, asperges; user modérément de vin pur, café, liqueurs, charcuterie, mets très épicés. Porter un suspensoir qu'on ne doit quitter qu'au moment de se mettre au lit. Éviter les marches longues, les efforts violents, l'équitation. Fuir toute excitation morale ou physique. Éviter les lits moelleux. Recourir, au besoin, la nuit, aux calmants, parmi lesquels l'opium absorbé par la voie stomacale ou pris en lavements, le camphre, le lupulin, le haschich tiendront la première place.

L'hygiène, en somme, constitue, dans le traitement classique, la véritable médication de la blennorrhagie à l'état aigu. Et c'est lorsque cette période commence à s'amender que le moment d'intervenir activement est arrivé, par un traitement énergique, dont le copahu et le cubèbe forment la base, ainsi que je l'ai dit tout à l'heure, et donnés isolés

ou associés sous forme d'opiat. Pendant leur emploi, le malade devra renoncer aux bains, tisanes et boissons abondantes. Dans nombre de cas, vous verrez, sous l'influence de ce traitement, l'écoulement se tarir dans l'espace de cinq à six jours et vous n'aurez plus qu'à consolider la guérison en conseillant au malade, de continuer le remède pendant quelques jours et en lui recommandant de ne pas trop se hâter de fêter son rétablissement.

HOPITAL DE LA CHARITÉ DE LILLE. — M. DURET.

Diagnostic d'une tumeur de l'ovaire (tumeur fantôme de l'abdomen).

(Observation lue à la Société des sciences médicales de Lille.)

Il s'agit d'une jeune fille de vingt-quatre ans, entrée dans le service de clinique de l'hôpital de la Charité pour une tumeur abdominale; cette malade avait été examinée en ville par plusieurs confrères qui portèrent le diagnostic de : kyste de l'ovaire.

Cette fille, de bonne constitution, avait été menstruée depuis l'âge de quatorze ans, d'une manière régulière.

Au mois de juillet 1886, elle commença à éprouver des douleurs dans le flanc droit, puis, à ce niveau, elle constata une grosseur qui augmenta graduellement de volume. A l'examen, on constatait, à son entrée, que le ventre était saillant, globuleux; le flanc droit est notablement plus soulevé que le flanc gauche. La circonférence maintenue est de 81 centimètres, la distance du pubis à l'appendice xiphoïde, 31 centimètres.

La percussion révèle de la sonorité dans les flancs, dans les hypochondres et dans la région épigastrique. Au contraire, matité depuis l'ombilic jusqu'à l'hypogastre, et latéralement dans le sens vertical, d'une épine iliaque à l'autre.

Par le palper, on délimite assez difficilement une tumeur ovoïde occupant la région antérieure et latérale de l'abdomen; mais il est impossible d'avoir la *sensation de flot*.

Les signes manquant, en somme, de netteté, il s'agit, avant d'opérer la malade, de faire un dernier examen sous le chloroforme. A peine les premières bouffées étaient-elles inspirées, que le ventre cédait peu à peu, et dans l'état de résolution chloroformique, la tumeur disparaissait complètement; la main pouvait sentir à travers la paroi abdominale la colonne vertébrale, sans interposition d'aucune tumeur.

Voici donc un cas clinique, qui a pu en imposer pour un kyste de l'ovaire à plusieurs praticiens, et il a fallu un examen sous le chloroforme pour permettre un diagnostic précis. Ce fait est d'ailleurs loin d'être isolé. Terrillon a insisté dernièrement sur ces *fausses tumeurs* de l'abdomen, à propos desquelles la laparotomie dite exploratrice constituerait une lourde faute. Les Anglais, qui ont désigné l'affection dont il s'agit, sous le nom de *tumeur fantôme de l'abdomen*, en ont rapporté de nombreux exemples, et Lawson Tait cite vingt cas où l'on pratiqua l'ouverture du ventre. On a observé cette apparence chez des hystériques, chez des femmes qui avaient le vif désir d'être enceintes; chose plus curieuse encore, on a cité chez les animaux (vache, jument) des tumeurs gazeuses de l'abdomen, qui ont cessé subitement au terme ordinaire de la conception.

SUBLIMÉ ET SOUFRE DANS LA DIPHTHÉRIE.

Tandis que M. Stumpff préconise, sous forme de vaporisations, la solution suivante :

Sublimé.	5 à 20 centigrammes
Eau distillée.	170 grammes
Eau de menthe poivrée. .	30 —

dont une dose de 4 grammes doit être projetée *loco dolenti*, dans chaque séance, les séances devant être reprises, d'abord toutes les heures, puis toutes les deux heures; M. Schnyder emploie les applications topiques de fleur de soufre associées à l'administration interne du chlorate de potasse. Ces applications sont faites à l'aide d'un insufflateur sur les parties de l'arrière-gorge tapissées de fausses membranes, et dans les fosses nasales, lorsque celles-ci sont également envahies par la diphthérie; elles sont répétées quatre fois par jour dans les cas bénins, et toutes les deux heures dans les cas graves.

Quant aux résultats, M. Schnyder déclare n'avoir échoué chez aucun de ses malades; de son côté, M. Stumpf rapporte 31 observations, dont 29 guérisons et 2 morts. Ce dernier ajoute que les vaporisations de sublimé n'ont donné lieu à aucun autre accident qu'un peu de salivation, et que, sous l'influence de ce traitement la fièvre tombait rapidement, le processus diphthéritique était enrayé, les fausses membranes se détachaient et étaient totalement éliminées dans l'espace de trois à cinq jours. (*Paris médical.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 juillet 1888. — Présidence de M. HÉRARD.

CORRESPONDANCE

Elle comprend :

1° Une lettre de remerciements de M. Morache, récemment élu membre correspondant;

2° Une note de M. Rifat (de Salonique) sur le traitement de la paramétrite puerpérale par le râclage de l'utérus. (Comm. : M. Guéniot.)

LECTURES

L'érysipèle infectieux et la bronchopneumonie érysipélateuse primitive. — M. CERNÉ (de Rouen) lit, sur ce sujet, un travail dont voici les conclusions :

Des observations cliniques, microscopiques et expérimentales autorisent les conclusions suivantes :

1° L'érysipèle peut présenter des déterminations viscérales qui reconnaissent pour cause la diffusion, dans les organes, du micro-organisme dont la prolifération dans la peau produit l'érysipèle cutané;

2° Le microbe de l'érysipèle peut se développer d'emblée dans le poumon. Y est-il apporté directement par l'air ou gagne-t-il de proche en proche, introduit dans les premières voies, par exemple, par les aliments? Il parait se produire, dans ces cas, une infection extrêmement rapide et particulièrement grave;

3° Il y a lieu d'admettre que les broncho-pneumonies infectieuses peuvent être produites, soit par la contagion de véritables érysipèles, soit peut-être aussi par d'autres organismes infectieux qu'on devra rechercher quand ces broncho-pneumonies coïncideront avec l'existence d'une maladie infectieuse quelconque.

De la gastrostomie dans le cancer de l'œsophage. — M. NICAISE communique l'observation suivante :

Il s'agissait d'un homme de soixante-quinze ans, atteint de cancer de l'œsophage. L'alimentation étant devenue tout à fait impossible et la mort à bref délai certaine; l'opération fut proposée et faite le 22 mars. Incision de la paroi abdominale, division du péritoine. Le foie apparaît seul; en le relevant un peu, on voit le côlon transverse. L'estomac est petit, rétracté; il est amené au dehors avec une pince et fixé à la paroi abdominale.

Les parois du viscère sont incisées couche par couche au bistouri, une petite ouverture est faite à la muqueuse, suffisante pour recevoir un tube en caoutchouc. La muqueuse est suturée à la paroi abdominale. La plaie est recouverte par un pansement de Lister.

Les suites furent heureuses et le septième jour les forces étaient déjà revenues et la sensation de la faim avait reparu.

L'amélioration a continué et le malade a augmenté de 4 kilos. Pendant le mois de juillet l'appétit a diminué, le malade s'est affaibli et a succombé le 1er septembre, cinq mois et dix jours après l'opération.

A l'autopsie, les viscères sont sains, sauf l'estomac qui présente un cancer du cardia. A la partie supérieure du mésentère, on trouve un ganglion, de la grosseur d'une noix, qui a subi la dégénérescence carcinomateuse.

M. Nicaise estime que les craintes qu'inspire encore aujourd'hui la gastrostomie, ne sont pas suffisamment fondées et qu'il ne faut pas la juger d'après les statistiques actuelles, mais d'après la marche générale des opérations faites sur l'abdomen. En y ayant recours de bonne heure, on verra bientôt les statistiques se modifier et montrer qu'elle prolongera davantage la vie des malades que l'emploi de la sonde œsophagienne.

A quel moment devrait-on faire l'opération? Tant que le malade peut ingérer quotidiennement la quantité de nourriture qui lui est nécessaire, il n'y a pas lieu d'intervenir. Mais, dès que l'obstacle mécanique empêche l'ingestion des aliments, il faudra alors procéder sans retard à l'opération.

La saccharine. — M. CONSTANTIN PAUL, à l'occasion du rapport de M. Dujardin-Beaumetz, communique les résultats d'expériences qu'il a faites avec la saccharine. Voici ce qui résulte de ces expériences.

La saccharine n'est ni toxique, ni caustique, incolore, sans odeur, mais d'une saveur agréable, elle jouit enfin d'un pouvoir antiseptique réel.

Toxique, elle ne l'est certainement pas : Aducio et Mono (de Turin) l'ont donnée à des chiens, à des poissons, sans produire jamais aucun accident; Stutzer a poussé la dose quotidienne jusqu'à 5 grammes chez le chien. Des malades ont pu en prendre impunément des doses assez fortes. Stadelman en a donné 155 grammes en quarante-trois jours. Non seulement la saccharine n'est pas toxique, mais aux doses habituelles elle ne provoque aucun trouble de la nutrition ; l'urée, l'acide phosphorique et les sels de l'urine ne sont pas modifiés.

Le reproche que MM. Worms et Dujardin-Beaumetz ont fait à la saccharine est celui de troubler la digestion, en retardant la fermentation physiologique de la digestion des aliments. Cependant ce trouble est bien limité puisqu'il y a des diabétiques qui, au bout de cinq mois, continuent à prendre de la saccharine sans inconvénient. M. Kügler, docteur ès sciences et l'un des introducteurs en France de la saccharine, a bien voulu faire quelques expériences à cet égard. Voici les conclusions de ses recherches : la saccharine, dans la proportion de 2 p. 1000, entrave, d'une façon très appréciable, l'action de la pepsine sur la fibrine de porc et sur le blanc d'œuf, et l'action de la diastase sur l'amidon sans les arrêter tout à fait. La saccharine n'empêche pas la coagulation spontanée du lait. La saccharine acide le fait se coaguler immédiatement.

Ces faits expliquent pourquoi certains diabétiques se sont vus forcés de renoncer à la saccharine, mais ce n'est pas une raison d'en priver ceux qui la supportent bien.

Elle est antiputride. Van Limbeck a constaté que la saccharine s'opposait en partie à la fermentation du micrococcus de l'urée. Cette action est réelle. M. Marfan a bien voulu répéter cette expérience, et il a démontré que la saccharine à 1/200 est bien susceptible d'entraver la fermentation ammoniacale de l'urine. Le pouvoir antiseptique de la saccharine est donc bien réel.

M. Constantin Paul a prié son préparateur, M. Marfan, d'examiner l'action antimicrobienne de la saccharine sur les microbes pathogènes. Ses recherches ont montré qu'elle arrête le développement du bacterium termo, du staphylococcus pyogène aureus et même du streptococcus de la fièvre puerpérale. Par contre la solution à 1/200 n'entrave en rien le développement du microbe de la fièvre typhoïde.

L'élimination de la saccharine par les reins en totalité, ou du moins pour la plus grande partie, et son action sur le ferment de l'urine ont fait espérer à quelques auteurs qu'elle pourrait agir sur la pyélonéphrite. Les tentatives sont encore trop peu nombreuses.

En résumé : la saccharine ne doit pas être considérée comme un aliment, mais seulement comme un médicament. Sous ce rapport, elle jouit de propriétés antiseptiques spéciales, qui en font un médicament utilisable dans le traitement antiseptique des maladies de la bouche, de l'estomac et peut-être des voies urinaires.

Supplément au rapport sur le plâtrage des vins. — M. MARTY rappelle que, depuis que lecture a été faite à l'Académie du rapport sur le plâtrage des vins, la Société centrale d'agriculture de l'Hérault a demandé que l'Académie veuille bien surseoir à la discussion jusqu'à communication de pièces diverses relatives à la question du plâtrage. L'Académie a reçu en effet : 1° une lettre de M. le maire de Lunel; 2° une lettre de M. le président de la Société centrale d'agriculture de l'Hérault; 3° un mémoire de M. de Girard, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier; 4° un mémoire fait, au nom de la Société centrale d'agriculture de l'Hérault, par M. le docteur Cot.

La commission s'est réunie de nouveau pour prendre connaissance de ces documents ; elle a étudié et discuté les arguments et les propositions qu'ils renferment. Par l'organe de son rapporteur la commission a déjà répondu d'avance à la plupart des objections qui sont connues et qui ne sont que renouvelées dans les documents précités.

M. Marty passe ensuite en revue les deux mémoires de MM. de Girard et Cot ; il s'attache à réfuter les objections de ces auteurs et à montrer que la présence du sulfate de potasse dans les vins du commerce, quelle qu'en soit l'origine, ne doit être tolérée que jusqu'à la limite maxima de 2 grammes par litre. C'est là, quoi qu'en dise M. le docteur Cot, un plâtrage suffisant pour conserver les vins ; ce n'est pas seulement, du reste, l'opinion de l'Académie, c'est encore l'opinion de cent vingt-neuf chambres ou sociétés d'agriculture, qui ont demandé le maintien de la limite à 2 gr.; c'est l'opinion de M. G. Bazille, celle de M. Laurent, secrétaire de la Société d'agriculture de l'Hérault, celle de M. le comte de Puységur et de beaucoup d'autres propriétaires de l'Aude et de l'Hérault.

La Société centrale d'agriculture de l'Hérault émet ce premier considérant :

« Que les expériences faites à l'École d'agriculture de Montpellier prouvent l'innocuité absolue du sulfate de potasse dans le vin, à la dose de 4 grammes par litre. »

La commission de l'Académie pense le contraire.

La Société centrale d'agriculture de l'Hérault fait observer « que le rapport de M. Marty ne s'appuie sur aucune expérience directe, contradictoirement à celles qui ont été faites à l'École d'agriculture de Montpellier. Elle prie l'Académie de médecine d'ordonner des expériences sur le plâtrage des vins, qui seraient faites à Montpellier par ses délégués, conformément à un programme préalablement étudié. »

La commission se croit suffisamment éclairée par les faits consignés dans le rapport et l'Académie n'a pas qualité pour entreprendre les expériences qui lui sont demandées. Son rôle est de juger les expériences qui lui sont présentées ou d'indiquer les principes qui doivent régir les questions d'hygiène publique.

En conséquence, la commission persiste dans ses conclusions et les soumet de nouveau à l'approbation de l'Académie.

Ces conclusions sont adoptées à l'unanimité.

La méthode de Moore pour le traitement des anévrysmes. — M. VERNEUIL communique la seconde partie de son travail sur ce sujet.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1887-1888.

268. M. Maurel. De l'épithélioma vulvaire. — 269. M. Gache. Traitement de l'hypertrophie amygdalienne par la thermocautérisation. — 270. M. Bentejac. De quelques phénomènes observés à la suite des opérations pratiquées sur l'abdomen. — 271. M. Fugairon. Topographie médicale du canton d'Aix. — 272. M. Linn. De l'habitude et de ses rapports avec l'hygiène et la thérapeutique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 29 juin 1888, la Société d'hydrologie médicale de Paris est reconnue comme établissement d'utilité publique.

— Par décret, en date du 9 juillet 1888, M. Debierre, agrégé, est nommé professeur d'anatomie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille.

— La dernière épreuve du concours du prosectorat — épreuve de médecine opératoire, — a eu lieu hier mardi ; les opérations données à pratiquer aux candidats ont été : 1° ligature de l'artère tibiale postérieure derrière la malléole ; 2° désarticulation des deux derniers métatarsiens avec les orteils correspondants. A la suite de cette épreuve, MM. Delbet et Potherat ont été nommés prosecteurs de la Faculté de médecine de Paris.

— L'Académie des sciences a procédé, dans sa séance d'avant-hier lundi 9 juillet 1888, à l'élection d'un vice-président pour l'année 1888, en remplacement de M. Hervé-Mangon, décédé. M. des Cloizeaux a été élu par 40 suffrages contre 3 accordés à M. de Lacaze-Duthiers et 1 bulletin blanc, sur 44 votants.

— M. le docteur Chipault, médecin-adjoint du lycée d'Orléans, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. le docteur Bouglé, décédé.

M. le docteur Halmagrand, chirurgien-adjoint à l'Hôtel-Dieu d'Orléans, est nommé médecin-adjoint du lycée de cette ville, en remplacement de M. le docteur Chipault, promu.

— Une ambulance divisionnaire prendra part à la Revue du 14 juillet. Elle comprendra, sous les ordres du médecin principal de deuxième classe M. Gentil, 2 pelotons d'infirmiers à 24 files, 24 mulets de bât, dont 18 porteurs de cacolet et 6 porteurs de litière, et 18 voitures du service de santé (transport du matériel ou des blessés).

— On demande immédiatement un docteur en médecine pour remplacer un confrère, à quelques lieues de Paris. — S'adresser à M. Figarol, pharmacien, 24 rue des Lombards, Paris.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 81. — SAMEDI 14 ET MARDI 17 JUILLET 1888. 61e ANNÉE. SAMEDI 14 ET MARDI 17 JUILLET 1888. — N° 81.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOPITAL NECKER. — M. PETER.

Sur la fièvre typhoïde et son étiologie.

Je profiterai de la présence de plusieurs cas de fièvre typhoïde dans mes salles pour appeler votre attention sur certains points de cette affection, notamment sur son étiologie.

La première malade est une femme, couchée au n° 17, qui offre plusieurs particularités intéressantes : 1° son âge, quarante-huit ans, la fièvre typhoïde atteignant bien rarement les sujets parvenus à cette période de la vie; 2° le fait qu'il s'agit d'une récidive, cette femme ayant eu déjà la fièvre typhoïde à dix-sept ans, alors qu'elle habitait le département de l'Aveyron; et l'ayant eue assez grave pour garder le lit pendant cinq ou six semaines et avoir ensuite une très longue convalescence; 3° son domicile dans une maison, vaste comme une caserne, comportant trois corps de logis, et où trois cas de fièvre typhoïde se sont développés presque simultanément, de façon à constituer une sorte de petite épidémie locale.

Il n'est point douteux pour moi qu'il y a eu là une véritable contamination par les matières fécales dans les conditions suivantes : cette femme habite au rez-de-chaussée d'un bâtiment comportant vingt-cinq locataires, non compris les enfants, et dépourvu de water-closets, les *commodités* étant au fond de la cour. De là, l'habitude desdits locataires de se servir de leurs vases de nuit et de les vider dans les récipients qui sont situés à chaque étage et débouchent dans le plomb fixé le long du mur, lequel conduit les matières dans le ruisseau qui coule au pied du corps de logis, sous les fenêtres même du logement habité par ma malade. C'est ainsi que cette femme était constamment exposée à respirer les émanations des matières fécales et autres de tout le bâtiment, c'est ainsi qu'elle a contracté la fièvre typhoïde.

Le fait nous est confirmé par la présence dans nos salles d'une autre malade, celle du lit n° 25, laquelle habite la même maison et le même corps de logis que le n° 17. La seule différence est qu'elle habite le premier étage au lieu du rez-de-chaussée, mais sa ou ses fenêtres ont la même exposition et par suite les mêmes émanations.

Bien plus la malade du n° 17 a vu, trois jours après le début de son affection, sa jeune enfant — elle habite avec sa mère — frappée à son tour du même mal.

Voilà donc trois malades habitant un même bâtiment, deux au rez-de-chaussée, une au premier étage, prises presque simultanément du même mal; il ne semble donc pas douteux dans ces cas-là que la contagion s'est faite par l'air respiré.

Notre malade du n° 17 a eu une fièvre typhoïde très légère, fruste même; l'évolution, chez elle, a été bénigne, pas de ballonnement du ventre, pas de diarrhée, mais de la constipation. Il est vrai qu'une première atteinte, à l'âge de dix-sept ans, est probablement la cause de cette bénignité. Chez la malade du n° 25, l'affection n'a pas eu une grande gravité, elle a cédé sans qu'il ait été nécessaire de recourir à un traitement énergique.

Cette petite épidémie locale me conduit à parler de l'étiologie de la fièvre typhoïde.

Il y a vingt-cinq ans, j'ai vu un examinateur, élève d'Andral, refuser un élève, à son examen, pour avoir dit que la fièvre typhoïde pouvait être contagieuse. Mais les temps, depuis lors, sont changés et l'on refuserait aujourd'hui l'élève qui soutiendrait la thèse contraire.

Aujourd'hui les esprits médicaux se divisent en spontanéistes, en contagionnistes et en spontanéo-contagionnistes. J'appartiens à ces derniers. Les contagionnistes se subdivisent à leur tour en contagionnistes absolus, qui soutiennent la contamination par les matières typhoïdiques, et les contagionnistes non absolus qui considèrent la contamination comme pouvant se produire aussi par des matières fécales quelconques. Cette dernière opinion me paraît être celle qui se rapproche le plus de la vérité.

Les contagionnistes absolus regardent la maladie comme résultant de l'introduction d'un bacille pathogène dans l'organisme, où il pullule et détermine tous les accidents de l'infection typhoïdique, soit par les matières fécales directes, soit par l'eau, soit par l'air respiré.

Les autres contagionnistes, d'accord avec Murchison, admettent que la fièvre typhoïde n'est pas la conséquence de la spontanéité, c'est-à-dire de la génération spontanée dans l'organisme, mais de l'introduction dans cet organisme de matières fécales quelconques, non fraîches, mais déjà putréfiées, fermentées.

Pour élucider cette question des contagionnistes absolus

et des contagionnistes non absolus, je veux vous entretenir de ce qui se passa dans le camp du Pas-des-Lanciers, en 1885.

Il y a trois ans, certain ordre fut donné de diriger des troupes sur ce point, afin de les instruire et les préparer à leur départ pour le Tonkin, qui devait avoir lieu au bout de quelque temps. Ces troupes, composant une division de près de neuf mille hommes, étaient formées par les 62e, 63e et 125e régiment de ligne, un régiment d'artillerie, du génie et le 47e de ligne.

Le camp fut divisé en deux parties : le camp nord et le camp sud. Le camp nord, quoique de beaucoup le plus restreint, comprenait le plus grand nombre d'hommes (5000), c'est-à-dire les trois premiers régiments de ligne indiqués ci-dessus. Il était dans une sorte de dépression de terrain limitée, d'un côté, par le talus de la voie ferrée, et de l'autre par des falaises assez élevées.

Le camp sud ne comportait que 3500 hommes, cependant il était le plus vaste et le plus aéré.

D'autre part, si chaque camp avait un certain nombre de fosses à ciel ouvert, remplaçant les water-closets pour les soldats, fosses que l'on appelle des « feuillées », ainsi que des dépotoirs, dans le camp nord, les feuillées étaient disposées de telle sorte, que le vent dominant passait au-dessus d'elles avant d'atteindre les tentes des soldats, portant ainsi vers celles-ci les émanations des matières fécales. Il en était tout autrement pour le camp sud, dont les tentes recevaient, au contraire, un air pur non souillé par lesdites émanations.

C'est ainsi qu'au bout de trois semaines, la fièvre typhoïde se développait au Pas-des-Lanciers, frappant 18 p. 100 du contingent du camp nord et 5 p. 100 seulement du contingent du camp sud.

Était-ce là le fait de l'air ou de l'eau? Dans le camp nord, la fontaine ou la source qui alimentait les hommes sortait de la falaise, mais elle était assez voisine des feuillées, de telle sorte qu'à la contamination par l'air pouvait aussi s'ajouter la contamination par l'eau, si tant est que celle-ci ait été souillée par les infiltrations fécales.

Enfin, nous devons admettre aussi dans l'étiologie une certaine prédisposition des hommes atteints, puisque 82 p. 100 restèrent indemnes, sur lesquels, en leur faisant la part large, nous estimons que 20 p. 100 des hommes avaient peut-être été déjà antérieurement atteints par la fièvre typhoïde.

Mais au point de vue des idées de Murchison et des miennes également, on comprend que la contamination par l'air est plus vraisemblable que par l'eau, la dissémination des matières fécales typhoïdiques par l'air ayant affecté plus principalement les hommes placés sous le vent venant des « feuillées » que ceux qui n'y étaient pas. C'est ainsi que la demeure du colonel, voisin non seulement des feuillées mais aussi d'un dépotoir, fut plus particulièrement frappée. En effet, cet officier ainsi que son ordonnance furent atteints et succombèrent à la maladie, bien qu'ils fussent dans des conditions morales et hygiéniques — feuillées et dépotoirs exceptés — meilleures que les soldats. D'où il suit que des matières fécales quelconques, typhoïdiques ou non, ont pu être les éléments de la contamination.

Nous devons ajouter qu'avant son départ de Lorient pour le Pas-des-Lanciers, le 62e de ligne avait eu un certain nombre d'hommes atteints de la fièvre typhoïde et qu'à son arrivée au camp, trois soldats de ce même régiment, pris à leur tour, avaient été évacués, dans les vingt-quatre ou quarante-huit heures, sur Marseille, mais non sans que, pendant leur court séjour au camp, leurs matières fécales n'aient été déposées dans les feuillées.

Bref, les hommes de troupe du camp nord avaient donc été soumis à des influences diverses : l'encombrement, les émanations de matières fécales quelconques et celles des matières typhoïdiques. Or, dans un article paru sur le même sujet dans la *Gazette hebdomadaire*, l'auteur avait conclu à l'action de l'eau sur l'organisme. Pour moi je crois à deux causes : les émanations de matières quelconques et de matières typhoïdiques, et leur introduction dans l'organisme par l'air et par les liquides.

Il y a plus, ne portons-nous pas dans notre propre organisme aussi des latrines, deux véritables dépotoirs : le foie et les reins? Or, pour peu que ces organes fonctionnent mal ou insuffisamment, les matières excrémentitielles séjourneront dans notre organisme, au lieu d'en être éliminées, et donneront lieu, par suite, à une autotyphisation. Ces matières s'accumuleront en nous, soit par l'insuffisance du dépotoir, soit par l'augmentation des matières excrémentitielles produites, c'est-à-dire par un défaut d'équilibre entre la production des matières oxydées et leur élimination. C'est ainsi que la production l'emportant — par suite, par exemple, de surmenage — sur l'élimination pendant un certain nombre de jours consécutifs, l'accumulation des produits oxydés dans l'organisme déterminera l'autotyphisation, comme cela a eu lieu pour les soldats du camp du Pas-des-Lanciers trois semaines après leur arrivée.

En résumé, il y a là une série morbide, dont les deux termes extrêmes ont été la fièvre de surmenage d'abord, la fièvre typhoïde ensuite.

D'ailleurs, si l'on consulte le rapport officiel de M. l'inspecteur général Didiot, chargé de l'enquête sur cette épidémie, qu'y trouve-t-on ? Vers le 21 mai, à la suite de pluies abondantes et d'un refroidissement de la température, nombre d'hommes furent atteints de diarrhée séreuse, débutant le matin, suivie de vomissements, de crampes, etc., ayant les apparences de la cholérine, accidents que l'on attribue au froid et à l'ingestion de l'eau, et qui cessèrent tout à fait sous l'influence d'un changement d'hygiène. Or, si, au lieu de se passer chez des Français, la chose avait eu lieu chez des Indiens, mal nourris, sous le ciel de l'Inde, nous aurions eu une épidémie de choléra.

Ici, les phénomènes morbides enrayés ont été remplacés au bout de quelques jours par des accidents d'embarras gastrique, avec fièvre, dépression générale, abattement et état typhoïde; puis, dès le 14 juin, les cas de fièvre typhoïde allaient en augmentant, la maladie s'étendant toujours dans la direction du vent qui passait sur les feuillées, c'est-à-dire de l'ouest vers l'est, montrant ainsi que la topographie du camp avait été l'un des facteurs de l'épidémie.

Le rapport officiel le reconnaît, ajoutant que l'on doit tenir compte aussi de l'âge des malades, du changement de milieu, de leur vie inaccoutumée sous la tente où rien n'avait été prévu, de l'excès de travail et de l'insuffisance de la réparation par l'alimentation.

Il n'est nullement douteux que les questions d'hygiène jouent et doivent jouer un rôle prépondérant pour empêcher le développement des maladies infectieuses, d'hygiène externe et interne, et, pour cette dernière, le maintien de l'équilibre entre la production et l'élimination.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. PÉAN.

Du morcellement appliqué à l'ablation des tumeurs (1).

(Leçons recueillies par M. LAPERVENCHE, interne des hôpitaux.)

VIII

Les *tumeurs du corps thyroïde* ne sont devenues accessibles à l'intervention chirurgicale que depuis l'époque où les opérateurs se sont servi de notre méthode de morcellement et de pincement. Grâce à elle, ils ne craignent plus d'aborder toutes ces productions, hypertrophiques, kystiques, sarcomateuses, quand elles compromettent l'existence. Il était loin d'en être ainsi avant notre découverte, et nous avons vu nos maîtres, parmi les plus habiles, reculer devant ces sortes d'opérations par crainte d'hémorrhagies immédiates ou secondaires. Ils étaient encore sous l'impression fâcheuse de celles qu'ils avaient vu pratiquer dans la première moitié de notre siècle. C'est ainsi qu'à l'imitation de Desault, qui avait eu un succès en 1792, Dupuytren avait tenté l'opération et perdu son malade, et que Roux en vit succomber plusieurs au cours de l'opération. Aussi, en 1850, la majorité des chirurgiens de l'Académie de médecine décidèrent-ils que l'ablation des tumeurs de la glande thyroïde était des plus dangereuses, presque impossible. C'est en vain que Chassaignac vanta l'écraseur, d'autres l'anse galvanique, ces instruments n'étaient pas assez hémostatiques. Rose proposa la trachéotomie préventive. Un chirurgien anglais, Heron Watson, préconisa, en 1873, la ligature préalable des vaisseaux thyroïdiens, au moyen de laquelle il avait obtenu quatre guérisons. Malheureusement la recherche des vaisseaux, possible pour les petites tumeurs ne l'est pas pour les grandes, tant les rapports normaux sont détruits.

Le procédé auquel nous avons recours est le suivant :

Le malade étant couché sur le lit d'opérations que nous avons fait construire par Mariaud, nous élevons, au moyen d'alèzes roulées, les épaules et le cou, de sorte que la tête se trouve un peu renversée en arrière : cette position allonge et rend plus saillante, plus accessible, la région sur laquelle on doit opérer. Nous soumettons le malade à l'anesthésie au moyen de l'appareil de P. Bert, qui permet d'administrer des mélanges titrés d'air et de vapeurs chloroformiques. Nous reconnaissons la ligne médiane et l'interstice musculaire qui sont souvent déviés par suite de la saillie plus grande de l'un des lobes hypertrophiés. Nous incisons verticalement les diverses couches qui recouvrent la tumeur, peau, tissu cellulaire sous-cutané, feuillets aponévrotiques intermusculaires; puis nous faisons écarter les muscles à l'aide de pinces, en même temps que d'autres pinces sont appliquées successivement sur les vaisseaux divisés de façon à bien montrer le champ opératoire. Cette incision doit être prolongée assez bas vers le sternum. Si la tumeur est très volumineuse, nous faisons une seconde incision perpendiculaire à la première et dirigée du côté où se trouve la plus forte saillie du lobe hypertrophié, ou bien deux incisions parallèles à l'axe du cou, séparées de 4 centimètres environ, se rejoignant en bas sur le sternum; nous détachons ensuite le rectangle cutané à pédicule supérieur, de grandeur variable, suivant les cas, qu'elles circonscrivent.

La tumeur est alors mise à nu. Sa capsule d'enveloppe apparaît sillonnée de nombreux vaisseaux. C'est à ce moment que le pincement préventif rend le plus grand service, car il permet d'éviter une perte de sang qui masquerait le champ opératoire et serait préjudiciable au malade. Dès que nous voyons la portion du néoplasme mise à découvert, nous la saisissons avec nos pinces courbes et dentées, dites pinces à langue, qui donnent un point d'appui solide, et nous l'incisons après l'avoir attirée au dehors. Ceci fait, nous plaçons au-dessous une nouvelle pince qui nous permet de continuer le morcellement sans crainte d'hémorrhagie. Nous arrivons ainsi, peu à peu, à enlever les parties les plus profondes de la tumeur, jusqu'au-devant du larynx et de la trachée artère; nous excisons et nous grattons avec la rugine les parties qui adhèrent au conduit laryngo-trachéal. Sur les parties latérales, les lobes hypertrophiés du corps thyroïde affectent d'importants rapports avec la jugulaire interne, la carotide et le nerf pneumogastrique; souvent l'artère est refoulée en avant. Comme le morcellement se fait du centre à la périphérie de la tumeur, le chirurgien constate, au cours de l'opération, tous ces rapports, ce qui lui permet d'enlever les parties malades. L'opération terminée, il retire les grosses pinces devenues inutiles et les remplace par de petites pinces ou des ligatures de catgut. Les vaisseaux ayant été pincés pendant une heure, il suffit de lier ceux que la compression n'a pas suffi pour arrêter. La plaie est ensuite fermée par des sutures au crin de Florence, à anses séparées.

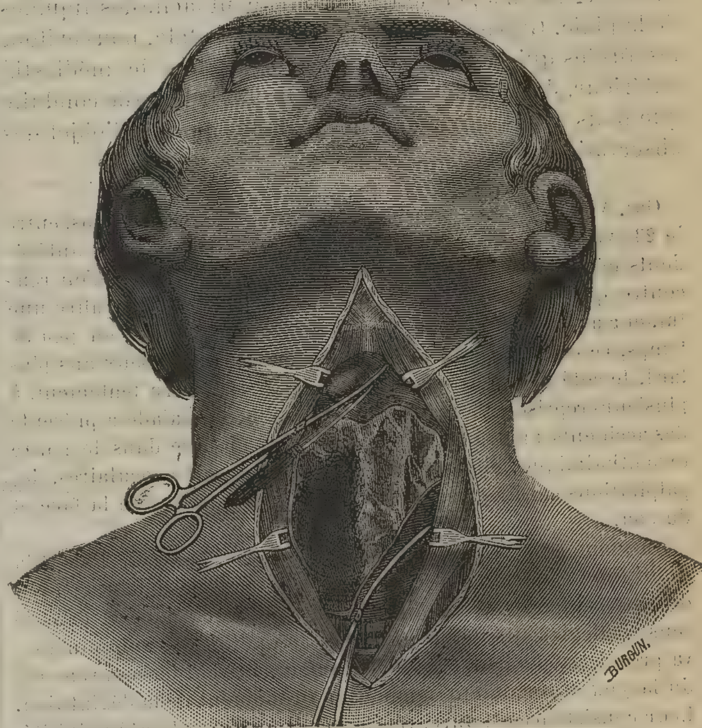


FIG. 16. — Ablation, par morcellement, d'une tumeur kystique, aréolaire, du corps thyroïde.

Cette méthode convient aussi bien à l'hypertrophie simple qu'à l'hypertrophie kystique des lobes latéraux et médian. La présence des kystes est d'ailleurs favorable à l'extirpation. Cependant, quand un kyste est enflammé, les tissus ambiants adhèrent intimement aux enveloppes de la tumeur et rendent l'extirpation plus difficile.

Le chloroforme peut être continué pendant le cours de l'opération; mais on est parfois obligé de suspendre son

(1) Suite. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 715.

administration. Souvent, en effet, après l'incision de la capsule d'enveloppe, on voit survenir une dyspnée considérable; le malade se cyanose, les lèvres bleuissent et le pouls se ralentit. Le professeur Rose attribue ces accidents au ramollissement trachéal. C'est pour y parer qu'il fait la trachéotomie préventive. Mais il y a certainement une action des récurrents qui agissent à la fois sur le larynx et le cœur. Il est essentiel d'être prévenu et de ne pas s'effrayer outre mesure de ce phénomène qui alarme au premier moment.

L'opération terminée, l'hémostasie assurée, on met des points de suture profonds et superficiels. Les profonds traversent les tissus prétrachéaux, les autres assurent la réunion des parties superficielles. Deux drains, l'un supérieur, l'autre inférieur, sont laissés au fond de la plaie qui est recouverte d'un pansement ouaté, compressif. Le malade est ensuite reporté dans son lit, la tête et le cou immobiles, placés de façon à permettre l'écoulement facile des liquides de la plaie. Grâce à cette situation horizontale, nous évitons les fusées qui pourraient se produire dans le médiastin antérieur, derrière le sternum. Telle est la ligne de conduite que nous avons suivie chez les malades qui font l'objet des observations suivantes.

Obs. VII. — E. J..., journalière, âgée de vingt-quatre ans, entre le 23 avril 1885, salle Denonvilliers, n° 45. Rien dans les antécédents héréditaires. Elle est native du Luxembourg où l'on rencontre quelques goîtreux. A huit ans, elle a vu apparaître une tumeur au niveau du lobe gauche du corps thyroïde; en peu de temps, ce côté a atteint le volume d'une orange. Deux ans plus tard, le côté droit s'est pris à son tour et s'est accru lentement, à plusieurs reprises. Pendant cette évolution, la malade a présenté des accidents analogues à ceux que l'on observe dans le goitre exophthalmique; elle a eu de la saillie des globes oculaires, des palpitations cardiaques, des battements vasculaires de la face et du cou.

Au moment de son entrée dans le service, la respiration et la déglutition sont gênées, parfois la voix change de caractère et devient rauque. La tumeur du côté droit est allongée, dans le sens vertical; celle du côté gauche, arrondie, plus volumineuse, va près de la clavicule. Ces deux tumeurs suivent les mouvements du larynx et remontent comme lui au moment de la déglutition. Leur consistance est dure, rénitente; il n'y a pas de réductibilité, indolence absolue. La peau est saine et sillonnée de quelques veines un peu développées. Mobilité parfaite sur les parties sous-jacentes. L'état général est peu satisfaisant, malgré les soins et les traitements prolongés auxquels la malade a été soumise. Le facies est pâle, les conjonctives sont décolorées; il existe un souffle cardiaque doux à la base. Les menstrues sont régulières, peu abondantes.

2 mai. Anesthésie par le chloroforme. Deux incisions verticales et parallèles, réunies en bas par une incision horizontale, passent au-devant de l'extrémité supérieure du sternum. La peau est disséquée jusqu'à son insertion supérieure, puis la ligne blanche intermusculaire est reconnue, incisée, et la capsule d'enveloppe de la tumeur mise à nu. Cette capsule divisée, le tissu friable du goître se présente à nous. Nous saisissons avec de fortes pinces courbes la partie qui se présente et nous enlevons tout d'abord, en le morcelant, le lobe droit, sans intéresser la carotide externe qui est située un peu en avant de lui et côtoie sa partie latérale. Le lobe gauche est ensuite enlevé. Nous avons soin de ne sectionner de la tumeur que ce qui est saisi dans la pince et placé au-dessus d'elle. La perte de sang est peu considérable. Mais il faut appliquer une douzaine de pinces à demeure pendant une heure et, après ce temps, deux ligatures au catgut. La plaie est lavée à la solution phéniquée forte, un gros drain est placé à la partie déclive et les sutures profondes et superficielles sont faites au crin de Florence. Pansement antiseptique, compression, immobilisation. La tête est couchée presque horizontalement.

Les jours suivants, la température reste presque anomale. Le maximum d'élévation a lieu le quatrième jour, il égale 38°2 le soir. Ce jour-là on avait enlevé la moitié des sutures.

27 mai. La malade quitte l'hôpital entièrement rétablie, avec une cicatrice à peine apparente; les forces sont revenues. Revue six mois après l'opération dans un excellent état de santé; elle n'avait plus ces accidents dyspnéiques et cardiaques qui rendaient la vie intolérable avant l'opération.

RÉSECTION D'UNE TUMEUR DE LA RÉGION ILÉO-CÆCALE

Par M. le docteur Bouilly.

Il s'agit d'une femme de quarante-quatre ans, dont les antécédents se résument ainsi : atteinte depuis cinq ans de douleurs de ventre et de vomissements alimentaires, devenus dans ces derniers temps beaucoup plus fréquents et facilement provoqués par le moindre effort, cette malade avait constaté, il y a huit mois, dans sa fosse iliaque droite, une tuméfaction un peu douloureuse, qui ne se serait guère accrue depuis son apparition. Mais ses forces avaient diminué de jour en jour; son appétit était devenu nul, et la malade était tombée dans un véritable état d'émaciation.

En palpant la cavité abdominale, je reconnus dans la région du cæcum une tumeur dure, profonde, du volume du poing et immobile sur les parties sous-jacentes. N'ayant aucune adhérence avec la peau, elle était sonore, douloureuse, sans prolongements et sans rapports avec les organes de voisinage. Tous les viscères paraissaient sains.

Le 6 octobre 1887, après deux jours de diète, la laparotomie sur la ligne médiane est pratiquée. On découvre une tumeur adhérente à la fosse iliaque, dont on la sépare assez facilement; elle s'est développée aux dépens de la région iléo-cæcale de l'intestin. A gauche, l'intestin grêle se jette perpendiculairement sur cette masse verticalement située, qui se prolonge en haut avec le gros intestin. Je fais immédiatement la résection de la portion intestinale dégénérée en ayant soin d'éviter toute effusion de matières fécales, ce qui est d'ailleurs facile, car l'intestin est vide et aplati.

Quelques pinces sont appliquées pour obtenir l'hémostase, et la section des deux intestins étant faite, j'enlève ensuite un coin entéro-mésentérique et quelques ganglions contenus dans le mésentère.

Après avoir placé trois ligatures à la soie sur le pédicule et huit ligatures semblables sur des vaisseaux, je procède à la suture intestinale, suivant le procédé de Lembert-Czerny, à la suture à deux étages. La première suture de Lembert comprend quinze fils, et celle de Czerny, faite au-dessus, est exécutée avec douze fils; j'obtiens ainsi une occlusion parfaite, d'autant plus facilement qu'il y a peu de différence de calibre entre les deux intestins. Aucune suture mésentérique n'est faite, les bords du mésentère s'étant facilement mis en contact par le rapprochement des intestins. La laparotomie est terminée antiseptiquement comme à l'ordinaire. Trois jours après l'opération, des gaz sont rendus par l'anus et, à partir de ce moment, l'amélioration s'accentue de jour en jour. Cependant, le septième jour, en enlevant les fils de la paroi abdominale, il s'écoule par l'angle inférieur de la plaie un peu de pus à odeur stercorale. Une fistule sterco-purulente se forme dans les jours qui suivent et ne disparaît qu'au bout de trois semaines; puis la guérison devient définitive et s'est maintenue jusqu'à ce jour.

L'examen macroscopique du néoplasme, développé à l'angle iléo-cæcal, a montré que j'avais réséqué 16 centimètres d'intestin et que l'appendice iléo-cæcal était le siège d'une infiltration de même nature. Histologiquement, il a été reconnu que j'avais affaire à un lympho-sarcome de l'intestin, siégeant dans la muqueuse, dans le tissu musculaire et sous le péritoine.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 juillet 1888. — Présidence de M. POLAILLON.

COMMUNICATIONS

Kyste du vagin. — M. RICHELOT vient d'enlever un kyste du vagin, qui offrait un volume énorme; il s'était développé dans le cul-de-sac latéral gauche, remplissait toute la cavité vaginale et faisait saillie à la vulve. Sur le côté droit de la tumeur on trouvait le col utérin situé très profondément et entièrement indépendant. L'utérus, dévié à droite, ne présentait aucune connexion avec le kyste et sa cavité mesurait 7 centimètres de profondeur. En cherchant à contourner la tumeur, il put reconnaître qu'elle n'était pas libre dans la cavité vaginale, mais qu'elle était recouverte d'une muqueuse distendue et projetée en avant. Une ponction, ayant donné issue à un liquide filant, confirma le diagnostic. Après avoir incisé la muqueuse, il fut facile de constater que la poche s'était développée sous la paroi vaginale; il en fit l'énucléation totale; la plaie fut suturée et tamponnée avec de la gaze iodoformée; mais il dut plus tard pratiquer une colporrhaphie pour remédier au prolapsus de la paroi vaginale, qui avait été énormément distendue. L'examen histologique a démontré qu'il s'agissait d'un kyste dont la formation se rattache à un développement embryonnaire.

Injection d'éther iodoformé dans les abcès froids. — M. QUENU, à propos des observations présentées par M. Verneuil, cite le cas d'une jeune fille de dix-huit ans, atteinte d'un abcès froid, de moyen volume, chez laquelle il fit une injection qui a été suivie de phénomènes très intenses d'intoxication. Or, l'urine avait été examinée avec beaucoup de soin, et l'on n'y avait trouvé aucune trace de sucre ou d'albumine. Quant aux autres viscères, rien n'indiquait qu'ils fussent le siège de quelque altération.

Paralysie due à la compression par un cal. — M. SCHWARTZ fait un rapport sur une observation de M. Marchant, relative à un cas de compression du sciatique poplité externe par un cal exubérant, pour laquelle il est fort heureusement intervenu. Il s'agit d'un jeune homme de vingt-neuf ans qui, dans une chute de cheval, s'était fait un violent traumatisme du genou. Une fracture de l'extrémité supérieure du péroné et une luxation du tibia en arrière ayant été constatées, un appareil plâtré fut appliqué et laissé en place pendant quarante jours. Lorsque cet appareil fut levé, on constata un certain degré d'équinisme et des altérations variées de la sensibilité et de la motilité. Sur la plus grande étendue du territoire innervé par le sciatique poplité externe, l'anesthésie était manifeste et les muscles correspondants étaient frappés de paralysie. La contractilité électrique était abolie et le membre présentait une notable atrophie. Le genou avait en partie recouvré sa fonction, mais il n'en était pas de même du pied, qui restait immobile. Pour expliquer ces différents accidents, M. Marchant eut la pensée que le nerf pouvait être emprisonné dans le cal. Après avoir anesthésié le malade, il mit à nu la tumeur osseuse et découvrit, sur la périphérie, le nerf qu'il put assez aisément dégager. Mais en remontant du côté de sa bifurcation, il constata qu'il était entouré d'un tissu dur, fibreux, lui formannt une sorte de gaine inextensible; le nerf fut isolé de cette carapace et, libre, il se présenta avec un volume plus considérable qu'à l'état normal, surtout au niveau du cal; il était nettement congestionné. A la suite de pansements antiseptiques, la guérison de la plaie fut obtenue en quinze jours. Quant aux troubles moteurs et sensitifs, ils persistèrent pendant quelques mois, mais disparurent peu à peu, et, sept mois après l'opération, le malade était presque entièrement guéri, après avoir offert cette particularité que, chez lui, le retour de la contraction volontaire avait précédé le retour de la contractilité électrique.

Spermatogénèse et lésions de l'épididyme. — M. RECLUS rappelle cette opinion de Gosselin que la substance séminifère ne produit plus de spermatozoïdes, lorsque la cavité vaginale est oblitérée. C'est là une assertion erronée contre laquelle il s'élève, d'après l'examen d'un certain nombre de testicules.

Il a examiné anatomiquement trois cents glandes et sur ce nombre il n'a trouvé que vingt-quatre fois des adhérences de la tunique vaginale. Dans douze cas, les adhérences, quoique solides, n'étaient que partielles, huit fois les testicules contenaient des spermatozoïdes. Sur les douze autres cas, il n'a rencontré l'absence de spermatozoïdes que chez trois sujets qui avaient atteint l'âge de soixante-dix, quatre-vingts et quatre-vingt-quatre ans.

M. Reclus est porté à attribuer ces troubles de la spermatogénèse, non pas aux adhérences de la vaginale, mais à une altération primitive de l'épididyme. Les adhérences de la séreuse ne sont consécutives, dans beaucoup de circonstances, qu'à une lésion de l'épididyme. Aussi semble-t-il plus logique d'inculper ce dernier organe en cas d'absence de spermatozoïdes, plutôt que d'invoquer l'oblitération de la cavité. Il en résulte que, dans le traitement de la cure radicale des hydrocèles, on ne doit pas redouter la formation d'adhérences, l'oblitération de la cavité. Ce que l'on doit éviter, c'est de blesser l'épididyme ou d'en provoquer l'inflammation; c'est ainsi que M. Reclus s'est comporté dans une douzaine d'opérations de ce genre qu'il a pratiquées, et il est persuadé que la cure radicale ménage l'épididyme plus que les injections de teinture d'iode.

M. MONOD demande à M. Reclus si l'on a fait l'examen microscopique du testicule; il est prouvé depuis longtemps que, dans les vaginalites chroniques et dans les hématocèles, la glande ne conserve pas son état d'intégrité; des altérations lentes s'y produisent et une véritable sclérose s'établit. Ces transformations du testicule sont fréquentes et peuvent être rapprochées de cet état de la glande que Gosselin a décrit sous le nom d'anémie testiculaire. Il existe peut-être une très grande analogie entre ces lésions de l'appareil génital et celles que Poulain a étudiées dans sa thèse, à propos des rapports des séreuses avec les organes sous-jacents.

M. TRÉLAT ne croit pas qu'il soit actuellement très facile d'apprécier avec certitude quel est, des deux procédés curatifs de l'hydrocèle, dont vient de parler M. Reclus, celui qui a le moins ou le plus de retentissement sur l'épididyme. N'ayant fait que peu de cures radicales, il ne se prononcera pas à cet égard, mais, par contre, il a pratiqué un grand nombre d'injections iodées et n'a pas remarqué que ce procédé thérapeutique ait eu sur l'épididyme l'influence qu'on lui prête.

M. RECLUS, dans la plupart des cas où il a fait des injections de teinture d'iode, a noté, les jours suivants, un gonflement très appréciable de l'épididyme, ce qu'il n'a pas observé avec la cure radicale. Quant à la question de la spermatogénèse, et aux rapports de la vaginale et de l'appareil épididymo-testiculaire, il ne croit pas qu'il faille généraliser la nature des relations qui peuvent exister entre une séreuse et l'organe sous-jacent, et dans tous les cas ces relations ne s'appliquent pas à la vaginale et au testicule, ce qui tient probablement à la disposition anatomique du système lympathique de cette région.

Les lympathiques du testicule, en effet, offrent peu de rapports avec la tunique vaginale et il est naturel de croire que l'influence des maladies de la glande sur la séreuse, et réciproquement, sera bien minime, pour ne pas dire nulle, tandis que tout le contraire existe pour l'épididyme dont les lympathiques ont des connexions intimes avec ceux de la vaginale.

M. TERRILLON dit que ce rapport des maladies de l'épididyme et de la vaginale a été depuis longtemps mis au jour, et plus d'un expérimentateur a établi que le testicule n'était que secondairement malade. Dans des expériences qu'il a faites avec M. Schwartz et qu'il a communiquées il y a quelques années, il a nettement établi que la séreuse était toujours le siège d'une inflammation, quand l'épididyme était malade.

Résection d'une tumeur de la région iléo-cæcale. — M. BOUILLY fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 752.)

M. Nicaise n'est pas très partisan de la diète absolue avant les opérations, surtout chez les malades épuisés, qui offrent moins de résistance.

M. Pozzi a assisté à une opération à peu près semblable à celle de M. Bouilly, faite par Billroth. L'opérateur, qui s'est servi d'aiguilles rondes, a fait quarante-deux points de suture sur l'intestin, et quelques autres points sur le mésentère. Une contre-ouverture postérieure a permis de drainer la plaie et de faire un tamponnement péritonéal, qui a été retiré au bout de quinze jours. Ce serait peut-être là un moyen d'éviter la formation d'une fistule stercorale.

M. Bouilly ne suivra pas la conduite de Billroth en appliquant autant de points de suture; loin de les multiplier et de favoriser le sphacèle de l'intestin, il ne faut au contraire en appliquer que le nombre strictement nécessaire; quant au drainage avec contre-ouverture, il s'en déclare l'adversaire à moins qu'il n'existe des dégâts très considérables.

M. Trélat n'a pas fait un très grand nombre de sutures de l'intestin; néanmoins, dans les cas où il est intervenu, elles ont eu, comme sutures, une bonne fortune définitive. Il regarde comme très utile de ne pas en multiplier le nombre et de s'en tenir au strict nécessaire pour le rapprochement de la muqueuse et de la séreuse; quant à la nature des fils, qui doivent servir aux sutures, si elle ne présente aucune importance pour rapprocher les lèvres de la muqueuse, il n'en est pas de même à l'égard du péritoine. Pour ce dernier, on ne doit employer que des fils de soie. Il ajoute qu'en général il se montre peu partisan des nombreuses sutures et qu'il lui arrive souvent de ne les laisser que peu de temps en place. Il les enlève le plus tôt possible, quelquefois dès le lendemain, surtout s'il observe une coloration violette des téguments entre les points de rapprochement.

ÉLECTION

M. Routier est nommé membre titulaire.

La séance est levée.

PRÉFECTURE DE POLICE.

SERVICE MÉDICAL DE NUIT DANS LA VILLE DE PARIS.

Par M. le docteur Passant.

Statistique du 1er avril au 30 juin 1888.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	Total
1er	10	12	3	25
2e	4	30	1	35
3e	29	29	6	64
4e	33	55	13	101
5e	21	22	18	61
6e	17	23	5	45
7e	10	20	3	33
8e	3	10	2	15
9e	11	20	3	34
10e	20	28	5	53
11e	72	80	31	183
12e	35	45	14	94
13e	32	60	22	114
14e	41	38	17	96
15e	43	54	14	111
16e	11	11	2	24
17e	32	61	17	110
18e	49	70	22	141
19e	43	59	25	127
20e	82	90	45	217
	598	817	268	1 683

La moyenne des visites est de 18,49. Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 18,79.

Visites du deuxième trimestre de 1887. . . .	1 709
Visites du deuxième trimestre de 1888 . . .	1 683
Différence en moins.	26

MALADIES OBSERVÉES

A. Angines et laryngites.	106	Accouchement non terminé	17
Croup.	34	**E.** Affections cérébrales. .	89
Coqueluche.	5	Convulsions, éclampsies . .	63
Corps étranger de l'œsophage.	1	Névralgie.	22
Corps étranger des fosses nasales.	1	Névroses.	70
Ophthalmie.	1	Epilepsie.	9
B. Asthme.	38	Aliénation mentale. . . .	10
Affections du cœur.	47	Alcoolisme, delirium tremens.	23
Bronchites aiguës et chroniques.	100	Rage.	2
Pleuro-pneumonie.	73	Pustule maligne	1
Congestion pulmonaire. . .	20	**F.** Rhumatisme.	20
C. Affections et troubles gastro-intestinaux.	123	Affections éruptives. . . .	49
Cholérine.	45	Fièvre intermittente. . . .	1
Dysentérie	1	Fièvre typhoïde.	20
Athrepsie.	15	Hémorrhagies de causes internes et externes. . . .	92
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines. . .	56	**G.** Plaies, contusions. . .	96
Hernie étranglée.	20	Fractures, luxations, entorses.	31
Rétention d'urine.	14	Brûlures.	6
Chute du rectum	1	Empoisonnements.	18
D. Métrite, métro-péritonite	36	Asphyxie par le charbon. .	9
Métrorrhagie.	43	— par submersion. .	2
Fausse couche.	52	Suicide.	6
Accouchement, délivrance.	142	**H.** Mort à l'arrivée du médecin.	53
		Total . .	1 683

Les hommes entrent dans la proportion de 35 p. 100.
Les femmes — — 49 —
Les enfants au-dessous de trois ans — 16 —

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 12 juillet 1888, M. le professeur Willm, lauréat de l'Académie de médecine, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décret, en date du 13 juillet 1888, ont été promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. Baillon, professeur à la Faculté de médecine de Paris; M. le docteur Le Bon (de Paris).

— Par décret, en date du 6 juillet 1888, ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe de l'armée active, démissionnaires, Rousset et Bosquette.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs en médecine Claudat, Gasztowf, Louise, Despagnet, Vétault, Imbert, Blaise, Richard, Lubet-Barbon et Soulié.

— Par décret, en date du 9 juillet 1888, ont été promus dans le cadre des officiers de réserve :

2e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. le médecin aide-major de deuxième classe Rouillard, chef de clinique à l'asile Sainte-Anne, à Paris.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Edelmann et Préaux.

3e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe.* — M. le médecin aide-major de deuxième classe Bongrand.

4e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe.* — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Nory, Gougeon, Mauvais et Huguenin.

6e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. le médecin aide-major de deuxième classe Kalt, chef de clinique ophthalmologique à la Faculté de médecine de Paris.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — M. le médecin aide-major de deuxième classe Ducrot.

7e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. le médecin aide-major de deuxième classe Roland, professeur suppléant de pathologie et de clinique médicales à l'École de médecine de Besançon.

8e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe.* — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Dubief, Ferry, Babillot, Auvert, Laurent-Faucon et Guillier.

15e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. le médecin aide-major de deuxième classe Schnell, chef de clinique médicale à l'École de médecine de Marseille.

17e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. le médecin aide-major de deuxième classe Chabaud, chef de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Toulouse.

— Par décret, en date du 9 juillet 1888, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs en médecine Daubin, Méloche, Puig, Nimier, Charmeil, Soudé, Barincou, Bourrelij, Liénard, Bonnet, Pacaud, Cousin, Jaymes, Massy et Toché.

— Par décret, en date du 13 juillet 1888, a été promu dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. l'aide-médecin Debray, docteur en médecine.

— Par arrêté ministériel, en date du 12 juillet 1886, ont été nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Courssèrant, Fagard, Guède, Hénocque, Labarthe et Van Gelder, à Paris; Martialis-Mérault, médecin en chef de la marine; Rampal, professeur à l'École de médecine de Marseille; Gagnon, professeur à l'École de médecine de Clermont-Ferrand; Lenoël, directeur de l'École de médecine d'Amiens; Lescœur, professeur à la Faculté de médecine de Lille; Turel, professeur à l'École de médecine de Grenoble; Tripier et Gailleton, professeurs à la Faculté de médecine de Lyon; Castan, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier; Bertin et Jaumes, professeurs à la Faculté de médecine de Montpellier; Heurtaux, professeur à l'École de médecine de Nantes; M. le pharmacien Radot, à Versailles.

— Le concours du clinicat des maladies mentales vient de se terminer, par la nomination de M. Rouillard, comme chef de clinique titulaire, et M. Semelaigne, comme chef de clinique adjoint.

— Par arrêté ministériel, en date du 11 juillet 1888, M. le docteur Millon, médecin de la police à Marseille, vient de recevoir une médaille de vermeil, pour les services exceptionnels, dévoués et distingués, qu'il a rendus lors des épidémies cholériques de 1884 et 1885.

— M. le docteur Du Mesnil, médecin de l'asile national de Vincennes, est nommé secrétaire du Bureau central météorologique de France.

— M. Vialleton soutiendra devant la Faculté des sciences de Paris, le 17 juillet 1888, à neuf heures et demie, pour obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles, une thèse intitulée : « Recherches sur les premières phases du développement de la seiche (sepia officinalis). »

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Briois (de Paris), Creuset (de la Gravelle), J. Dalidet (de Nersac) et R. Néris, de Saint-Pierre (Martinique).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE	3 mois : 8 fr. 50.	— 6 mois : 16 fr.	— 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. .	3 mois : 10 fr. »	— 6 mois : 18 fr.	— 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Verneuil a terminé, dans cette séance, son réquisitoire, ainsi qu'il le dit lui-même, sur la méthode de Moore dans le traitement des anévrysmes. On trouvera plus loin un résumé du travail de M. Verneuil, qui conclut en disant qu'il faut repousser cette méthode, dont les résultats ont été jusqu'ici rien moins que satisfaisants. MM. Dujardin-Beaumetz et Rochard se sont fait inscrire pour prendre part à la discussion.

L'Académie a entendu un important rapport de M. Armand Gauthier sur différents procédés de conservation des vins, en particulier sur le phosphatage, le tartrage, etc., qu'il préfère de beaucoup au plâtrage. Signalons enfin une communication de M. le docteur Vidal (d'Hyères), sur l'intoxication par les vins contenant de l'arsenic, communication à laquelle les récents événements d'Hyères donnent un intérêt tout particulier. On la trouvera résumée au compte rendu.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. JACCOUD.

Deux cas types d'érysipèle facial simple sans complications.

La présence, ces jours derniers, dans mes salles, de deux malades atteints d'érysipèle facial simple, sans complications, me permet de vous parler aujourd'hui de cette affection au sujet de laquelle des opinions erronées ou exagérées ont été parfois émises. C'est ainsi que l'on a dit que les vomissements étaient un phénomène constant au début de l'érysipèle facial, que les sujets atteints de cette maladie présentaient toujours aussi, comme phénomène précurseur, une tuméfaction ganglionnaire. On a même dit que tout individu, pris de malaises de nature difficile à diagnostiquer et s'accompagnant de tuméfaction ganglionnaire, devait être considéré comme étant sous le coup de l'exanthème érysipélateux.

Cela est absolument erroné; il est faux que le gonflement ganglionnaire soit constant dans l'érysipèle (mes deux malades n'en ont jamais présenté la moindre trace); et j'ajoute que, alors même que cette tuméfaction se produit, elle n'est jamais assez précoce pour être un signe révélateur.

Chez mes deux malades, l'exanthème est apparu régulièrement, vingt-quatre heures après les premiers phénomènes morbides; vingt-quatre heures c'est la moyenne, l'éruption apparaissant un peu plus tôt dans certains cas, un peu plus tard dans d'autres.

Chez tous deux la maladie était et est restée pure et simple, pendant toute sa durée, et sans la moindre phlyctène ni pustule.

Chez le premier malade l'érysipèle n'a pas envahi le cuir chevelu; chez le second, il n'a atteint que la moitié antérieure du cuir chevelu, et cela sans donner lieu à aucun symptôme cérébral.

Chez le premier, je n'ai pas observé la moindre altération des urines pendant le cours de sa maladie, et il est entré à l'hôpital le deuxième jour de son érysipèle. Chez le second, au contraire, arrivé au cinquième jour de sa maladie, j'ai pu constater, dès son entrée à l'hôpital, une quantité considérable d'albumine dans ses urines, laquelle a persisté jusqu'au huitième jour de la maladie.

Chez tous les deux la fièvre a été normale : chez le premier la température a toujours monté *au-dessus* de 39 degrés le soir, tandis que le matin se produisait une rémission d'un degré en moyenne. Chez le second, arrivé seulement le cinquième jour, je le répète, la température a oscillé tous les soirs entre 38 et 39 degrés, sans atteindre ce dernier chiffre et, par suite, la rémission n'a été, en moyenne, que d'un demi-degré.

Chez le premier la défervescence s'est produite avec tous les caractères les plus complets de la défervescence brusque, c'est-à-dire avec la diurèse, la diarrhée et la sueur. Il est rare d'observer ainsi la totalité des éliminations critiques. Elle s'est faite du cinquième au sixième jour. Chez le second, nous avons constaté le même mode de défervescence brusque, mais du septième au huitième jour; en vingt-quatre heures la température est tombée de 38°2 à 36°6, mais nous n'avons pas eu la totalité des éliminations critiques, la diurèse seule s'est montrée.

Enfin, chez tous les deux, la convalescence a été rapide, et la guérison prompte, si bien que le premier malade a déjà quitté l'hôpital, et que le second partira sous peu.

J'avais donc raison, en commençant, de vous présenter ces deux malades comme deux cas types d'érysipèle facial simple, sans complication d'aucune sorte.

Quand les choses se passent ainsi, et c'est heureusement le plus souvent que nous l'observons, on a quelque peine à voir, dans l'érysipèle facial, une maladie infectieuse, capable de diffusions multiples, assimilable aux fièvres éruptives, capable aussi, dans certains cas, d'amener la mort. Et cependant, même dans les cas les plus simples, la maladie présente toujours un indice de ce caractère infectieux : la défervescence brusque, cette défervescence que l'on rencontre dans toutes les maladies infectieuses.

En effet, ce qu'implique un pareil mode de défervescence c'est l'inertie subite de la cause hostile qui a provoqué la fièvre ; or, pareille condition ne peut être réalisée que dans les maladies infectieuses.

Bref, la défervescence brusque est la règle absolue dans l'érysipèle facial ne s'accompagnant d'aucune complication, et elle est tellement la règle que si l'érysipèle, comme cela se voit quelquefois, procède par reprises successives, suivies chacune par une apyrexie, la défervescence est également brusque à chaque apyrexie. Ce qui ne veut pas dire, cependant, que quelquefois cette défervescence soit graduelle, mais alors nous devons ajouter qu'il s'agit toujours, en pareils cas, d'érysipèle grave avec complications.

Mais si, dans les cas simples, la défervescence brusque est le signe du caractère infectieux de l'érysipèle, l'observation des cas plus complexes conduit à la même conclusion.

D'après leur fréquence relative, les accidents cardiaques tiennent la première place parmi les complications de l'érysipèle facial. Ils sont fréquents mais non pas constants, et, généralement, quand ils doivent se rencontrer, ils apparaissent au début de la maladie, c'est-à-dire le deuxième ou le troisième jour; rarement ils se montrent au moment de la résolution de l'exanthème, plus rarement encore avant l'apparition de l'éruption. Et de tous les accidents cardiaques, l'endocardite mitrale est le plus fréquent, sans comparaison aucune. Elle est caractérisée, comme toute endocardite mitrale, par un souffle systolique à la pointe. Parfois, elle est associée à quelques plaques de péricardite sèche, mais la chose est rare; plus souvent encore, cette péricardite est isolée. La myocardite peut aussi coexister avec l'endocardite, parfois aussi elle est seule.

Dans l'immense majorité des cas (90 fois sur 100) l'endocardite de l'érysipèle guérit, et si le souffle survit de quelques jours, il finit néanmoins par s'éteindre. Dans quelques cas, cependant, il arrive qu'il persiste et la maladie devient alors le point de départ d'une endocardite définitive. Enfin, elle peut *contribuer* à la mort dans le cours de l'érysipèle. Je dis « contribuer », car je n'ai jamais vu les malades succomber à l'endocardite mitrale lorsqu'elle est la seule complication de l'érysipèle, mais bien lorsqu'elle est associée à la néphrite.

A peu près avec la même fréquence que l'endocardite on voit les manifestations rénales venir compliquer l'érysipèle facial. Mais si l'albuminurie est fréquente ici, elle n'est pas constante, c'est là une erreur qu'on a cherché à accréditer, depuis quelques années, dans des mémoires d'ailleurs très bien faits et remarquables à plus d'un titre cependant. Mes deux malades en sont une preuve, puisque l'un d'eux seulement a eu de l'albuminurie. Une autre erreur, contre laquelle je ne cesse de m'élever aussi, c'est de vouloir considérer cette albuminurie, *dans tous les cas*, non pas comme un trouble fonctionnel, mais comme liée à une altération rénale. C'est Erickson l'un des premiers qui a soutenu que cette albuminurie était liée à des lésions du rein, à une dégénérescence granulo-graisseuse de l'épithélium rénal, puis sont venus, entre autres travaux, ceux de MM. Bouchard, Cornil, la thèse de M. Bleichmann; le fait est vrai dans certains cas, mais où l'on a péché par exagération, c'est quand on a soutenu que l'albuminurie de l'érysipèle facial était *constamment* liée à une néphrite. Et l'on a raisonné ainsi du fait des autopsies que l'on avait eu l'occasion de pratiquer, et dans lesquelles on avait constaté des lésions multiples, c'est-à-dire de la néphrite aiguë diffuse avec un élément particulier. On a conclu, du particulier au général, que ceux qui ne succombaient pas devaient présenter les mêmes lésions, mais à un moindre degré, donnant lieu à la présence dans l'urine, associés à l'albumine, de globules rouges et blancs, cylindres épithéliaux et microbes spéciaux. C'est là un vice de logique absolu, basé sur un argument qui n'en est pas un, pendant la vie. Ce que l'on doit dire c'est qu'on peut trouver, dans certains cas, ces éléments dans l'urine, mais non pas qu'on les y rencontre toujours. Celui de mes deux malades qui a eu de l'albuminurie n'en a pas présenté trace, il est donc une nouvelle preuve de l'erreur de raisonnement à laquelle peut conduire une généralisation excessive. Autrement, il faudrait admettre, vu son albuminurie, qu'il aurait eu une néphrite aiguë diffuse, qui aurait guéri en trois jours!

Ce qui est vrai, c'est que l'albuminurie n'est pas constante dans l'érysipèle facial, et, d'autre part, que, lorsqu'elle existe, elle n'est pas toujours l'expression d'une néphrite, les éléments caractéristiques de celle-ci faisant défaut. Ce qui est vrai, c'est que les accidents rénaux sont au nombre des complications les plus fréquentes de l'érysipèle facial, et que, lorsque l'albuminurie survient, elle peut s'expliquer, dans certains cas, par la suppression des fonctions de la peau et par l'apparition des phénomènes fébriles, tandis que, dans d'autres cas, l'albumine se rencontre dans les urines avec d'autres éléments : globules rouges ou blancs, cylindres épithéliaux et microbes spécifiques.

Enfin, je dis que lorsque l'albuminurie dure seulement l'espace de trois, quatre ou cinq jours, je ne puis pas admettre qu'elle soit liée à une néphrite aiguë diffuse et je m'en tiens alors, pour l'expliquer, à une fluxion par élimination.

Que si l'on trouve associés à l'albumine les trois éléments en question, la situation est plus grave, et les choses peuvent ne pas bien tourner, et l'on peut voir se dérouler toutes les conséquences de la néphrite. La maladie peut alors durer quinze, vingt, vingt-cinq jours même; et si le malade guérit, il peut conserver une néphrite chronique. Tout cela est parfaitement vrai, mais à la condition de ne pas appliquer les conclusions des cas mortels aux cas légers.

Voilà pour les complications rénales qui, avec les complications cardiaques, sont les plus fréquentes. Vient ensuite un autre groupe d'accidents qui ne sont pas très rares, je veux parler des phénomènes du côté de l'intestin. Ici nous trouvons deux variétés :

1° On observe souvent, dès le début, une entérite catarrhale, la plus simple, caractérisée par une diarrhée abondante, muqueuse, sans grandes douleurs abdominales ; elle est sans grande influence sur l'état général des malades. Cette entérite peut persister jusqu'au jour de la défervescence.

2° Dès avant l'apparition de l'exanthème, les malades sont pris de vomissements bilieux répétés, puis de douleurs épigastriques très accusées, soit spontanées, soit à la pression; puis de diarrhée abondante, souvent sanguinolente, parfois

même dysentériforme avec ténesme. Ces phénomènes cliniques répondent anatomiquement à des ulcérations intestinales dont le siège de prédilection se trouve dans les parties les plus élevées de l'intestin grêle, ulcérations sans profondeur, ne dépassant jamais la muqueuse, à bords nets, tranchants, dont le diamètre peut atteindre 1 centimètre, et dont le nombre le plus ordinaire est de 1 ou 2, et au maximum de 4 ou 5.

Enfin, une autre complication intestinale, que l'on rencontre quelquefois, est l'infiltration des plaques de Peyer et des glandes solidaires de la même région, infiltration qui peut aller jusqu'à l'exulcération. C'est là une preuve de plus du caractère infectieux de l'érysipèle facial.

DU TRAITEMENT DES ANÉVRYSMES

PAR LA MÉTHODE DE MOORE

[Extrait de la communication faite par M. Verneuil à l'Académie de médecine] (1).

II

C'est alors qu'intervint un praticien célèbre d'Italie, le professeur Baccelli, qui modifia la méthode et, plus vaillant que ses prédécesseurs et contemporains, l'appliqua trois fois, ne se décourageant qu'en 1885, après trois revers successifs.

La filipuncture, qui, jusqu'à Baccelli, n'avait été opposée qu'aux anévrysmes de l'aorte, le fut à ceux de la sous-clavière, du tronc brachio-céphalique, de la fémoro-iliaque, de la poplitée, voire de la brachiale. De sorte qu'au lieu de disparaître du cadre thérapeutique, elle se généralisa manifestement, puisque les cas publiés sont aujourd'hui au nombre de 34.

L'on n'admit même plus les contre-indications qu'avaient sagement indiquées jadis Moore et Baccelli.

Du reste, voici les motifs invoqués par les apôtres de la méthode.

A. Gravité extrême des anévrysmes aortiques quand la tumeur, ayant perforé la paroi thoracique, menace de se rompre prochainement.

B. Douleurs insupportables et état misérable de certains malades, alors même que leur vie n'est pas immédiatement menacée.

C. Inutilité, impuissance, dangers des moyens dont la science actuelle dispose.

Dès lors, en présence d'un tel pronostic, comment ne pas se rappeler l'axiome *melius est anceps remedium quam nullum!*

Certes le danger est grand lorsque les anévrysmes aortiques en sont arrivés à soulever et à altérer la peau, car la mort rapide par rupture ou ulcération du tégument, est menaçante. Mais cette rupture se fait bien rarement à l'extérieur, et on peut vivre de longs jours avec une tumeur pulsatile recouverte seulement par les téguments et une couche plus ou moins épaisse du grand pectoral. Chez le malade que j'ai soigné, il y a dix ans, la rupture était imminente et longtemps resta telle, ce qui n'empêche le sujet d'être aussi guéri qu'on peut l'être. L'état local était plus mauvais encore chez un autre malade de mon service qui vécut encore quatre ou cinq mois. Lors donc que je lis dans les observations qu'on s'est décidé à opérer parce que l'anévrysme menaçait de se rompre, rien ne prouve qu'on n'aurait pas pu attendre quelque temps encore.

Dans certains cas, il est vrai, les douleurs étaient violentes et l'état misérable (Murray, Saboïa, Loreta, Abbé). J'accorde que la souffrance à elle seule constitue parfois une indication opératoire; mais il y a là une limite : les cancers inopérables occasionnent aussi de violentes douleurs, et ils restent inopérables pour les chirurgiens raisonnables; il faut donc épuiser les narcotiques et savoir s'abstenir, c'est-à-dire abandonner les malades à leur sort plutôt que de les occire, en alléguant le bon motif et en proclamant que la fin justifie les moyens.

Il est malheureusement vrai que les anévrysmes en général, et ceux de l'aorte en particulier, ne sont guère influencés par la thérapeutique, même aidée du régime. Pourtant il ne faut pas exagérer cette impuissance. Les traitements de Valsalva, de Bouillaud, de Tufnell, ont procuré sans doute un petit nombre de guérisons radicales, mais assez souvent des améliorations, des soulagements, des prolongations de la vie atteignant plusieurs années, et cela dans des cas même fort graves.

S'il m'était permis d'invoquer ma pratique, je rappellerais que j'ai été appelé trois fois à soigner des anévrysmes aortiques. Chez l'un de mes malades, la paroi pectorale était largement défoncée, le sac extra-thoracique énorme et l'expansion telle que la peau, amincie et livide, paraissait prête à se rompre. Je me gardai de toucher à ce malheureux, me bornant à calmer ses douleurs et me résignant à le laisser mourir de sa belle mort, laquelle, par parenthèse, ne survint que quatre ou cinq mois plus tard. Dans ma conviction, si j'avais essayé la filipuncture, une ou deux semaines au plus auraient suffi.

J'ai été beaucoup plus heureux dans les deux autres cas. En 1878, un de mes anciens élèves, M. le docteur Germain (de Château-Thierry), m'amena un de ses clients, homme de haute taille et de robuste constitution, qui portait à la partie supérieure de la poitrine, à gauche du sternum, une tumeur volumineuse faisant une saillie d'au moins 5 centimètres à son sommet, et mesurant environ 10 à 12 centimètres dans ses différents diamètres; les signes d'un anévrysme de la crosse étaient au complet; les troubles fonctionnels étaient également assez prononcés pour que le patient, exerçant un service actif au chemin de fer de l'Est, fût menacé de perdre sa place. Cet homme a été vu à diverses reprises, d'abord par notre regretté collègue Oulmont, alors médecin en chef du chemin de fer de l'Est, qui nous fournit avec obligeance tous les congés et secours nécessaires au traitement, puis, par nos collègues ici présents : MM. Dujardin-Beaumetz, Constantin Paul, François-Franck; ce dernier même voulut bien me remettre des tracés sphygmographiques.

Nous agitâmes la question de l'électropuncture, qui était alors à Paris l'objet d'études approfondies; mais le malade, très craintif, répugnait à s'y soumettre, et voulait d'ailleurs rester dans sa province. Nous nous contentâmes d'instituer avec beaucoup de soin et de persévérance le traitement de Bouillaud par l'iodure de potassium (1).

L'amélioration fut lente à obtenir, et d'abord assez légère, mais elle marcha d'un pas sûr. Je vis le malade à diverses reprises, la dernière fois il y a cinq ans environ; la guérison me paraissait à peu près certaine. Elle serait aujourd'hui tout à fait assurée, d'après les dernières nouvelles que m'a données M. Germain. Notre homme a repris toute son activité et travaille autant que les ouvriers qu'il dirige.

Mon deuxième fait ne date encore que de quatre ans, mais il promet d'être aussi satisfaisant.

Si j'ai de bonnes raisons pour croire à l'utilité du traitement de Bouillaud, — ou de toute autre thérapeutique médicale, — et à la nécessité de l'employer avec persévérance et minutie, je ne saurais approuver les praticiens qui ont employé la méthode de Moore d'emblée ou après des essais médicamenteux insuffisants.

---

(1) Voir le commencement de la communication dans la *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 718. — A la 37e ligne, 1re colonne, p. 718, lire *1863* au lieu de *1882*.

(1) Je dis et répète à dessein : *traitement de Bouillaud*, parce qu'on en attribue à tort la priorité à un chirurgien étranger, le docteur Chuckrebutty (de Calcutta). Il eût été facile pourtant, comme l'a fait M. Durozier, d'établir les droits de notre illustre compatriote : il n'y avait qu'à ouvrir la *Gazette des hôpitaux* de 1859, p. 61; on y aurait lu une leçon clinique intitulée : *Deux cas d'anévrysmes traités* (en 1858) *par l'iodure de potassium; disparition à peu près complète de l'un* (carotide gauche), *amélioration sensible de l'autre* (crosse de l'aorte et tronc brachio-céphalique).

Or, ce que je crois être une faute se retrouve dans le plus grand nombre des cas.

Si les partisans de la méthode de Moore sont fort sceptiques en ce qui touche la puissance et l'utilité des moyens médicaux, ils sont bien sévères à l'égard des méthodes chirurgicales proposées et mises en usage avant 1864. En effet, si les résultats fournis par l'acupuncture et l'électropuncture ne sont pas très brillants, ils sont, à coup sûr, au double point de vue de la bénignité et de l'efficacité, très supérieurs à ceux de la filipuncture. Aussi, dans l'état actuel des choses, il me semble au moins injuste de condamner ces méthodes pour en vanter une qui ne compte encore qu'un succès, qu'on eût obtenu d'ailleurs sans peine par bien d'autres moyens.

Mais pour donner une base solide à l'argumentation, il faut passer à l'examen critique des faits.

Malheureusement, des trente-quatre observations que je suis parvenu à réunir, plusieurs, manquant des détails les plus essentiels, n'ont guère de valeur.

L'imperfection des documents n'est pas le seul obstacle que l'on rencontre. On dit avec raison que, pour juger un ensemble de faits, il faut que ceux-ci soient sinon identiques, du moins analogues. Or, le contraire s'observe ici, la plupart des cas étant fort peu comparables.

Depuis son introduction dans la pratique, la filipuncture a été, à ma connaissance, appliquée trente-quatre fois par des médecins ou des chirurgiens, à des anévrysmes centraux ou périphériques, topographiquement répartis de la manière suivante :

Crosse de l'aorte et aorte thoracique.	18 cas
Aorte abdominale	4 —
Tronc brachio-céphalique.	1 —
Tronc brachio-céphalique et crosse de l'aorte.	3 —
Sous-clavière droite ou gauche.	3 —
Artère inguinale.	3 —
Artère poplitée	1 —
Artère brachiale.	1 —

Pour atteindre le chiffre de trente-quatre observations j'ai réuni, comme je l'ai dit, les anévrysmes médicaux et chirurgicaux.

C'est dans un but particulier, d'ailleurs, que j'ai réuni tous les cas connus. En effet, sans que le nombre constitue un argument sans réplique, il est pourtant certain qu'une conclusion acquiert d'autant plus de force qu'elle s'appuie sur des faits plus nombreux. Il serait injuste, sans doute, de condamner une méthode nouvelle parce qu'elle aurait échoué à ses débuts ; aussi, rien de mieux que de faire crédit aux inventeurs. Mais quand, aux cinq premiers revers, s'en ajoutent cinq autres, puis dix autres, puis dix autres encore, et lorsque chaque numéro sortant vient grossir invariablement la série noire, il faut jeter l'alarme et arrêter le courant des expériences et l'empressement des expérimentateurs.

Alors, il n'est plus question de *remedium anceps*, car le remède n'est pas douteux, mais détestable, et mieux vaut n'en employer aucun.

Je disais plus haut que les faits publiés jusqu'ici étaient fort dissemblables, et qu'il en résultait une difficulté réelle pour juger la méthode dans son ensemble. Pour justifier cette assertion, examinons d'abord les modifications nombreuses et considérables que l'opération primitive de Moore a subies depuis vingt-quatre ans.

L'ingéniosité des chirurgiens s'est exercée à ce point que si la méthode a conservé son caractère essentiel, c'est-à-dire l'abandon du corps étranger dans le sac, tous ses temps ont varié, et qu'on pourrait sans peine compter aujourd'hui une douzaine de procédés ou de procédoncules distincts, ce qui serait de médiocre importance si quelques-uns des changements apportés à la filipuncture métallique simple de 1864 ne la dénaturaient pas et n'en pouvaient pas changer le mode d'action et les résultats.

Ainsi, au fil de fer très fin on a substitué le fil d'argent ou de cuivre argenté relativement gros, c'est-à-dire d'un demi-millimètre (Loreta) ; puis les ressorts d'horlogerie, dont quelques-uns mesuraient jusqu'à 2 millimètres et demi de largeur (Lépine), ressorts oxydables, friables, se résolvant par fragmentation rapide en corps rigides, multiples, isolés, presque rectilignes, plus ou moins longs et plus ou moins aigus à leurs extrémités. On a remplacé les corps métalliques par des corps organiques capables sans doute d'être résorbés au bout d'un temps plus ou moins long : catgut, intestin de ver à soie (crin de Florence), crin de cheval.

La quantité de corps filiformes portée dans le sac n'a pas moins varié déjà ; Moore avait bien fait les choses en poussant dans la poche sous-cutanée de l'anévrysme 26 yards, c'est-à-dire $23^{m},66$ de fil de fer (1) ; mais West Roosvelt, plus généreux, introduisit dans le sac environ 75 yards (67 mètres) de fin fil d'acier (un peu plus que la hauteur de nos tours Notre-Dame qui n'en mesurent que 66) ; plus prodigue encore, Abbé qui, n'ayant pas obtenu grand effet de 100 pieds de catgut n° 1, porta neuf jours après 150 pieds de fil fin d'acier dans la poche. D'autres opérateurs se contentèrent de moins ; ainsi 75 pieds en deux séances suffirent à Cayley ; 36 pieds en deux fois à Lange ; 32 à Pearce Gould ; 24 à Murray, etc. Puis viennent les modérés : Loreta avec 2 mètres d'un fil, à la vérité assez volumineux, Morse avec 4 pieds et demi de fil argenté ; Domville avec 14 pouces, tandis que Pringle et Morris se bornent à un pied de fil d'acier. Corradi a placé dans le sac 40 centimètres seulement de fil recuit n° 30, lequel à la vérité devait agir moins par lui-même que comme conducteur d'un courant galvanique.

La longueur et le volume des ressorts de montre n'ont pas moins varié. Baccelli, dans ses trois cas, introduit d'abord un ressort de 35 centimètres, puis trois ressorts mesurant ensemble $1^{m},20$; enfin sept ressorts de 50 centimètres chaque, soit $3^{m},50$. Saboia se contente de quatre ressorts, formant ensemble $1^{m},80$. M. Lépine (2e obs.) ne pousse qu'un seul ressort de 25 centimètres, mais d'une largeur de 2 millimètres et demi ; dans l'observation XXV, il emploie à quelques jours d'intervalle d'abord un, puis deux ressorts. M. Bucquoy s'est déclaré satisfait avec 5 à 6 centimètres, dans un sac à la vérité de petit volume ; c'est le minimum.

Même fantaisie pour les fils organiques. Abbé consomme 100 pieds de catgut ; Levis use 29 pieds de crin de cheval dans un cas et seulement 16 pouces et demi dans un autre ; Stimson peut-être 37 ; Rubio, 48 pieds et demi en deux fois ; Schrœtter emploie 1 mètre un quart et Lépine 4 mètres et demi de crin de Florence.

Cette absence de règle précise se retrouve dans tous les temps de l'opération. Ainsi, pour l'acte initial de la perforation de la peau, les uns emploient un trocart ou un chasse-fil ou une aiguille creuse, droite ou courbe, très fine, ou mesurant jusqu'à 3 millimètres de diamètre. Les autres font une petite incision cutanée avec la pointe de la lancette ; d'autres, enfin, traversent d'emblée la peau et les parties molles avec le ressort d'acier dont l'extrémité a été préalablement aiguisée ; sans compter les hardis qui, pour atteindre les anévrysmes abdominaux, pratiquent la laparotomie préliminaire. Puis, tandis que ceux-ci ne font aux téguments qu'une seule ouverture, ceux-là en pratiquent plusieurs sur différents points de la surface proéminente du sac.

L'anarchie augmente encore par l'association à la filipuncture d'autres méthodes curatives antérieurement ou ultérieurement mises en usage.

Moore a combiné l'électropuncture à la filipuncture, il fut imité par Domville, on pourrait donner à ce procédé le nom d'*acu-filipuncture*.

En 1879, le professeur G. Corradi apporta à la méthode une modification importante qu'on peut appeler la *fili-galvanopuncture*.

---

(1) Et non point 26 brasses, comme le dit Loreta, ni 26 aunes, comme l'écrit Schrœtter

Bryant associa la compression à la filipuncture. Stimson compléta le traitement par la ligature de l'artère.

Je ne parle point de divers médicaments, opium, digitale, morphine, etc., employés pendant la durée de la cure chirurgicale; toutefois, il faut peut-être mentionner quelques essais ayant pour but de modifier la composition du sang. C'est ainsi que M. Lépine croyant, d'après des expériences sur le chien, que le furfurol est capable d'augmenter la plasticité du sang, l'administra à un de ses opérés, sans grands avantages du reste.

Il ne serait pas impossible qu'un autre moyen associé à la filipuncture ait aussi rendu la mort plus rapide : je veux parler de la saignée, employée par Moore, Rubio, etc.

NOTES CHIRURGICALES

De l'anastomose intestinale au point de vue chirurgical. — Le chirurgien ne saurait avoir, à sa disposition, trop de procédés opératoires lorsqu'il s'adresse à des lésions résultant d'occlusions, de plaies ou de perforations intestinales. La résection de l'intestin, sa suture sont si dangereuses encore, l'anus contre nature constitue une infirmité si répugnante, qu'on comprend qu'il soit venu à l'idée de quelques chirurgiens, de chercher s'il n'y avait pas mieux à faire.

Maisonneuve, le premier, eut l'idée d'établir une anastomose intestinale, c'est-à-dire de créer entre deux anses intestinales une fistule bimuqueuse, les mettant en communication. Mais cette opération, tentée deux fois, ne donna que des résultats malheureux, comme toute tentative chirurgicale pratiquée, avant l'antisepsie, sur la cavité abdominale. Les tentatives, renouvelées depuis, eurent le même sort. Mais, l'antisepsie minutieuse, actuellement de rigueur, un manuel opératoire simple et rapide, permettent maintenant au chirurgien de tenter à nouveau une réussite que nos maîtres d'autrefois n'avaient pu obtenir. M. le docteur Senn, de Milwankie (Visconsin) vient de publier, dans les *Archives roumaines de médecine et de chirurgie*, un fort intéressant mémoire sur les anastomoses intestinales. De nombreuses expériences, fort ingénieusement conçues, ont permis à l'auteur de proposer un manuel opératoire nouveau, qui, expérimentalement du moins, lui a donné les meilleurs résultats. Voici en quoi consiste ce procédé:

Par la plaie intestinale que le traumatisme ou le chirurgien a créée, on introduit un disque perforé de substance aseptique dans le calibre de l'intestin. Ce disque est appliqué sur la face interne de la tunique intestinale par quatre fils qui perforent cette tunique de part en part. Pareil disque, de même dimension, est introduit dans la plaie intestinale qui doit s'anastomoser avec la précédente, et y est fixé de la même manière. Les deux plaies sont alors rapprochées l'une de l'autre et les fils correspondants liés solidement pour effectuer une coaptation exacte des surfaces aplaties. Cette opération ne dure que quelques minutes, s'exécute facilement et n'est nullement comparable à l'entérorrhaphie dont l'exécution est si longue, si minutieuse et si délicate. Les disques peuvent être formés de n'importe quelle substance aseptique et résorbable, mais ce qui convient le mieux, ce sont des rondelles d'os décalcifié et conservées dans l'alcool absolu. Pour les ligatures, la soie est préférable au catgut. En opérant de la sorte, on obtient des adhérences péritonéales assez solides, dans l'espace de six à douze heures. Nous ne suivrons pas M. Senn dans son intéressant exposé, nous nous bornerons à tirer de son travail, qu'on consultera avec profit, les conclusions suivantes:

L'anastomose intestinale doit être préférée à la résection de l'intestin et à sa suture circulaire, dans les cas d'occlusion intestinale, où il est impossible ou impraticable de lever l'obstacle, dans tous les cas où la cause pathologique de l'obstruction ne constitue pas une source de danger intrinsèque.

Lorsqu'une anse intestinale est gangrenée, elle doit être réséquée, les deux bouts de l'intestin fermés d'une manière permanente et la continuité du canal intestinal rétablie par une anastomose entre l'iléon et le rectum.

Cette anastomose latérale permet d'obtenir la guérison, dans tous les cas où l'entérorrhaphie devient impossible par suite de la différence de calibre entre la lumière des deux extrémités intestinales.

Comme adjuvant à la méthode qu'il préconise, M. le docteur Senn recommande des scarifications péritonéales au niveau de la coaptation. Ces scarifications activent la formation des adhérences et la cicatrisation définitive de la plaie.

On se trouvera fort bien également d'utiliser des greffes de lambeaux épiploïques de 3 à 5 centimètres de largeur et assez longs pour entourer complètement l'anse intestinale. Ces lambeaux gardent leur vitalité, contractent des adhérences solides en douze à dix-huit heures et sont largement irriguées par des vaisseaux sanguins en dix-huit à quarante-huit heures. Cette transplantation de lambeaux épiploïques doit être toujours employée dans toute résection circulaire, dans toute suture d'une large plaie stomacale ou intestinale. Car, outre l'activité donnée à la cicatrisation, ce procédé double l'intestin et le protège contre la perforation.

A. Ricard.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 juillet 1888. — Présidence de M. Hérard.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Un pli cacheté de M. Plicque (de Meaux) [Accepté];

2° Une lettre de M. Rommelaere, qui se porte candidat à une place de correspondant étranger;

3° Une note de M. G. Gauthier (de Charolles) sur l'emploi du chlorhydrate de cocaïne comme hémostatique;

4° Un travail de M. Chiaïs (de Menton) sur l'action physiologique de l'eau d'Évian.

LECTURE

Intoxication par les vins contenant de l'arsenic. — **M. E. Vidal** (d'Hyères) lit un travail démontrant la similitude des symptômes de l'acrodynie et de l'intoxication lente, provoquée par l'acide arsénieux. Ce travail est le résultat d'observations prises sur des malades qui avaient absorbé un vin contenant quelques milligrammes d'acide arsénieux.

La maladie déterminée par cette intoxication présente dans son évolution quatre périodes. Dans la première, on note de l'embarras gastrique; dans la seconde, de la diarrhée; dans la troisième, des éruptions diverses (urticaire, roséole); dans la quatrième, enfin, de l'acrodynie, c'est-à-dire de la douleur des extrémités.

C'est par la constatation de l'acrodynie et par la recherche de ses causes que M. Vidal est arrivé à demander l'analyse du vin bu par ses malades et qu'il y a découvert la présence de l'acide arsénieux.

M. Vidal termine son travail en faisant remarquer que les accidents provoqués par l'intoxication arsenicale ressemblent beaucoup à ceux de l'acrodynie décrits dans l'ouvrage classique de Valleix ou dans la monographie plus récente de M. Vidal, médecin de Saint-Louis, parue dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. Il se demande s'il n'y aurait pas lieu de rechercher si nombre d'épidémies d'acrodynie, pour ne pas dire toutes, n'ont pas été provoquées par la présence dans les aliments de petites quantités de sels arsenicaux?

Cette communication de M. Vidal semble confirmer les rapprochements indiqués d'une manière générale entre l'acrodynie et l'intoxication par les sels métalliques, par M. Théophile Roussel.

RAPPORT

Nouveaux procédés de vinification. — M. GAUTHIER lit un rapport sur un travail de MM. Hugounenq et A. Calmettes relatif à de nouveaux procédés de vinification destinés à remplacer le plâtrage des moûts de vin : phosphatage, tartrage, etc.

Voici les conclusions de ce rapport :

Au point de vue de l'hygiène publique les pratiques du phosphatage ou du tartrage des moûts ne sauraient présenter aucun inconvénient sensible.

Elles ont l'une et l'autre le grand avantage d'augmenter le titre alcoolique des vins en activant la vie des levûres viniques et corrélativement en s'opposant au développement des organismes d'où résultent les alcools secondaires supérieurs, c'est-à-dire les produits les plus nuisibles des alcools de vin.

L'une et l'autre méthode augmentent dans les vins la quantité de substances colorantes dissoutes, c'est-à-dire les principales matières tannantes, toniques et souvent ferrugineuses dans une proportion généralement moindre que ne le fait le plâtrage.

Le phosphatage introduit aussi dans le vin à l'état de phosphate de potasse et de chaux 1 gramme à 1 gr. 50 de sels utiles à la reconstitution des tissus, ceux-là mêmes que nous fournissent tous les jours la viande et le pain.

Le tartrage ne modifie pas sensiblement la composition du vin produit, abstraction faite de l'augmentation de l'alcool et de la couleur, et de la diminution des composés plus ou moins dangereux qui résultent des fermentations secondaires, en produisant une fermentation rapide et une défécation plus complète des vins produits, en augmentant leur acidité et leur alcool. Ces deux méthodes paraissent devoir réussir, lorsqu'elles seront bien appliquées, à préserver ces vins de toute altération ultérieure ; mais, à cet égard, c'est à l'expérience à prononcer en dernier ressort, et le rôle de l'Académie, insuffisamment renseignée d'ailleurs, doit se borner à juger ces deux pratiques en se plaçant au point de vue de l'hygiène et de la santé publique. Ces conclusions sont adoptées à l'unanimité.

COMMUNICATION

Du traitement des anévrysmes par la méthode de Moore. — M. VERNEUIL termine la lecture de son mémoire sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 759.)

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1887-1888.

273. M. Delplanque. De l'acide crésylique et de ses propriétés antiseptiques. — 274. M. Soustre. Sur un procédé d'opération des tumeurs adénoïdes du pharynx nasal. — 275. M. Estrada. Contribution à l'étude du traitement chirurgical des fibro-myomes utérins. — 276. M. Michel. Étude sur le traitement de la mort apparente des nouveau-nés et le tubage du larynx comme amélioration des procédés de respiration. — 277. M. Patein. De l'albuminurie consécutive aux inhalations chloroformiques. — 278. M. Saint-Hilaire. De l'influence de la température organique sur l'action de quelques substances toxiques. — 279. M. Le Serrec de Kervily. Contribution à l'étude de la toux dans la coqueluche. — 280. M. Bourdillon. Psoriasis et arthropathies. — 281. M. Horchole. Contribution à l'étude de la chorée rythmée. — 282. M. Meloir. Étude sur la forme épileptique de la méningite tuberculeuse de l'adulte. — 283. M. Chamorro. Étude de la tuberculose aiguë des articulations. — 284. M. Oulié. Traitement de l'anévrysme de l'artère poplitée par l'extirpation du sac. — 285. M. Perez. De l'exploration des uretères. — 286. M. Donnadieu. Des rapports de l'albuminurie avec l'ecthyma et l'impétigo. — 287. M. Nozo. Étude historique et clinique sur les syphilides psoriasiformes. — 288. M. Duclos. Du système artériel chez les alcooliques.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décrets, en date des 12 et 16 juillet 1888, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. le docteur Labric, médecin de l'hôpital des Enfants malades.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Gérin-Roze, médecin de l'hôpital Lariboisière ; Monod, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine ; — Gros, professeur à l'École de médecine d'Alger ; — Villeneuve, médecin en chef des hôpitaux de Marseille ; — Picard, de Selles-sur-Cher ; — Teillais, de Nantes ; — Tonnet, de Niort.

— Par décret, en date du 9 juillet 1888, la commission générale de l'Association des médecins de la Seine, reconnue d'utilité publique par décret du 16 mars 1851, est autorisée à accepter le legs fait à cette œuvre par le sieur Jean-Baptiste Mège, suivant son testament olographe du 10 juin 1863 et consistant en une rente annuelle et perpétuelle de 20 francs.

Le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine est autorisé à accepter, au nom de cette académie, aux clauses et conditions imposées, le legs d'une rente annuelle et perpétuelle de trois cents francs (300 fr.) que lui a fait le sieur Jean-Baptiste Mège, suivant son testament olographe du 10 juin 1863.

Les arrérages de cette rente seront consacrés à la fondation d'un prix triennal, qui sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur un sujet de physiologie expérimentale, d'anatomie pathologique, et ensuite à la volonté de l'Académie.

Les secrétaires perpétuels de l'Académie des sciences de l'Institut de France sont autorisés à accepter, au nom de cette académie, aux clauses et conditions imposées, le legs d'une somme de dix mille francs, que lui a fait le sieur Jean-Baptiste Mège, suivant ses testament et codicille olographe des 10 juin 1863 et 4 février 1869.

Cette somme sera donnée en prix à l'auteur qui aura continué et complété les essais du sieur Mège sur les causes qui ont retardé ou favorisé les progrès de la médecine depuis l'antiquité jusqu'à nos jours.

— Par décret, en date du 16 juillet 1888, le lazaret de Tatihou, près Saint-Waast-la-Hougue (Manche), est affecté au ministère de l'instruction publique et des beaux-arts, en vue de l'installation d'un laboratoire de zoologie maritime, dépendant du Muséum d'histoire naturelle.

— Par arrêté ministériel, en date du 12 juillet 1888, ont été nommés :

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Barbaud, Battesti, Berne, Callamand, Chauveau, Coupard, Guérard, Juranville, Lacroix, Lanteirès, Lemoine, Loupie, Martial-Lagrange, Mouttier, Perrin (C.-A.), Poupon, Rech, Robert, de Soyre, Bonnot, Groslous, Jalabert, Mme Gache-Sarante, à Paris ; MM. les docteurs Arragon, médecin aide-major de deuxième classe ; Aubert, médecin-major de première classe ; Benoit, à Privas ; Bierry, à Moirans ; Bourrand, à La Rochefoucauld ; Chouet, à Brive ; Coffec, à Quimper ; Darolles, à Provins ; Faure, à Fontenay-aux-Roses ; Hacq, à Maré ; Lamarche, à Vérey-sous-Salmaire ; Langrais, à Cesny-Bois-Halbout ; Metaxas, à Marseille ; Mourgues, à Nîmes ; Richard, médecin-major de première classe ; Takvorian-Takvor, à Loury ; de Welling, à Rouen ; Nicolas-Duranty, professeur à l'École de médecine de Marseille ; Gaudron, professeur à l'École de médecine de Besançon ; Cauchois, chef des travaux à l'École de médecine de Rouen ; Pojolat, suppléant à l'École de médecine de Clermont-Ferrand ; Thibaut, agrégé près la Faculté de médecine de Lille ; Morat, professeur à la Faculté de médecine de Lyon ; Macé et René, agrégés près la Faculté de médecine de Nancy ; Forest, médecin du lycée de Troyes ; Bompaire, médecin du collège de Millau ; MM. les pharmaciens Lock, à Vernon ; Louvet, pharmacien principal de la marine ; Saint-Martin, à Vic-Fezensac ; Veyrières et Vigier, à Paris ; Garrouste, à Aurillac ; Leydié, à Paris ; Massol, agrégé à l'École de pharmacie de Montpellier.

— *Hôpitaux de Lyon.* — Les mutations suivantes ont lieu, par suite de la sortie de M. le professeur H. Soulier, arrivé au terme de ses fonctions.

M. le professeur J. Teissier passe de l'hospice du Perron à l'Hôtel-Dieu. — M. le professeur A. Renaut passe de l'hôpital de la Croix-Rousse à l'hospice du Perron. — M. le professeur agrégé Weill entre comme titulaire à l'hôpital de la Croix-Rousse.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Tavernier, aide de clinique des maladies cutanées et syphilitiques, est maintenu en outre, pendant l'année scolaire 1888-1889, dans les fonctions d'aide-préparateur d'anatomie pathologique.

M. Tavernier est maintenu, pour l'année scolaire 1888-1889, dans les fonctions d'aide de clinique des maladies cutanées et syphilitiques.

M. Havrez est maintenu, pour l'année scolaire 1888-1889, dans les fonctions d'aide préparateur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques.

— *École de médecine d'Amiens.* — M. Mollien, professeur d'anatomie, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique médicale, en remplacement de M. Padieu, décédé.

M. Dhourdin, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est chargé en outre d'un cours d'anatomie pendant l'année scolaire 1888-1889.

M. Peugniez (Paul-Aimé-Désiré), docteur en médecine, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

— *École de médecine de Rouen.* — M. Dumont, docteur ès sciences naturelles, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

— *École de médecine de Toulouse.* — M. Fougerat, licencié ès sciences physiques, est institué, pour une période de neuf ans, à partir du 1er novembre 1888, chef des travaux physiques et chimiques.

— *Faculté des sciences de Lyon.* — M. Rigollot, licencié ès sciences physiques, est maintenu, pendant l'année scolaire 1888-1889, dans les fonctions de chef des travaux pratiques de physique.

— *École supérieure de pharmacie de Paris.* — M. Blanchard (Julien-René), pharmacien de première classe, est nommé préparateur de pharmacie chimique, en remplacement de M. Finet, décédé.

— M. le docteur A. Dauzat est nommé médecin-inspecteur des eaux de la Bourboule.

— M. Künckel d'Herculaïs, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, est chargé d'une mission en Algérie, à l'effet d'étudier les causes naturelles des invasions d'acridiens migrateurs et de rechercher des procédés pratiques de destruction de ces insectes.

— M. Steenackers, vice-consul de France, est chargé d'une mission au Japon, à l'effet d'y poursuivre des recherches relatives à l'anthropologie et d'y réunir des collections scientifiques destinées à l'État.

— M. le docteur Doléris commencera, le lundi 23 juillet, une série de leçons sur les déviations utérines et leur traitement. Les leçons auront lieu les lundi et vendredi de chaque semaine, à quatre heures, 12, rue de Navarre.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Pendant les vacances scolaires, MM. les professeurs de clinique de la Faculté de médecine de Paris, dont les noms suivent, seront remplacés dans leur service hospitalier, par MM. les agrégés ci-dessous désignés :

Hôtel-Dieu : MM. les professeurs Panas et Richet par M. le docteur Campenon.

Hôpital de la Charité : M. le professeur Trélat par M. le docteur Paul Segond.

Hôpital de la Pitié : M. le professeur Jaccoud par M. le docteur Chauffard ; M. le professeur Verneuil par M. le docteur Jalaguier.

Hôpital Necker : M. le professeur Peter par M. le docteur Ballet ; M. le professeur Le Fort par M. le docteur Kirmisson.

Hôpital des Enfants-Malades : M. le professeur Grancher par M. le docteur Hutinel.

Hôpital Saint-Louis : M. le professeur Fournier par M. le docteur Quinquaud.

Hôpital de la Salpêtrière : M. le professeur Charcot par M. le docteur Brissaud.

— Les candidats du concours qui doit s'ouvrir, le lundi 6 août 1888, à quatre heures du soir, à l'amphithéâtre d'anatomie de Clamart (rue du Fer-à-Moulin, 17), pour la nomination à une place de prosecteur des hôpitaux de Paris, sont au nombre de cinq. Ce sont MM. Dumont, Lyot, Phocas, Rieffel et Sebileau.

Le jury se compose provisoirement de MM. les docteurs Tillaux, Peyrot, Cruveilhier, Richet, Horteloup, Lancereaux et Potain.

— Un concours pour les prix à décerner en 1888 aux élèves externes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices civils de Paris et la nomination aux places d'élèves internes, vacantes en 1889, s'ouvrira le vendredi 19 octobre prochain, à midi précis. Le nombre des places à donner sera porté, avant cette date, à la connaissance des candidats.

MM. les élèves externes en médecine et en chirurgie de deuxième et de troisième année, sont tous tenus de prendre part à ce concours, sous peine d'être rayés des cadres des élèves des hôpitaux. Les élèves sont admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 3 septembre jusqu'au mercredi 3 octobre inclusivement.

— Un concours pour la nomination aux places d'élèves externes en médecine et en chirurgie, vacantes en 1889 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, sera ouvert le lundi 22 octobre prochain, à quatre heures précises, dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3.

MM. les étudiants qui désireront prendre part à ce concours, seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 3 septembre, jusqu'au mercredi 3 octobre inclusivement.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 84. — MARDI 24 JUILLET 1888. 61e ANNÉE. MARDI 24 JUILLET 1888. — N° 84.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traite sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOPITAL NECKER. — M. RENDU.

Diarrhée chronique et œdème des membres inférieurs.

Au n° 19 de la salle Saint-Louis, est couché depuis lundi un homme de soixante-deux ans, qui n'est point cachectique ni amaigri, mais assez robuste encore, et présentant un embonpoint modéré. Il n'a pas de fièvre, son pouls marque 72. Cependant, malgré un assez bon aspect, il est alité depuis six semaines environ, à cause d'un œdème des jambes, œdème blanc, mou, qui n'a rien d'excessif et qui tend moyennement la peau. Celle-ci n'est ni chaude, ni rouge, ni le siège d'une vascularisation exagérée. Bref, il s'agit seulement d'une infiltration des téguments, infiltration symétrique, portant sur les deux membres inférieurs, droit et gauche, s'étendant jusqu'au scrotum, gagnant même la verge depuis hier, et allant peu à peu en augmentant.

Il existe aussi un léger degré d'ascite, ainsi qu'un peu d'hydarthrose des deux genoux, comme cela a lieu presque toujours en pareil cas. Par contre, le système lymphatique est sain, normal, il n'existe aucun engorgement ou empâtement des ganglions cruraux et inguinaux.

A quelle cause devons-nous donc rattacher pareil œdème datant de cinq à six semaines ? Ou à une maladie du cœur, ou à une affection rénale. Examinons ces deux hypothèses.

Le cœur ne peut être mis en cause, car cet homme n'a aucun des symptômes d'une affection cardiaque, il se couche à plat dans son lit, il n'a ni oppression ou dyspnée, ni palpitations. D'après l'auscultation, j'avais cru à un peu d'hypertrophie, les battements m'avaient paru un peu forts et la pointe du cœur battait dans le cinquième espace intercostal; de plus, le premier bruit était sourd et le deuxième un peu éclatant, enfin j'avais cru percevoir comme une ébauche de bruit de galop. Mais il faut nous rappeler que notre malade a soixante-deux ans, et qu'à cet âge le cœur est toujours un peu sénile, un peu athéromateux, de sorte que les quelques bruits perçus ne sont, à cet âge, que des bruits normaux. Il n'y a donc pas là de maladie du cœur.

S'agirait-il donc alors d'une affection rénale ? L'œdème blanc est bien celui d'une néphrite brightique évoluant assez rapidement. Cependant l'urine ne contient pas la moindre trace d'albumine, de plus les fonctions urinaires sont absolument normales, ni polyurie, ni anurie, ni rétinite, ni troubles de la vue. Donc pas de maladie de Bright. Mais alors serait-ce donc quelque néphrite interstitielle sans albuminurie, comme cela se rencontre parfois, malgré la présence de l'œdème? Je ne le crois pas, parce que les allures cliniques en pareil cas sont différentes de ce que nous observons ici. Et d'ailleurs la néphrite interstitielle avec œdème et sans albuminurie est très rare ; je dis plus, je dis qu'il y a toujours, dans ces cas-là, un peu d'albumine dans les urines, non pas peut-être d'une façon constante, régulière, car parfois certain jour l'albumine manquera dans l'urine, mais le lendemain ou le surlendemain on la verra reparaître.

Or, depuis trois jours que cet homme est dans nos salles, nous n'en avons pas encore décelé la moindre trace dans ses urines.

De plus, nous savons que les urines des malades atteints de néphrite interstitielle sont incolores et abondantes ; chez lui, au contraire, la quantité des urines rendues par vingt-quatre heures, oscille entre 1 100 et 1 200 grammes, chiffre normal, et leur coloration est plutôt foncée que claire, enfin l'acide nitrique ne leur donne pas cette teinte rose qui caractérise la réaction de l'urohématine. Je dois ajouter encore que ces malades sont généralement sujets à une polyurie nocturne, depuis un temps plus ou moins long, qui les force à se lever une ou plusieurs fois la nuit. Or, il n'en est rien non plus ici, cet homme n'a pas de besoins fréquents d'uriner, il n'a pas de démangeaisons habituelles, point de ces épistaxis si fréquents dans la néphrite interstitielle.

On a dit aussi que, dans cette affection, il existait un état cardiaque véritablement pathognomonique, caractérisé par un claquement exagéré du deuxième bruit aortique et par une apparence de bruit de galop. Cela n'est pas exact, ce claquement aortique signifie seulement, soit une tension sanguine exagérée, soit l'altération sénile des valvules sigmoïdes. Or, chez un homme de soixante-deux ans, il n'y a rien d'étonnant à ce que ces valvules soient plus épaisses, d'où un claquement plus net, car nous ne trouvons dans le pouls ni dureté, ni tension sanguine exagérée. Il en est de même du bruit de galop, qui n'est nullement pathognomonique de la néphrite interstitielle, ainsi que M. Potain l'a démontré, car il se rencontre aussi dans d'autres conditions.

En résumé, je ne vois pas qu'il y ait lieu de nous arrêter plus longtemps au diagnostic d'une néphrite interstitielle ou d'une affection du cœur.

Cet homme n'est pas non plus un cachectique, ni un misérable, mais c'est un diarrhéique chronique. En effet, depuis quinze à seize mois, et sans cause connue, les selles sont devenues plus fréquentes et diarrhéiques; chaque nuit il est obligé de se lever quatre, cinq ou six fois, tandis que, dans la journée, il ne va qu'une ou deux fois à la garde-robe. De là un certain degré d'affaiblissement progressif, et à deux ou trois reprises un peu d'œdème passager, enfin un œdème continu depuis cinq ou six semaines. C'est ainsi qu'actuellement la diarrhée est plus abondante et la résistance des forces diminuée. Il y a là une relation de cause à effet entre la diarrhée et l'œdème.

Le fait est intéressant, car il nous donne la clef d'une foule d'œdèmes sans albuminurie. Mais la question est complexe, encore mal connue et, sans avoir la prétention de la trancher, je voudrais essayer d'y apporter quelque lumière.

Les hydropisies peuvent être rangées dans trois catégories. Dans la première, nous trouvons celles qui sont dues à des troubles de la circulation sanguine du côté du cœur ou du côté des vaisseaux périphériques, surtout des veines. Dans la deuxième, se trouvent les hydropysies résultant de troubles dans la circulation lymphatique. Enfin, dans le troisième groupe, nous rencontrons les hydropisies dues à des altérations primitives ou humorales du sang.

Dans lequel de ces trois groupes devrions-nous faire rentrer l'œdème des jambes de notre malade ? Dans le premier ? Non, car il n'existe rien du côté du cœur, ni des vaisseaux. Dans le deuxième groupe? Pas davantage, le système lymphatique étant absolument sain et fonctionnant régulièrement. D'où, par exclusion, nous arrivons au groupe humoral ou des altérations du sang.

Comment la diarrhée peut-elle amener l'œdème? Une première hypothèse consiste à considérer la diarrhée comme déterminant une déperdition des substances albuminoïdes et protéiques et, par suite, des modifications dans la proportion des éléments du sang qui, devenant alors hydrémique, plus fluide, transsude plus facilement à travers les parois vasculaires.

D'autre part la diarrhée albumineuse produit plus facilement les œdèmes que la diarrhée aqueuse. C'est ainsi qu'un dysentérique s'infiltrera beaucoup plus facilement qu'un cholérique, lequel aura plus de tendance à se dessécher.

De plus, vous ne verrez pas, ou vous verrez rarement l'œdème se produire dans les cas de diarrhée aiguë, de dysentérie aiguë ou de cholérine aiguë, tandis qu'il se développera facilement dans la diarrhée chronique. De même aussi pas d'œdème des jambes dans la diarrhée chronique des tuberculeux, des cancéreux ou, s'il se manifeste, c'est en vertu d'un tout autre mécanisme.

La diarrhée, même chronique, ne suffit donc pas à elle seule pour expliquer cet œdème, non plus que l'hydrémie, car de nombreuses expériences de laboratoire ont démontré que l'on peut injecter dans les vaisseaux une grande quantité d'eau, sans pour cela déterminer l'œdème. Est-ce une question d'inanition ? Il est vrai qu'on l'a vu maintes fois survenir en pareilles conditions, dans le cas de siège prolongé d'une ville, par exemple, et c'est pourquoi on lui a donné le nom d'*hydrops faminicus*. Mais, chez notre malade, cette cause ne peut être invoquée, puisqu'il continue à se bien nourrir. D'ailleurs les cancéreux des voies digestives, qui meurent pour ainsi dire par inanition, ne sont pas œdématiés de leurs membres inférieurs.

Il faut donc, en réalité, qu'un autre élément intervienne, c'est-à-dire le système nerveux.

Il y a quinze ans, M. Ranvier a fait une expérience célèbre qui démontre l'influence du système nerveux sur l'œdème : il a lié la veine fémorale d'un lapin sans déterminer la moindre infiltration séreuse du membre inférieur du même côté; mais dès qu'il a eu sectionné le nerf sciatique, l'œdème s'est produit. D'autres expériences du même genre ont été faites sur d'autres animaux, sur des grenouilles, et les résultats ont été les mêmes.

Cliniquement aussi, on a constaté, dans la plupart des diarrhées chroniques, le rôle de l'élément nerveux, c'est-à-dire des troubles du plexus solaire, aboutissant souvent à des paralysies vaso-motrices, voire même à de véritables paralysies. Je crois donc qu'une mauvaise nutrition, une inanition prolongée, déterminent des troubles du côté du système nerveux génito-spinal, par diminution de la vitalité, diminution de résistance.

Enfin le système lymphatique peut jouer aussi un rôle dans la production de l'œdème. Je vous citerai le fait d'un autre malade, celui du n° 2 de notre salle des hommes, vieillard de soixante-dix ans, autrefois très robuste, mais tombé dans la plus noire misère, entré cachectique dans nos salles, avec un élément de lymphangite, un petit abcès du membre inférieur, compliqué d'œdème. Or, dès que l'abcès est ouvert, l'œdème disparait. Cet homme se lève alors et commence à marcher, tout aussitôt l'œdème reparaît, prend une certaine intensité et s'accompagne d'ascite, et cependant le cœur et les reins étaient sains, mais la lésion de la jambe se compliquait de l'empâtement des gros ganglions.

En résumé, chez cet homme, le système lymphatique est intervenu pour la production de l'œdème, tandis qu'il n'est nullement en cause chez notre premier malade. Je crois donc, en somme, que la diarrhée amène l'imminence morbide par affaiblissement, et qu'elle agit aussi sur le centre génito-spinal de la moelle, pour déterminer la paralysie vaso-motrice; par suite, deux éléments dans l'œdème : l'élément nerveux et la dyscrasie sanguine.

Le pronostic est difficile, il dépend de la nature de la diarrhée et de la résistance du malade. Si l'inanition est seule en cause, une nutrition convenable pourra le ressusciter. S'il s'agit de cancer ou de tubercule, la maladie sera presque incurable, quoique parfois, sous l'influence des soins, on ait vu l'œdème rétrocéder.

Chez mon malade, quel pronostic émettre ? Sa diarrhée est spéciale, nocturne, pour ainsi dire constitutionnelle, comme quelquefois chez les goutteux et les rhumatisants. Peut-être est-ce le repas du soir qui est mal toléré, car il n'existe, chez cet homme, ni goutte, ni rhumatisme, ni syphilis, mais il est un ancien paludique qui a eu, vers l'âge de dix à douze ans, des accès de fièvre intermittente, rebelles à tout traitement. Je ne crois pas cependant, vu l'ancienneté de ces accidents, à quelque rapport entre le paludisme et sa diarrhée. Néanmoins, je lui ai prescrit le sulfate de quinine à la dose de 60 centigrammes par jour, en raison de la périodicité nocturne des selles; je lui ai ordonné aussi un peu d'opium (2 gouttes anglaises au commencement de chaque repas). Enfin, j'ai conseillé des bains

sulfureux et surtout le choix d'aliments digestifs : pas de gros légumes, pas de graisses, mais surtout de la viande, quelques féculents, du lait et, comme pain, de la croûte de préférence à la mie.

DU TRAITEMENT DES ANÉVRYSMES

PAR LA MÉTHODE DE MOORE

[Extrait de la communication faite par M. VERNEUIL à l'Académie de médecine] (1).

III

Mais laissons de côté la technique, un peu trop ondoyante et diverse, pour jeter un coup d'œil sur les résultats, parlons d'abord de l'*efficacité ou valeur thérapeutique*.

Elle est nulle ou à peu près, si l'on s'en rapporte aux terminaisons sommairement énoncées. En effet, sur 32 cas dont l'histoire est suffisamment connue, on ne compte qu'un succès dû à l'opération (Van der Meulen). Un autre malade a guéri, mais par la ligature faite après la filipuncture, qui avait échoué (Stimson).

Chez le malade de M. Bucquoy, la méthode n'a pas réussi davantage, mais du moins n'a pas compromis l'existence, la survie ayant été considérable, et la mort ayant eu pour cause la maladie antérieure.

Donc : un succès complet;

Un succès opératoire avec guérison due à la ligature;

Un insuccès opératoire avec mort tardive non chirurgicale;

Soit, trois cas constituant tout ce qu'on peut, avec la meilleure volonté du monde, porter à l'actif de la méthode de Moore.

En revanche, la colonne du passif renferme 30 cas tous suivis de mort, laquelle est survenue entre le deuxième (Baccelli), et le quatre-vingt-douzième jour (Loreta), causée tantôt par l'opération, comme je le démontrerai plus loin, tantôt par l'évolution naturelle de l'anévrysme. D'après ces chiffres, la filipuncture a donc été nuisible ou inutile 97 fois sur 100, et utile dans la modeste proportion de 3 p. 100. Il est donc impossible de compter, pour guérir les anévrysmes, sur une méthode aussi manifestement impuissante.

On répète à l'envi, que l'exécution de la filipuncture est des plus simples. Il paraît facile, en effet, de plonger dans une tumeur anévrysmale une aiguille creuse à la faveur de laquelle on glisse dans le sac un corps filiforme, souple et flexible, qui y forme des anses ou des spires plus ou moins nombreuses et rapprochées.

Il faut seulement, vers la profondeur, ne point engager, d'après Moore, le fil dans l'ouverture du collet du sac et, par suite, dans l'artère aorte, et, à la surface, ne pas laisser l'extrémité du fil dans la petite plaie cutanée, recommandations fort sages, mais malaisées sans doute à suivre, comme le prouvent le fait de Ransohoff, — où la pointe du fil ayant pénétré dans l'aorte jusqu'au contact avec les valvules sigmoïdes, provoqua une syncope qui faillit enlever le malade, — et les observations de Baccelli et Folet, où le malencontreux séjour du corps étranger sous la peau fut le point de départ d'accidents mortels.

Tous les préceptes donnés pour éviter les accidents sont, sans contredit, fort sages; mais je me demande s'il est réellement facile de prévenir le vagabondage des fils, quand on jette dans l'anévrysme cent pieds de catgut, 15 crins de Florence, ou 67 mètres de fil de fer, et d'empêcher les indiscrètes et périlleuses migrations des ressorts de montre, quand, au bout de quelques jours, ils sont fragmentés en six, douze, ou quinze morceaux rigides.

Le sac peut même être traversé et M. Bucquoy, dans un cas, n'a pu éviter de transfixer le sac de part en part.

En résumé, comme l'ont démontré, d'autre part, certaines autopsies, il est moins aisé qu'on ne le croit de placer et de répartir les fils juste au point désiré, et la vérité est qu'on a agi le plus souvent à l'aveugle, ce qu'il est nécessaire de proclamer. L'introduction elle-même peut être impossible, comme dans une observation où Howard Marsh fut obligé d'y renoncer après des tentatives réitérées, et dans le cas où M. Bucquoy ne put réussir, ni avec le chasse-fil, qui semblait pourtant l'instrument le mieux choisi, ni même directement avec le ressort de montre, dans la séance du 8 juillet.

Parlons maintenant de la *bénignité*.

Dans le cours et à la fin de son mémoire, M. Charmeil affirme, d'après l'étude attentive qu'il a faite des quinze cas d'anévrysme aortique venus à sa connaissance, que la méthode de Moore, *convenablement pratiquée*, n'est pas dangereuse par elle-même, et qu'elle paraît ne faire courir directement aucun danger au malade.

Je répéterai, au contraire, que la filipuncture est grave par elle-même, directement ou indirectement, peu importe pour ceux qui en sont victimes, et je compte comme tels, des patients qui buvaient, mangeaient, dormaient, se promenaient le jour de l'opération et qu'on portait en terre deux, quatre, cinq ou six jours après.

A défaut de guérisons, la filipuncture, d'après ses partisans, produirait des *améliorations remarquables* et de divers ordres.

Il est juste de reconnaître que plusieurs fois déjà des modifications favorables ont suivi les séances de filipuncture; mais il est permis de chercher si ces améliorations sont communes ou rares, et surtout si elles sont durables; la réponse malheureusement n'est guère satisfaisante.

Les changements anatomo-physiologiques constatés au lit du malade n'ont été de leur côté ni constants, ni durables, incapables, par conséquent, de réaliser les espérances qu'ils avaient fait naître. D'ailleurs, on ne les note guère que dans la moitié des cas; dans les autres, on n'en parle pas, ou bien on signale, au contraire, des aggravations immédiates (Liston, Rosevelt, Follet).

Je conclus de l'examen de tous les faits, que, si l'on met à part les faits de Loreta et de Morse, où les suites de l'opération ont été évidemment favorables, et celui de M. Bucquoy, où elles n'ont été ni mauvaises, ni bonnes, les améliorations diverses notées après la filipuncture sont fort discutables, s'étant montrées éphémères, infidèles, et souvent plus nuisibles qu'utiles. Il faut d'autant moins les porter à l'actif de la méthode, qu'on ne peut affirmer qu'elles en sont le résultat; en effet, pareils changements favorables ont été observés après bien d'autres moyens chirurgicaux, topiques ou médicaux : acupuncture, électropuncture, réfrigération, compression, injections d'ergotine, repos, régime, médications diverses, moyens que je retrouve précisément dans plusieurs observations, associées à la méthode de Moore, et auxquels peut-être revient le mérite des améliorations survenues.

C'est dans quatre cas seulement que la survie post-opératoire a été tant soit peu notable, ayant atteint en moyenne cent quarante-quatre jours. Mais, en regard de cette petite série de longévité relative s'en dresse une bien plus considérable, puisqu'elle comprend vingt-quatre cas où les chiffres sont lamentables, les opérés ayant survécu en moyenne quatorze jours et demi.

Comparez ces résultats avec ceux qu'indique Lebert dans un relevé de trente cas d'anévrysme aortique, vous verrez que la durée *minima* de la vie a été de six mois entre l'apparition des premiers accidents et la mort, et la durée *maxima* de quatre ans, soit une moyenne approximative de dix-neuf mois. Ce qui tend à prouver que ces trente patients ont été bien heureux de n'avoir pas été traités par la filipuncture.

Battus sur le terrain de la clinique et convaincus d'avoir exagéré les mérites et qualités de la méthode de Moore, ses partisans se retranchent derrière les résultats fournis par l'anatomie pathologique et déclarent, d'après les autopsies, que le but poursuivi a été en partie atteint. Je suis forcé de renverser cette dernière ligne de défense en montrant que, pas plus à l'amphithéâtre qu'au lit du malade, les faits ne plaident pour la filipuncture.

Essentiellement préoccupé d'obtenir la coagulation du sang et

(1) Fin. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 759.

la déposition de la fibrine et s'appuyant sur deux autopsies, où des corps étrangers, après un court séjour dans le torrent circulatoire, s'étaient recouverts de dépôts fibrineux, Moore avait imaginé de reproduire le fait pathologique en introduisant et en laissant des corps étrangers dans le sac anévrysmal, pour obtenir là aussi des caillots fibrineux. Théoriquement, l'idée semblait logique, mais outre qu'elle n'était rien moins que neuve, puisque, de 1830 à 1864, elle avait été maintes fois utilisée, elle ne résolvait nullement le problème de la cure des anévrysmes, puisqu'elle laissait dans l'ombre deux points majeurs : 1° la destinée ultérieure des corps étrangers abandonnés dans le sac ; 2° et celle des caillots produits par leur présence.

Il est facile de démontrer : 1° que le séjour permanent des fils métalliques peut entraîner des accidents graves ; 2° que rien n'établit que la méthode de Moore remplisse les conditions exigibles pour la cure des anévrysmes.

1° Les accidents imputables aux corps métalliques sont de divers genres. D'abord des fils malpropres pourraient infecter le sang, et si rien ne prouve que cette cause ait jusqu'ici amené la mort, il est bon de l'admettre, ne fût-ce que pour l'éviter. Nous avons vu que les phlegmons de la paroi sont en revanche incontestables et ont plus d'une fois déjà causé des septicémies graves.

L'introduction d'un fil métallique dans l'aorte même, a pensé faire mourir sur son lit d'opération le malade de Ransohoff; dans un cas de Saboïa, un fragment de ressort de montre était disposé de telle façon qu'une de ses extrémités répondait précisément à une perforation du sac.

Dans l'observation de Loreta on nota une rupture de l'aorte à sa jonction avec le sac, rupture, tellement rare dans l'histoire des anévrysmes, qu'on ne peut guère l'expliquer que par la pression du sac qui s'était considérablement rétracté sur 2 mètres d'un fil métallique de calibre assez fort.

2° Il ne suffit pas de solidifier le sang d'un anévrysme par un moyen mécanique pour que la guérison s'ensuive ; en fait de caillots, la quantité n'est presque rien et la qualité presque tout. C'est ce que semblent avoir oublié les filipuncteurs.

Pourtant, depuis plus de trente années, on a surabondamment démontré : que les caillots utiles sont homogènes, fibrineux, tenaces, adhérents entre eux et à la paroi du sac dont ils doivent progressivement et régulièrement combler la cavité de la circonférence au centre, jusqu'à obturation de l'orifice, et cela sans laisser la moindre lacune interstitielle ou pariétale où le sang venu de l'artère pourrait s'insinuer pour vaincre par effort mécanique la résistance de la paroi.

Or, avec quelque attention qu'on lise le protocole des vingt-trois autopsies publiées, on ne trouvera presque dans aucune d'elles ces dispositions favorables, ces ébauches de guérison qui encouragent si fort les partisans de la méthode.

Cette coagulation molle et sans adhérence, qui fait la joie et entretient l'illusion des filipuncteurs, n'est même pas constatée, puisqu'on en trouve 4 sur 23 et dans lesquels la formation des caillots a été nulle ou à peu près.

La coagulation du sang et la déposition de la fibrine, qui suivent l'application de la méthode de Moore, ne constituent donc pas un phénomène assez constant pour qu'on en puisse faire la base d'une méthode curative.

Conclusions. — 1° La méthode de Moore, ou filipuncture, essentiellement conçue en vue du traitement des anévrysmes de l'aorte thoracique, est chirurgicalement caractérisée par l'introduction et l'abandon, dans les sacs anévrysmaux, de fils le plus souvent métalliques.

2° Physiologiquement, elle repose sur la propriété bien connue qu'ont les corps étrangers introduits dans le torrent circulatoire de provoquer la coagulation du sang et la séparation de la fibrine.

3° Partant de là, on espère que ces caillots et cette fibrine se déposeront d'une part sur les fils, et d'autre part sur les parois du sac, formeront au centre et à la circonférence des masses ou des couches solides, qui combleront en se réunissant la cavité de l'anévrysme, c'est-à-dire amèneront la guérison radicale ou au moins renforceront la paroi de façon à arrêter la marche du mal, à atténuer les accidents, à prévenir ou à retarder la rupture, et ainsi à prolonger plus ou moins la vie.

4° On compte, pour assurer la déposition constante et la solidification progressive des caillots et de la fibrine, sur la permanence ou au moins sur le séjour prolongé des corps étrangers, et l'on s'appuie sur la tolérance bien connue de l'organisme à l'égard de ces corps étrangers pour proclamer à la fois l'efficacité et l'innocuité de la méthode, laquelle est d'ailleurs d'une exécution fort simple.

Voilà pour les espérances et les promesses de la théorie.

Et voici ce qu'a, jusqu'à ce jour, montré la pratique :

5° Les opérateurs ne sont jusqu'ici d'accord sur aucun point de la technique. Presque tous ont imaginé un procédé particulier, ou modifié ceux de leurs prédécesseurs, ou associé plusieurs méthodes sans qu'il soit possible aujourd'hui de savoir quelle serait la meilleure marche à suivre.

6° L'opération est moins facile qu'on ne le dit ; parfois elle est restée inachevée ou bien imparfaitement exécutée, elle a provoqué des accidents graves.

7° Les corps étrangers introduits dans le sac n'y produisent pas toujours la coagulation du sang et la déposition régulière de la fibrine, et quand, ce qui est la règle, les caillots cruoriques ou fibrineux se forment, ils pèchent le plus souvent, tantôt par la quantité, tantôt par la qualité, tantôt par une disposition ou une répartition défectueuse, tantôt enfin par le défaut de persistance : celle-ci n'étant pas assurée par la permanence des fils.

8° Ces mêmes corps étrangers, métalliques ou autres, dont par une singulière contradiction on désire à la fois la persistance et la disparition, provoquent directement par leur présence des accidents variés, inflammatoires ou mécaniques, primitifs ou tardifs, en tout cas fort graves.

9° La filipuncture, considérée soit comme opération radicale, soit comme opération palliative, et employée contre les anévrysmes profonds et contre les anévrysmes externes, n'a donné jusqu'ici que des résultats lamentables et certainement bien inférieurs à ceux qu'ont fournis les autres méthodes chirurgicales et même médicales.

10° Elle n'a jamais réussi dans les anévrysmes de l'aorte pour lesquels elle a été imaginée, pas plus que pour ceux du tronc brachio-céphalique, de la sous-clavière, et de l'artère fémoro-iliaque; elle est peut-être plus efficace en cas d'anévrysme de l'aorte abdominale. Elle ne compte qu'un succès incontestable, facilement obtenu sur l'artère humérale, dans un cas très simple.

11° Elle n'est pas moins impuissante comme opération palliative. Les améliorations qu'on lui attribue sont rares, partielles, minimes, fugaces, imputables parfois à divers moyens associés, et certainement neutralisées en quelques cas par des aggravations promptes et redoutables.

12° Elle a manifestement soulagé plusieurs patients, mais rien ne prouve qu'elle ait prolongé la vie d'aucun d'eux. Tout au contraire, elle a, sans contestation possible, précipité la terminaison funeste dans plus d'un cas, à quoi il convient d'ajouter que la survie opératoire atteint pour l'ensemble des cas une moyenne très faible, infiniment plus courte que par toute autre thérapeutique, y compris l'expectation pure et simple.

13° La filipuncture a été pratiquée jusqu'ici sur trente-quatre malades, dont trente et un sont morts bien avant l'expiration de l'année, et pour la plupart avant la fin du premier mois. Il serait injuste de lui attribuer la totalité de ces revers, dont quelques-uns sont manifestement imputables au mauvais état de santé antérieure, aux lésions graves préexistant dans les organes éloignés ou voisins de l'anévrysme, aux conditions anatomiques mauvaises et aux rapports dangereux du sac anévrysmal. Mais la gravité intrinsèque de la méthode n'en est pas moins démontrée par les accidents opératoires, partis trop souvent du trauma lui-même, et par l'aggravation indéniable et rapide des propathies locales et générales.

14° La pratique n'ayant pas réalisé les espérances de la théorie, la filipuncture ne doit pas être encouragée et on ne saurait conseiller à personne d'y avoir désormais recours.

ABLATION TOTALE DU LARYNX

Par M. le docteur Le Dentu, chirurgien des hôpitaux.

Le malade, dont je veux vous entretenir, ayant été pris subitement, l'année dernière, d'accidents asphyxiques, je dus à cette époque faire la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne sans être tout d'abord bien fixé sur le diagnostic. Ce ne fut que plus tard, après plusieurs examens, qu'il fut possible de soupçonner une tumeur maligne du larynx. Après une trachéotomie préalable, je fis avec le bistouri, au mois de mars dernier, l'ablation du larynx; l'opération fut assez aisée, sans hémorrhagie, et je ne dus employer le thermocautère que pour enlever un point de la paroi antérieure de l'œsophage, adhérente au néoplasme. Les suites immédiates furent bonnes, mais trois mois après, une récidive apparaissait dans la région sus-hyoïdienne, au niveau du plancher de la bouche, et était bientôt suivie de la mort par cachexie.

Il est fâcheux que cette opération ait été faite tardivement; peut-être aurait-elle donné un bon résultat, si elle eût été pratiquée quatre mois plus tôt, alors que les lésions étaient bien moins avancées et qu'il n'existait probablement pas d'adhérences de l'œsophage. Néanmoins, si le malade eût survécu, il est une complication qui aurait été bien gênante, c'est l'ablation du segment œsophagien, car le port de la canule à trachée aurait été rendu impossible. Aussi on peut se demander si, en pareil cas, il ne serait pas préférable de ne faire que la trachéotomie, ou s'il eût mieux valu s'en tenir simplement à la laryngotomie.

Je crois que l'on peut répondre à cette question en se plaçant à deux points de vue. Si l'on ne considère que mon malade, il est évident que la laryngotomie, les phénomènes d'asphyxie mis à part, n'a eu aucune influence sur la marche de la lésion, puisque la mort est survenue huit mois après, c'est-à-dire à l'époque habituelle, en moyenne, quand on ne fait rien.

Mais, à un point de vue général, il est une question que l'on peut se poser. Faut-il intervenir radicalement? Nous en trouvons la réponse dans les statistiques publiées à ce sujet. Hahn (de Berlin) a fait 24 opérations sur le larynx. Dans 4 cas, il s'agissait de lésions autres que des tumeurs; aussi ne nous en occuperons-nous pas; quant aux autres, ils se répartissent de la façon suivante : 3 laryngo-fissures, pour lesquelles il y a eu 1 mort dans les premiers jours et 2 récidives rapides. Dans 6 cas, on a fait la résection unilatérale, il y a eu 2 guérisons pendant deux ans et demi et 2 morts rapides; pour les 2 autres malades, opération récente. Dans les 11 derniers cas, on a fait l'extirpation totale; 9 fois la mort est arrivée à une époque peu éloignée de l'ablation.

Cette statistique de Hahn diffère de celle que M. Hache a publiée, et qui comprend 96 cas, auxquels on peut en ajouter 9 nouveaux; ces faits, au nombre de 105, ont fourni 43 morts imputables à l'opération et 62 survies avec un sort variable entre trois mois et plusieurs années au point de vue de la récidive.

En comparant ces résultats avec ceux que l'on obtient avec la trachéotomie, dont nous avons fait un relevé de 94 cas, il y a une apparence d'équivalence comme résultat définitif; mais il est juste d'ajouter qu'on ne pourra porter de jugement définitif, que le jour où les faits seront plus nombreux et les opérations entreprises moins tardivement.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 juillet 1888. — Présidence de M. Siredey.

COMMUNICATIONS

Hémoglobinurie. — M. HAYEM communique la suite de l'observation présentée récemment par M. Millard (Voir *Gazette des hôpitaux*, 1888, page 417), et dans laquelle il s'agissait d'une femme de trente-deux ans, atteinte d'accès d'hémoglobinurie. M. Hayem déclare n'avoir jamais observé chez elle une attaque d'hémoglobinurie vraie et ne pouvoir accepter ce diagnostic. Cette malade a bien émis des urines colorées en rouge; mais ces urines présentaient les caractères des urines hématuriques. Le microscope y révélait la présence de globules rouges et l'examen spectroscopique n'y révélait pas les caractères de l'hémoglobinurie. Il y avait de l'albuminurie qui devint, par la suite, intermittente et ne paraissait plus qu'au moment des règles. Cette malade se plaignait d'une douleur lombaire à gauche; sous l'influence du froid, cette douleur et l'albuminurie augmentaient. M. Hayem pensa d'abord qu'il s'agissait d'une tuberculose rénale. Sous l'influence d'un traitement tonique, l'état général de la malade se releva et, en raison des céphalées, de la perte des cheveux, du pytiriasis et de l'existence de croûtelles, M. Hayem pensa avoir affaire à une néphrite syphilitique. Il soumit la malade à un traitement antisyphilitique énergique, et tous les signes de l'affection rénale disparurent.

M. Hayem s'applique à démontrer que cette malade n'a pas eu d'accès d'hémoglobinurie. Les caractères observés par M. Millard chez cette malade ne sont pas ceux de l'accès d'hémoglobinurie. L'examen spectroscopique a confirmé cette manière de voir. M. Hayem croit qu'on prend ainsi bien souvent, pour des accès d'hémoglobinurie, la simple décharge du sang dans les urines. Les douleurs lombaires localisées sont exceptionnelles chez les hémoglobinuriques.

M. Hayem a examiné le sérum du sang de cette malade; il l'a trouvé coloré en rouge cerise, et cependant cette malade n'a jamais eu d'hémoglobinurie, contrairement à ce que prétendent les auteurs qui veulent que ces deux phénomènes marchent de pair.

M. MILLARD n'est pas convaincu de la syphilis chez cette malade, il la croit bien hypothétique. Les seuls signes sur lesquels se base M. Hayem sont des croûtelles et des céphalées, cela ne lui paraît pas suffisant. La malade, d'ailleurs, exagère beaucoup ses souffrances, et peut-être même simule-t-elle les céphalées.

M. HAYEM n'a présenté la syphilis que comme une simple hypothèse : mais quand il voit admettre pour certains cas de tabès l'origine syphilitique, alors qu'il n'existe aucune manifestation de la syphilis, il croit que, dans un cas aussi obscur que celui dont il vient de parler, l'hypothèse de syphilis est bien permise, surtout après que le traitement spécifique a amené la guérison.

Angine de poitrine. — M. HUCHARD a eu, il y a quelque temps, dans son service, une femme de cinquante-sept ans qui était entrée pour des douleurs siégeant à l'épigastre, et se répétant par accès. A l'auscultation on trouvait un rétrécissement et une insuffisance aortiques et bientôt se manifestèrent tous les signes d'une aortite subaiguë qui confirma le diagnostic d'angine de poitrine avec accès pseudo-gastralgiques. La médication iodurée amena une amélioration momentanée, mais bientôt se manifestèrent des accès d'une extrême violence. La malade mourut subitement, au milieu d'un de ces accès.

La digitale et l'antipyrine avaient été essayées, mais leur administration avait aggravé les accidents.

A l'autopsie on a trouvé les lésions de l'aorte qu'on avait diagnostiquées pendant la vie, une dilatation de la coronaire droite et un rétrécissement de la coronaire gauche.

Cette observation vient confirmer l'opinion que l'angine de poitrine a pour cause la sclérose cardiaque dont le rétrécissement d'une des coronaires est une des manifestations. Depuis le travail d'Eberden, M. Huchard a pu réunir 110 cas analogues avec autopsie.

Chez sa malade les accès pseudo-gastralgiques auraient pu faire penser à une affection de l'estomac. Mais les lésions aortiques, le retentissement du souffle diastolique de l'aorte, au moment des accès, étaient suffisants pour permettre de faire le diagnostic.

M. BARIÉ a observé, il y a quelque temps, un cardiaque à l'autopsie duquel on a trouvé les lésions d'une artério-sclérose généralisée. L'artère coronaire antérieure était normale, mais la postérieure, d'abord dilatée, se rétrécissait après un trajet d'un centimètre, à tel point qu'on ne pouvait y introduire un cheveu.

Oblitération d'une coronaire. Angine de poitrine. — M. TROISIER présente un cœur provenant d'un malade mort après deux mois de séjour dans son service. Il y était entré pour des accès d'angine de poitrine qui avaient débuté six mois auparavant. Le malade, âgé de cinquante-deux ans, était profondément intoxiqué par le tabac et l'alcool; il était depuis vingt ans syphilitique. Les accès, d'abord légers et rares, s'étaient rapprochés au point de devenir journaliers et avaient pris, depuis quelque temps, une intensité exceptionnelle. Les accès ne s'amendèrent pas pendant le séjour à l'hôpital, et le malade finit par succomber subitement après l'un d'eux.

A l'autopsie on a trouvé : 1° une aortite (épaississement des parois de l'aorte et plaques hyalines saillantes); le microscope révélait une sclérose totale ayant débuté autour des vaisseaux; 2° une coronarite prédominante sur la coronaire gauche, qui était en partie calcifiée et dont le calibre était très rétréci.

Ectocardie congénitale. — M. HUCHARD présente une femme de trente-six ans, atteinte d'ectocardie congénitale. Le cœur bat dans le creux épigastrique; on peut le saisir dans la main; on voit très nettement les oreillettes et les ventricules se contracter alternativement. Chose bizarre, les battements du cœur se perçoivent mieux au-dessus qu'au niveau du cœur lui-même. Cette déformation provient d'un arrêt de développement de la partie inférieure du sternum et de la partie supérieure des muscles de l'abdomen.

Cette femme a eu quatre accouchements; depuis le dernier la déformation s'est accentuée, le cœur est plus proéminant qu'il ne l'était autrefois. Au-dessous du cœur existe une hernie volumineuse qui a tendance à augmenter.

M. Huchard se propose de faire fabriquer pour cette femme un appareil protecteur du cœur et contentif de la hernie.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1887-1888.

289. M. MILTAS. Des plaies du rein par coup de feu. — 290. M. AYSAGUER. Sur la fracture longitudinale de l'extrémité inférieure des deux os de la jambe. — 291. M. HENEIX. Ptosis (étude séméiologique). — 292. M. BAHIER. Formose et les Pescadores. — 293. M. FOREST DE FAYE. De la déviation consécutive à l'arthrite et de son rôle dans une variété de pied douloureux. — 294. M. MANDEZ. Étude de l'artério-sclérose et de sa valeur seméiotique. — 295. M. HARALAMBIE. De la pleurésie récidivante, sa localisation du côté opposé à la première atteinte. — 296. M. LESGUILLON. De l'atmosphère créosotée et de la créosote dans le traitement de la phthisie pulmonaire. — 297. M. BALME. Hypertrophie des amygdales. — 298. M. SATTLER. Contribution à l'étude clinique de quelques accidents consécutifs à la téphro-myélite antérieure aiguë (paralysie infantile). — 299. M. MODELSKI. Contribution à l'étude des divers modes de transmission de la fièvre typhoïde. — 300. M. VASSAUX. Le développement de l'œil. — 301. M. MARTIN (Pierre). Contribution à l'étude des tumeurs des tissus frontaux. — 302. M. ISSAURAT. Le sinus urogénital. — 303. M. AUDOLLENT. Étude critique sur l'emploi de l'acide fluorhydrique dans les affections pulmonaires. — 304. M. PANNE. Trachéotomie dans le croup avec chloroforme (procédé lent). — 305. M. GOFFART. Des suites opératoires éloignées de la résection de la hanche dans la coxalgie et de la valeur comparative de cette opération avec le traitement non sanglant. — 306. M. CHERIGIÉ. De la suture des os. — 307. M. MACRY. De la colite dysentériforme. — 308. M. LESUR. Des ruptures traumatiques de la vessie. — 309. M. CHRÉTIEN. De la thyroïdectomie. — 310. M. LINON. De la ligature au catgut dans le traitement des anévrysmes. — 311. M. ROUCHEZ. Le claquement d'ouverture de la mitrale. — 312. M. BAISSE. Contribution à l'étude du rhumatisme blennorrhagique. — 313. M. SIBILAT. Traitement de la syphilis par la méthode de Scarenzia. — 314. M. LANUSSE-CROUSSE. De la réunion immédiate sans drainage. — 315. M. PAYRAU. Des conditions locales qui masquent le diagnostic de l'étranglement herniaire. — 316. M. GAVILLAN. De l'hystérectomie vaginale dans les cas de fibromes utérins. — 317. M. PUECH. Contribution à l'étude des hémiplégies chez les diabétiques. — 318. M. DE GORSKI. Quelques considérations sur la folie puerpérale et sur sa nature.

CONGRÈS DE LA TUBERCULOSE

Programme.

Mercredi 25 *juillet*. — A neuf heures du matin, réunion des membres du Congrès dans le petit amphithéâtre de la Faculté de médecine. — Séance d'organisation.

Ordre du jour : Approbation des statuts et du règlement du Congrès. Nomination des membres du bureau définitif.

A trois heures de l'après-midi, séance publique d'inauguration, dans le grand amphithéâtre de la Faculté.

A neuf heures du soir, réception des membres du Congrès par le comité d'organisation dans la salle du conseil de la Faculté de médecine.

Jeudi 26 *juillet*. — A neuf heures du matin, séance dans le grand amphithéâtre. Communications relatives à la question I : « Des dangers auxquels expose l'usage de la viande et du lait des animaux tuberculeux. Moyens de les prévenir. »

A trois heures de l'après-midi, suite de ces communications, s'il y a lieu, et questions diverses.

Vendredi 27 *juillet*. — A neuf heures, visite aux laboratoires de MM. les professeurs Cornil et Straus (démonstrations d'anatomie pathologique et de technique bactériologique) et au Musée d'hygiène, sous la direction de M. le professeur Proust (exposition des procédés et appareils applicables à la prophylaxie de la tuberculose).

A trois heures de l'après-midi, séance dans le grand amphithéâtre. Communications diverses.

Samedi 28 *juillet*. — A neuf heures, communications relatives à la question II : « Des races humaines, des espèces animales et des milieux organiques envisagés au point de vue de leur aptitude à la tuberculose. »

A trois heures de l'après-midi, suite de ces communications et questions diverses.

Dimanche 29 *juillet*. — A une heure de l'après-midi, visite à l'École vétérinaire d'Alfort, présentations d'animaux malades et autopsies d'animaux tuberculeux.

Lundi 30 *juillet*. — A neuf heures du matin, communications relatives à la question III. « Voies d'introduction et de propagation du virus tuberculeux dans l'économie. Mesures prophylactiques. »

A trois heures de l'après-midi, suite de ces communications et questions diverses.

Mardi 31 *juillet*. — Communications relatives à la question IV. « Diagnostic précoce de la tuberculose chez l'homme. »

A trois heures de l'après-midi, suite de ces communications et questions diverses. A cinq heures, séance de fermeture du Congrès.

Le programme détaillé de chaque séance sera imprimé la veille et distribué le matin.

MM. les membres du Congrès sont instamment priés de vouloir bien remettre à MM. les Secrétaires le résumé de leur communication à la fin de la séance où ils auront pris la parole.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêtés ministériels, en date du 16 juillet 1888, ont été nommés membres des comités d'organisation des congrès internationaux qui doivent s'ouvrir à Paris en 1889.

Congrès de dermatologie et de syphiligraphie. — MM. les docteurs Besnier, Feulard, Fournier, Hallopeau, Quinquaud, Tenneson, Vidal.

Congrès d'hydrologie et de climatologie. — MM. les docteurs Caulet, Danjoy, Fines, Japhet, Leudet, de Ranse, Schlemmer, Tillot.

Congrès d'hygiène. — MM. les docteurs Bergeron, Bourneville, Brouardel, Chautemps, Léon Colin, Cornil, Dubrisay, Dujardin-Beaumetz, Gariel, Gavarret, Grancher, Levraud, A.-J. Martin, Napias, Peyron, Pouchet, Proust, Rochard, Trélat, Thévenot, Vallin.

Congrès de physiologie. — MM. Arloing, d'Arsonval, Beaunis, Berthelot (de l'Institut), Bouchard, Brown-Séquard (de l'Institut), Charrin, Chauveau (de l'Institut), Cornil, Dumontpallier, Dupuy, Mathias-Duval, François-Frank, Gley, Grimaux, Jollyet, Lépine, Marey (de l'Institut), Ollier, Pasteur (de l'Institut), Ranvier (de l'Institut), Charles Richet, Rouget, Straus.

Congrès de thérapeutique. — MM. Bardet, Blondel, Boymond, Bucquoy, Créquy, Delpech, Dujardin-Beaumetz, Féréol, Fernet, Guéneau de Mussy, Labbé, Mayet, Moutard-Martin, Constantin Paul, Petit, Vidal, Vigier.

— Parmi les colonels nommés le 9 juillet dernier, nous sommes heureux de relever le nom d'un de nos confrères, M. Frédéric Canonge, docteur en médecine, colonel du 139e d'infanterie.

— A la suite des premières épreuves éliminatoires du concours du clinicat obstétrical, MM. Boissard, Bonnaire, Ollivier et Tissier ont été déclarés admissibles aux épreuves définitives.

— *Hospices civils de Marseille.* — Un concours, pour la nomination à cinq places d'élèves en pharmacie, sera ouvert le 27 août 1888, à trois heures de l'après-midi, dans l'amphithéâtre des concours de l'Hôtel-Dieu.

Les élèves qui voudront concourir devront se faire inscrire au secrétariat de l'Administration des hospices, à l'Hôtel-Dieu, de neuf heures à midi et de trois à cinq heures du soir, jusqu'au 20 août inclusivement.

— Le conseil municipal de Paris a voté, dans sa séance de vendredi dernier, 20 juillet 1888, la construction de pavillons isolés à l'hôpital des Enfants-Malades et à l'hôpital Trousseau, pour les enfants atteints ou même simplement suspects d'affections contagieuses.

— *Faculté des sciences de Paris.* — Le mercredi 25 juillet 1888, à deux heures et demie, M. Courchet soutiendra, pour obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles, une thèse ayant pour sujet : « Recherches sur les Chromoleucites. »

— L'Académie des sciences vient de faire une nouvelle perte en la personne de M. Henri Debray, professeur de chimie à la Faculté des sciences de Paris, décédé à l'âge de soixante et un ans, le 20 juillet 1888. M. Debray appartenait à la section de chimie et avait été élu en 1877, en remplacement de Balard.

— Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Bacquias, ancien député de l'Aube, décédé le 19 juillet, à l'âge de soixante-trois ans.

— M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, fera, du dimanche 5 août au dimanche 12 août 1888, une excursion géologique en Normandie.

Première journée, 5 août, départ de Paris pour Bagnoles (Orne). — Deuxième journée, 6 août, de Bagnoles à Condé-sur-Noireau. — Troisième journée, 7 août, de Condé-sur-Noireau à Caen. — Quatrième journée, 8 août, la vallée de la Laize. — Cinquième journée, 9 août, de Caen à Trouville. — Sixième journée, 10 août, de Trouville à Honfleur. — Septième journée, 11 août, le Havre. — Huitième journée, 12 août, visite du Havre et retour à Paris.

Le rendez-vous, à Paris, est à la gare Montparnasse (cour d'en haut), le dimanche 5 août, à huit heures du matin. On prendra le train express pour Bagnoles. Pour profiter de la réduction de 50 p. 100, sur le prix des places en chemin de fer, il est indispensable de s'inscrire avant le vendredi 3 août 1888, à quatre heures du soir, au laboratoire de géologie du jardin des Plantes.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'importante communication de M. Verneuil sur la méthode de Moore devait fatalement entraîner une discussion, non plus seulement sur cette méthode, mais bien sur les divers traitements des anévrysmes. De la méthode de Moore, en effet, il n'est presque plus question. M. Dujardin-Beaumetz, qui a pris la parole dans cette séance, n'en a parlé que pour la condamner absolument avec M. Verneuil. Cette condamnation de la filipuncture par M. Beaumetz n'a été qu'une entrée en matière pour parler de l'électropuncture, ou méthode de Ciniselli, qu'il a, le premier, en France, appliquée au traitement des anévrysmes de la crosse de l'aorte.

C'est à un médecin français, Pétrequin (de Lyon), qu'est due la première application de l'électricité au traitement des anévrysmes. Il s'agissait, dans ce premier cas, qui date de 1845, d'un anévrysme de l'artère temporale, et, pendant quelques années, cette méthode fut exclusivement employée au traitement des anévrysmes externes. C'est à Ciniselli que revient l'honneur d'avoir fixé les règles de l'application de l'électrolyse au traitement des anévrysmes de l'aorte. Pendant longtemps, cette méthode ne fut employée qu'en Italie; puis nous la voyons appliquée successivement en Angleterre par Anderson en 1870, en Allemagne par Frantz Fisher en 1875, en Amérique par Bowditch en 1876, enfin en France par M. Dujardin-Beaumetz en 1877.

Cette méthode a, sur celle de Moore, l'immense avantage de n'être pas dangereuse et d'être d'une application simple et facile. Malheureusement, elle n'a pas donné jusqu'ici de guérison complète et définitive; elle a seulement permis de prolonger pendant quelques mois, rarement pendant plusieurs années, trois ou quatre ans au plus, la vie des malades atteints d'anévrysmes de l'aorte, et cela sans leur faire courir aucun danger. Après l'avoir employée avec plus ou moins de succès, sur une vingtaine de malades, M. Dujardin-Beaumetz tend, aujourd'hui, à la délaisser pour le simple traitement médical par l'iodure de potassium, le seul qui paraisse avoir, jusqu'ici, donné des guérisons définitives.

Il semble donc, d'après ces faits véritablement encourageants, bien qu'encore trop rares, que les méthodes chirurgicales doivent être abandonnées dans le traitement des anévrysmes, pour l'emploi de l'iodure de potassium ou mieux de l'iodure de sodium. Nous verrons si, parmi les orateurs qui succéderont à MM. Verneuil et Beaumetz, il s'en trouvera qui chercheront à remettre en faveur l'une ou l'autre de ces méthodes.

M. Le Fort a fait une communication qui pourrait, à son tour, devenir le point de départ d'une grosse discussion. Contrairement à l'opinion universellement admise aujourd'hui par les chirurgiens, M. Le Fort n'attribue à l'air aucune influence sur les plaies; il nie que le germe de l'infection purulente puerpérale ou chirurgicale soit transmissible par l'air, et n'admet comme mécanisme de propagation que le transport, d'un individu malade à un individu sain, des germes du contage, par l'intermédiaire des doigts, des instruments, des éponges. Pour démontrer l'innocuité de l'air, même des salles d'hôpital, M. Le Fort a laissé toutes les plaies de ses opérés en contact permanent avec l'air atmosphérique, et il n'a pas obtenu de moins bons résultats que ses collègues. Il nous paraît impossible que les idées soutenues par M. Le Fort ne soulèvent pas de nombreuses protestations de la part des chirurgiens de l'Académie.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. HAYEM.

Tuberculose des nouveau-nés et tuberculose congénitale.

Par M. Paul HUGUENIN, interne provisoire des hôpitaux.

La question de la tuberculose infantile est encore actuellement à l'étude. C'est, en effet, une question assez neuve, qui renverse un peu les opinions des anciens auteurs transmises fidèlement de génération en génération. MM. Papavoine, Rilliet et Barthez, ne parlent que de cas de tuberculose observée chez des enfants au-dessus d'un an. D'autres auteurs, et particulièrement MM. Frobelius, Demme, Biedert, citent des cas de tuberculose infantile précoce, mais en général, et d'après leurs statistiques (1), ces cas seraient extrêmement rares. Depuis les travaux de MM. Damaschino, Lannelongue, Landouzy, si supérieurement exposés dans la thèse de M. Queyrat en 1886, on

(1) Thèse de Queyrat, 1886.

trouve de jour en jour de nouveaux matériaux pour fortifier le nouvel édifice. Aux onze observations de M. Queyrat, viennent se joindre quatorze observations consignées dans la thèse de M. Bosselut [1888] (1), et sept autres qui ont fait l'objet d'un savant mémoire de M. le docteur Landouzy (2). Bien d'autres observations, publiées ou non publiées, ont dû être recueillies sur le même sujet, si nous en jugeons par notre modeste pratique à la crèche de l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de notre vénéré maître, M. le professeur Hayem. Depuis cinq mois, nous avons observé déjà 16 cas de tuberculose viscérale chez des enfants d'un mois à vingt mois, en dehors de toute rougeole ou coqueluche, sur 127 ou 128 enfants traités. Certes ce nombre de cas a déjà une énorme importance et confirme pleinement les assertions de M. Landouzy : les tuberculoses, et spécialement les tuberculoses pulmonaires, méningées, hépatiques et spléniques, sont fréquentes chez les jeunes enfants. Mais notre but aujourd'hui n'est pas de venir répéter avec nos très humbles moyens les conclusions scientifiques si brillamment formulées par nos maîtres ; notre travail a pour objet la tuberculose des premiers mois, nous dirons plus, des premières semaines. Les observations de tuberculose, avant six mois, citées par MM. Queyrat et Bosselut, ajoutées à celles de M. le docteur Landouzy, sont au nombre de neuf. Le plus jeune de ces petits malades avait un mois et demi. Dans le *British Medical Journal*, de juin 1885 (20 juin), M. Angel-Money rapporte l'histoire d'une tuberculose généralisée chez un enfant de huit semaines. Nous venons d'avoir l'occasion d'observer quatre petits enfants de moins de six mois, atteints de tuberculose miliaire généralisée, dont l'un nous paraît tout spécialement intéressant : c'est un enfant venu avant terme à sept mois, ayant vécu, tant bien que mal, pendant sept semaines à peine et mort de tuberculose miliaire pulmonaire et splénique.

Observation I. — *Tuberculose miliaire généralisée ; méningite tuberculeuse.* — Le nommé H... (Léon), âgé de quatre mois et demi, entré le 15 février 1888, salle Vulpian, lit n° 15, service de M. le professeur Hayem.

Antécédents héréditaires : Parents habituellement bien portants, ne toussant pas et paraissant d'assez bonne constitution.

Antécédents personnels : Alimentation au sein. Pas de maladies antérieures, sauf un peu de bronchite depuis un mois.

Entré à l'hôpital pour cette bronchite, accompagnée de diarrhée verte, depuis huit jours. Pas de vomissements. Toux peu fréquente.

Actuellement, vomissements légers, diarrhée verte. Toux peu fréquente. Dans les poumons, respiration nulle aux bases, râles secs et fins aux sommets en arrière. Pas d'irrégularités du pouls, ni d'inégalité pupillaire.

Température : 38°4 ; poids : 4 900 grammes.

Tétées suffisantes toutes les deux heures. Acide lactique, douze cuillerées contre la diarrhée.

19 février. Persistance des selles vertes, comme il arrive souvent chez les tuberculeux, cris plaintifs. Anorexie.

Température : 37°8 ; pouls régulier : 120.

Yeux immobiles, hagards.

Diagnostic : Méningite tuberculeuse et bronchopneumonie.

20 février. Diarrhée moins verte. Convulsions. Inégalité pupillaire. Raie méningitique. Alternative de pâleur et de rougeur. Le soir, raideur de la nuque.

21 février. Même état. Strabisme interne. Nystagmus horizontal. Convulsions. Pas de vomissements.

(1) *Méningite tuberculeuse de jeunes enfants*, Thèse de doctorat, 1888.
(2) *Revue de médecine*, mai 1887, I.

Dans les deux poumons, râles sous-crépitants fins. Le soir mort.

Autopsie le 22.

Crâne : congestion encéphalique très intense. Hydropisie ventriculaire considérable.

Au niveau de l'artère sylvienne droite, traînée de granulations tuberculeuses et néo-membranes verdâtres.

Bulbe et cervelet : sains.

Thorax : plèvre viscérale et poumons infiltrés de granulations tuberculeuses miliaires, d'apparence mûriforme à la loupe.

Abdomen : Dans la rate et sur la face convexe du foie, nombreuses granulations grises confluentes en plusieurs endroits.

Rien au hile du foie.

Diaphragme parsemé aussi de granulations grises, particulièrement sous le feuillet pleural.

Péritoine et épiploons sains.

Pas de tuberculose ganglionnaire, ni intestinale.

Rien aux reins, ni aux organes génitaux.

Obs. II. — *Tuberculose miliaire généralisée pleuro-pulmonaire, hépatique, splénique et méningée.* — Le nommé Ch... (Léopold), âgé de quatre mois, entré le 23 mars 1888, salle Vulpian, lit n° 13, service de M. le professeur Hayem.

Antécédents héréditaires : père inconnu ; mère légèrement chloro-anémique, ne toussant jamais. Une seule grossesse. Allaitement au sein, mais lactation médiocre.

Antécédents personnels : L'enfant tousse, dit la mère, depuis huit jours au plus, il est pâle et maigrit rapidement. Cependant l'appétit est conservé. Pas de diarrhée. Pas de vomissements.

État actuel : à l'entrée, l'enfant est très pâle, somnolent, dyspnéique, un peu amaigri. Pèse 5 300 grammes.

Dans les poumons : râles sous-crépitants fins aux deux bases en arrière. Pas de différences à la percussion. Expiration poussée, pénible.

Abdomen ballonné. Pas de diarrhée. Tétées assez bonnes. Pas de convulsions.

Température : 38°2 ; pouls : 110.

Agitation la nuit.

Ipéca, Todd, sinapisation.

Diagnostic : bronchopneumonie double, sans foyer circonscrit.

Les jours suivants, même état, toux quinteuse, respiration saccadée, expiration forte, pénible, somnolence, abattement, cris faibles, plaintifs.

Températures : 39 degrés, 39°2, 39°4.

Les râles sont toujours fins, disséminés, mais semblent envahir toute la hauteur des deux poumons.

A la base du poumon gauche en arrière, râles plus gros, secs au moment de l'inspiration, ayant un timbre musical.

A la percussion, submatité à peu près égale partout. Il est bien certain que la bronchite capillaire a tout envahi, et que le parenchyme pulmonaire se densifie.

Todd, ext. qq. 2 grammes ; bains, cataplasmes sinapisés, Todd et sirop d'éther.

4 avril. La température affecte un type renversé, presque tous les soirs, on note un abaissement de quelques dixièmes.

4 avril, 38 degrés le matin ; 37°6 le soir.
7 — 38 — — 37 degrés le soir.
10 — 39°2 le matin ; 38°2 le soir.

L'état général est toujours médiocre. L'amaigrissement continue. Poids 4 800 grammes.

L'appétit diminue peu à peu. L'enfant ne se réveille que pour se plaindre, cependant il n'a pas de convulsions, et son facies n'exprime pas de vives souffrances. Pas de diarrhée. Toux persistante.

Ipéca, Todd, sirop d'éther, bains.

22 avril. A la suite d'une petite poussée congestive du côté des poumons, accompagnée d'une température de 39°4 et 39°2, on administre 50 centigrammes d'antipyrine en trois fois. La température tombe à 37°4, mais le lendemain, l'enfant est pris de

vomissements et une nouvelle ascension a lieu : 38°4, 39 degrés, 40°2.

25 avril. L'enfant refuse le sein et commence à avoir quelques selles vertes bilieuses. Dans la journée, il a des convulsions assez violentes, des vomissements, de la raideur de la nuque, des alternatives de rougeur et de pâleur. Le ventre est ballonné et paraît un peu douloureux. Enfin, les bronches capillaires sont de plus en plus obstruées par des bouffées de râles extrêmement nombreux. Dyspnée. Battement des ailes du nez. Un peu de cyanose des lèvres. Rien aux pupilles. Bains. Chloral 25 centigrammes.

Les jours suivants, persistance des convulsions malgré les bains et le chloral.

Mort le 28, au milieu des convulsions.

Autopsie le 30 avril.

Thorax : plèvre et poumons farcis de granulations miliaires confluentes.

Ganglions trachéo-bronchiques extrêmement hypertrophiés, caséeux au centre.

Pas de foyer de ramollissement dans les poumons.

Cœur et péricarde : sains.

Abdomen : foie, tubercules nombreux sur la face convexe et au hile. Tubercules miliaires dans l'épaisseur du parenchyme.

Rate : tubercules gros comme des grains de chènevis confluents.

Pas de péritonite localisée.

Intestin, mésentère : rien à noter.

Reins, organes génitaux : sains.

Crâne : tuberculose méningée localisée sur le trajet de l'artère sylvienne gauche. Pas de néo-membranes, ni de pus sous les méninges. Hydropisie ventriculaire légère. Environ deux cuillerées à bouche de liquide.

Obs. III. — La nommé D... (Jeanne), âgée de deux mois, entrée, le 21 mars, salle Vulpian, lit n° 4, service de M. le professeur Hayem.

Antécédents héréditaires : père habituellement bien portant. Mère ayant un sommet suspect, avec une pleurésie subaiguë du même côté. Elle a eu trois enfants dont l'un avant terme. Le deuxième et le troisième sont seuls vivants. Ils sont nés à terme, et paraissent bien portants. Le dernier est une fille, venue au monde, le 29 janvier dernier. Depuis sa dernière couche, la malade s'affaiblit et tousse ; elle part au Vésinet, où elle fait une pleurésie droite avec épanchement. Après l'application de sept vésicatoires qui aggravent l'état de la malade, elle revient à l'hôpital et entre à Saint-Antoine, salle Vulpian, n° 4.

L'enfant a été élevée au sein pendant les huit premiers jours, mais la mère, n'ayant pas de lait, s'est vue forcée de lui donner le biberon. Nourrie assez régulièrement, l'enfant n'a ni diarrhée, ni dyspepsie, mais, depuis quinze jours, elle a un écoulement d'oreille purulent et fétide, du côté droit.

État actuel : entrée le 21 mars 1888, l'enfant paraît assez bien portante. Elle pèse 3 950 grammes. Le facies est un peu maigre et inquiet, le regard terne et somnolent. Mais dans les poumons on ne trouve aucun signe sthétoscopique net. L'abdomen est un peu aplati, rétracté.

Contre l'otorrhée, on prescrit des insufflations et des irrigations boriquées.

Diagnostic : otite moyenne, probablement tuberculeuse, chez une enfant de souche tuberculeuse.

Pendant les derniers jours de mars et les premiers jours d'avril, l'enfant se soutient à peu près. Elle n'a ni toux, ni fièvre, ni diarrhée.

Mais le 7 avril, surviennent quelques convulsions à la suite d'un arrêt brusque de l'écoulement d'oreille. La température monte à 38 degrés. L'enfant est somnolente et pousse des cris plaintifs. Elle ne pèse que 3 800 grammes. Dans les poumons, on perçoit nettement des râles fins disséminés de bronchite capillaire, surtout aux bases en arrière. Un peu de diarrhée, abdomen un peu ballonné, convulsions surtout dans les membres supérieurs des deux côtés, alternatives de rougeur et de pâleur.

Diagnostic : méningite tuberculeuse par propagation de l'otite et lésion du rocher probable.

Le 10 avril, l'enfant succombe dans le coma.

Autopsie, thorax : les deux poumons sont remplis de tubercules miliaires formant un semis extrêmement fin et grisâtre. Aux bases, atélectasie complète des deux lobes.

Ganglions trachéo-bronchiques hypertrophiés.

Cœur et péricarde : sains.

Abdomen : foie et rate parsemés de tubercules miliaires sur leurs faces convexes.

Reins normaux.

Intestin : en plusieurs points de la muqueuse, on trouve de petites ulcérations de 2 à 3 millimètres de diamètre, principalement dans l'iléon.

Ganglions mésentériques tuméfiés, caséeux au centre.

Crâne, cerveau, méninges : congestion méningée très intense. A la base, au niveau de la sylvienne droite, léger exsudat purulent ; sur les parois de l'artère, traînées de granulations blanchâtres très apparentes.

Un peu d'hydropisie ventriculaire. Rocher perforé à sa partie antéro-interne d'un petit pertuis artificiel d'où s'écoule une gouttelette de liquide louche. La caisse du tympan est à peu près entièrement détruite par la suppuration ; quant à l'oreille interne, elle est seulement traversée par une sorte de petit canal que s'est creusé le pus au-devant du limaçon.

La propagation de l'otite aux méninges paraît donc assez nette et indiscutable.

Obs. IV. — *Tuberculose miliaire pleuro-pulmonaire et splénique chez un enfant venu avant terme à sept mois, et ayant vécu sept semaines.* — Le nommé P... (François), né avant terme, dans son huitième mois, entré le 14 mai 1888, salle Vulpian, lit n° 3, service de M. le professeur Hayem.

Antécédents : père très bien portant, ne toussant jamais. Mère tuberculeuse depuis deux ans, a eu trois accouchements.

Le premier à terme, il y a trois ans. L'enfant est très vigoureux maintenant.

Le deuxième avant terme, à six mois, l'an dernier ; l'enfant a vécu huit jours.

Depuis ce moment, toux, diarrhée, amaigrissement, sueurs nocturnes.

Le troisième a eu lieu, le 21 avril dernier, encore avant terme, à sept mois. C'est notre petit malade. Actuellement, la mère présente une entérite tuberculeuse généralisée, et du ramollissement du poumon gauche. Le foie paraît altéré aussi. Pas d'albumine dans les urines.

L'enfant n'a pas été pesé à sa naissance. Il est maigre et chétif et sa mère le nourrit au sein depuis trois semaines. Il tète avec avidité et d'après son cri on pourrait le croire assez vigoureux. Jusqu'à la troisième semaine, il n'a eu ni vomissements, ni diarrhée verte.

Actuellement : 14 mai. L'enfant tousse un peu et rejette le lait qu'on lui fait prendre. Ses selles sont franchement vertes.

Température : 38 degrés ; pouls 110 ; poids, 2500 grammes.

Rien à noter dans les poumons, sauf de petits râles secs et fins aux deux bases. La rate paraît grosse et déborde les fausses côtes.

Dès l'entrée, en présence de l'état cachectique de la mère, on n'hésite pas à supprimer l'allaitement au sein.

On donne en vingt-quatre heures 300 grammes de lait de vache bouilli et coupé aux trois quarts d'eau sucrée.

Pesées le 16 mai 1888	2630 grammes.
— le 23 mai 1888	2708 grammes.
— le 30 mai 1888	2 kilogs.
— le 6 juin 1888	2 kilogs.

Jusqu'alors l'enfant se soutient tant bien que mal ; il ne vomit plus et n'a plus de diarrhée verte, grâce à l'acide lactique. Cependant le 10 juin, l'enfant commence à dépérir de plus en plus, il a des régurgitations lactées, refuse le lait, pousse des cris plaintifs et reste somnolent presque toute la journée. Le ventre est bal-

lonné, un peu douloureux, la diarrhée a fait place à une constipation opiniâtre.

Diagnostic : athrepsie chronique par sevrage du sein. Bronchite capillaire, insuffisance de l'hématose.

Traitement : hygiène alimentaire rigoureuse.

Todd; ouate aux jambes; calomel 10 centigrammes, sinapisation.

12 juin. Quelques selles gris-verdâtre; dans les poumons, un peu de submatité du côté droit. Respiration faible, incomplète, nulle dans les lobes inférieurs, expiration poussée et pénible, râles fins en avant et en arrière à la partie moyenne.

Température : matin, 38 degrés; soir, 38°6.

13 juin. Constipation, somnolence, anorexie, dyspnée.

Poids : 2885 grammes; température, 38°2.

17 juin. Anorexie absolue, vomissements, constipation. Aucun phénomène nouveau dans les poumons. Les extrémités sont froides et cyanosées.

Todd, injection d'éther.

L'enfant succombe sans convulsions, à deux heures du matin, le 18 juin, en pleine asphyxie.

Autopsie le 19 juin.

Poids : 2720 grammes.

Thorax, cœur et péricarde : sains.

Plèvres et poumons : plèvre pariétale entièrement saine sur toute son étendue. Plèvre viscérale parsemée de fines granulations grises, surtout en arrière des lobes inférieurs.

Poumons droit et gauche augmentés de densité, ne crépitent que très incomplètement. Ils sont farcis dans toute leur épaisseur de tubercules miliaires mûriformes.

Au sommet du poumon gauche se trouve une cavernule de 2 à 4 millimètres de diamètre. Le contenu est purulent. Examiné au microscope après coloration par les procédés de Neelsen et d'Erlich, ce pus contient des bacilles de Koch en assez grand nombre. Ganglions trachéo-bronchiques un peu hypertrophiés, non caséeux.

Le thymus n'a pas été examiné. Abdomen, péritoine et épiploons : sains.

Ganglions mésentériques non caséeux, un peu tuméfiés.

Intestins : muqueuse un peu congestionnée, tuméfaction des plaques de Peyer. Pas d'ulcérations, ni de granulations.

Foie peu volumineux, un peu gras à la coupe. Pas de granulations tuberculeuses sur la face convexe, ni dans le parenchyme.

Pas de ganglions au hile. Pas de périhépatite.

Veine ombilicale paraissant saine sur toute sa longueur, aucune granulation visible à l'œil nu.

Rate très volumineuse pesant 40 grammes, parsemée de granulations tuberculeuses, principalement à son extrémité supérieure, où se trouve un gros tubercule caséeux ayant le volume d'un petit pois.

Reins : aucune lésion macroscopique, hydrocèle vaginale double communiquant avec le péritoine par un étroit pertuis.

Testicules : sains.

Crâne : méninges et cerveau, aucune trace de congestion, aucune granulation sur les rameaux artériels. Pas d'hydropisie ventriculaire.

Avant de terminer, nous demandons la permission d'insister un peu sur cette dernière observation, dont l'intérêt nous paraît considérable. On n'a pas encore eu, que nous sachions, l'occasion de vérifier d'une manière aussi indiscutable l'existence de la tuberculose viscérale chez le nouveau-né et même chez le fœtus. Il reste cependant à démontrer que notre petit malade, venu avant terme, est né avec des tubercules dans les organes. Comme premier argument contre cette hypothèse, on peut objecter que l'enfant a vécu environ sept semaines hors du ventre de sa mère, et qu'il a bien pu être contagionné pendant sa vie à l'air libre. D'ailleurs, n'a-t-il pas tété sa mère pendant trois semaines? Un second argument est le suivant : si vous admettez la tuberculose congénitale, comment les poumons, qui n'ont pas de fonction importante pendant la vie intra-utérine, sont-ils surtout atteints? Pourquoi la veine ombilicale et le foie, dont le fonctionnement est très actif, et qui reçoivent les premiers les matériaux assimilables de l'organisme maternel, ne présentent-ils aucune trace de tuberculose? Il est bien plus rationnel d'admettre que l'enfant né avant terme, c'est-à-dire dans un état d'infériorité énorme pour engager la lutte pour l'existence, a été infecté par l'air ou par le lait, et a succombé à cet envahissement parasitaire.

Nous essaierons de répondre à ces arguments, assez valables en apparence. L'enfant a vécu sept semaines à l'air libre, mais la tuberculose miliaire, accompagnée en certains points de foyers de ramollissement, évolue-t-elle aussi rapidement? La marche même de la maladie se prête peu à l'hypothèse d'une infection secondaire. Une tuberculose généralisée, aussi intense, aurait présenté des symptômes plus aigus. Les voies digestives auraient été aussi atteintes que les poumons. Quant à l'allaitement au sein, bien des exemples prouvent que la tuberculose ne s'est pas inoculée par cette voie. Tout d'abord, l'enfant aurait eu des ulcérations intestinales, des tubercules du foie. Nous avons, d'ailleurs, un certain nombre d'observations d'enfants nourris par leur mère, malgré une tuberculose pulmonaire assez avancée, et néanmoins très bien portants.

Le second argument, concernant l'activité fonctionnelle du foie et le peu d'importance du poumon chez le fœtus, a beaucoup moins de valeur que le premier. La tuberculose ne se trouve-t-elle pas dans dans l'œuf même, et l'infection peut-elle se faire à travers les villosités placentaires, puisque les deux sangs, maternel et fœtal, ne communiquent pas directement? Si les bacilles étaient dans l'ovule, pourquoi alors le plus ou moins d'importance d'un viscère pour expliquer son invasion par la tuberculose? Nous ne nous dissimulons pas que la présence de tubercules dans le foie et l'absence totale de vie extra-utérine n'eussent été plus probantes en faveur de la tuberculose congénitale. Mais, en attendant cette constatation idéale chez l'homme, nous nous appuierons sur l'observation célèbre de Johne, de Dresde (1), dans laquelle il est question d'un fœtus de veau atteint de tuberculose pulmonaire et hépatique et recueilli directement dans l'utérus de sa mère. Nous avons donné les raisons pour lesquelles nous croyons pouvoir rapprocher notre observation de celle de M. le professeur Johne; mais nous nous hâtons d'ajouter : ces premières recherches en appellent d'autres; la tuberculose des nouveau-nés est un chapitre tout récent de l'histoire de la tuberculose. Depuis longtemps cette terrible maladie moissonne dans le champ de la première enfance, sans qu'on ait paru s'en apercevoir.

SUR LES EFFETS DES ARMES NOUVELLES

(FUSIL MODÈLE 1886, DIT LEBEL)

ET DES BALLES DE PETIT CALIBRE A ENVELOPPE RÉSISTANTE (2).

Par MM. Chauvel et Nimier.

Nos expériences, faites à l'amphithéâtre des hôpitaux au mois de février dernier, grâce à la bienveillance de M. le professeur Tillaux et avec le concours de nos collègues de l'armée, MM. les docteurs Breton et Pesme, confirment en partie, les résultats

(1) In *Wiener medizinische Blaetter*, n° 15 (9 avril 1885).

(2) Note présentée à l'Académie des sciences.

communiqués par nous, en février 1887, à la Société de chirurgie (1), et les complètent. Pratiquées avec des charges *réduites*, à toutes les distances, depuis 2000 mètres jusqu'à bout portant, elles sont antérieures aux recherches analogues de M. Delorme (2), dont les conclusions, du reste, ne diffèrent que peu des nôtres.

Voici un résumé succinct de nos observations :

1° *Lésions cutanées.* — *a.* Les ouvertures d'entrée sont arrondies, taillées à l'emporte-pièce, d'un diamètre parfois égal, mais plus souvent inférieur à celui du projectile; elles sont d'autant plus petites que la vitesse est plus grande.

b. Les ouvertures de sortie sont irrégulières, en fente, en étoile, et d'un diamètre plus variable; mais elles sont presque toujours insuffisantes pour permettre l'exploration digitale.

2° *Tissus fibreux.* — Les perforations, fentes, déchirures, sont d'ordinaire plus petites que les ouvertures cutanées.

3° *Nerfs, muscles, tendons.* — Les nerfs, comme les tendons, échappent facilement à l'action des projectiles. Si la balle frappe un muscle perpendiculairement à la direction de ses fibres, elle y creuse un canal d'autant plus large que la distance est plus rapprochée; si elle atteint le corps charnu très obliquement, parallèlement à ses faisceaux, le trajet est étroit, tellement étroit, qu'il peut échapper aux recherches.

4° *Vaisseaux.* — Les artères et les veines sont perforées, échancrées ou coupées nettement, les bouts sectionnés restent béants dans la plaie, les tuniques divisées ne se rétractent pas sensiblement.

5° *Os spongieux.* — La balle, par *pression directe*, broie les tissus spongieux (sillons, gouttières, canaux); par *pression latérale*, elle les fait éclater, et cet éclatement se traduit par des fissures radiées et concentriques, par des esquilles longitudinales, au voisinage de la perforation et principalement au trou de sortie.

6° *Os compacts.* — La même action se traduit ici par la formation de longues fissures, aux grandes distances, sans destruction étendue du périoste, par le broiement de l'os, de la moelle, la multiplicité et la disjonction des esquilles à partir de 600 mètres et en deçà.

7° *Arrêt, déformation des balles.* — Dans aucune de nos expériences, même à 1800 et 2000 mètres, le projectile, si grande qu'ait été la résistance, ne s'est arrêté dans les parties frappées; dans aucune de nos expériences, les balles ne sont divisées, aplaties ou même sensiblement déformées par le choc sur les os les plus résistants. A l'avenir, la chirurgie n'aura plus à se préoccuper de la recherche et de l'extraction des balles.

8° *Comparaison avec les anciennes balles.* — Comparés aux balles de plomb dur ou mou, essentiellement déformables, les projectiles à enveloppe résistante du fusil Lebel ont l'avantage : (*a*) se déformant à peine et exceptionnellement, de ne produire d'*effets explosifs* qu'aux distances très courtes, 200 mètres et en deçà; (*b*) de faire dans les parties molles des trajets rectilignes, plus étroits, moins contus ; (*c*) de ne pas s'arrêter dans les chairs. Il est vrai que les lésions osseuses qu'elles produisent nous ont semblé plus considérables pour les longues distances, surtout dans les os compacts et résistants; mais, en somme, si dans les guerres futures le nombre des blessés est plus grand, les blessures seront parfois moins sévères, et la chirurgie conservatrice continuera de s'exercer dans des conditions favorables, si elle sait être résolument antiseptique.

DES RÉFLEXES AURICULAIRES

Par M. le docteur Gellé.

Dans la première partie de ce travail, l'auteur expose les méthodes délicates qui lui sont personnelles pour l'examen et la constatation du jeu fonctionnel de l'appareil de conduction et d'accommodation de l'oreille. La mobilité de l'étrier est rendue appréciable par un artifice expérimental simple et pratique ; et l'atténuation du son du diapason-vertex, par les pressions centripètes, en est la caractéristique ; c'est là un progrès sérieux de la séméiologie ; cette épreuve des pressions est devenue classique.

Dans le chapitre suivant, l'auteur démontre l'association fonctionnelle des deux organes auditifs dans l'accommodation ; et, au moyen de nouvelles expériences, faciles à exécuter dans la pratique, il rend l'acte même de l'accommodation binauriculaire manifeste. Le clinicien tire aussitôt parti de cette enquête physiologique. Sous l'influence des pressions exercées sur l'oreille droite, par exemple, le sujet annonce que le son du diapason posé en face de la gauche s'atténue, à chaque pression. Cet affaiblissement du son aérien, à l'appui du point où la pression s'exerce, est un fait curieux et démonstratif de l'association des appareils d'accommodation. On peut ainsi étudier les troubles de l'accommodation binauriculaire. Le champ de l'exploration s'en trouve agrandi d'autant.

Dans cette épreuve de la synergie des mouvements d'accommodation dans les deux organes de l'ouïe, l'oreille pressée exécute un mouvement passif; mais l'oreille libre se meut d'une façon active ; de ce côté, l'effort d'adaptation est actif.

En clinique, on peut donc ainsi observer désormais l'énergie ou la parésie des muscles moteurs de la chaîne des osselets. L'incapacité de l'accommodation binauriculaire, la mobilité de l'étrier et des osselets étant manifeste, semble en être le signe nouveau.

Quand l'épreuve des synergies est négative, les pressions centripètes montrant la fixité de l'étrier, c'est qu'une double ankylose a raidi les deux organes : pas de mouvements possibles, pas d'accommodation. Mais l'association synergique, dans l'accommodation binauriculaire, peut faire défaut, bien que les épreuves qui démontrent la mobilité de l'appareil conducteur, du tympan à l'étrier, fournissent les résultats normaux. Les osselets se meuvent, les muscles moteurs agissent des deux côtés; cependant, aucune transmission motrice n'a lieu de l'un à l'autre.

Quelle est donc la source de cette accommodation binauriculaire ? Quel lien unit les deux appareils dans leurs mouvements intérieurs ?

Une excitation partie de droite aboutit à une action motrice à gauche : voilà le fait. C'est un acte involontaire, inconscient; c'est un réflexe. Quel est son point de départ? le mouvement imposé à l'appareil transmetteur d'un côté, c'est-à-dire les sensations musculaires, tendineuses, articulaires, etc. L'auteur prouve, faits en mains, que chez les hémi-anesthésiques, le phénomène se produit comme à l'état normal; on ne peut donc admettre comme origine du réflexe, ni l'excitation du nerf acoustique, ni celle de la sensibilité générale (5e paire). C'est le grand sympathique qui conduit ces multiples sensations liées aux mouvements.

A quel point du système nerveux aboutit l'excitation? Quelle partie est le centre du réflexe constaté ?

L'auteur, par une analyse critique, élimine tour à tour le cerveau, le bulbe et le cervelet, au moins dans les conditions spéciales de son expérience.

En définitif, quand on observe l'atténuation du son du diapason placé en face de l'oreille droite, par suite de la pression faite sur la gauche, on constate l'existence d'un réflexe normal, d'accommodation binauriculaire. Ici, une déduction logique s'impose. Quand ce réflexe binauriculaire manque, toutes les autres conditions restant normales du reste, il faut bien admettre que c'est le centre réflexe lui-même qui est atteint. La recherche de ce centre réflexe otique fait l'objet de la dernière partie du travail, tout entière clinique. L'auteur, passant en revue toutes les maladies de la région cervicale, a recherché les affections nerveuses, médullaires surtout, dans lesquelles, les oreilles et l'audition restant normales, le réflexe binauriculaire faisait défaut, se guidant sur la notion du centre réflexe papillaire. Il a trouvé ce réflexe altéré, disparu, dans huit observations bien nettes de pachyméningites cervicales. C'est dans les services de MM. Dujardin-Beaumetz, Damaschino et de M. le professeur Charcot, que ces faits ont été observés.

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1887, p. 149.
(2) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 587.

S'appuyant sur la disparition du réflexe otique dans ces lésions médullaires, M. Gellé se croit autorisé à conclure que le centre réflexe de l'accommodation binauriculaire est situé dans la moelle et dans la région cervicale.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 juillet 1888. — Présidence de M. Hérard.

COMMUNICATIONS

Des réflexes auriculaires; de l'existence d'un centre réflexe oto-spinal; de son siège dans la moelle cervicale. — M. GELLÉ fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 789.)

La variole à la Villette. — M. CRÉQUY rappelle que, dans le courant d'octobre dernier, il appela l'attention de l'Académie sur les dangers résultant de l'établissement d'un hôpital de varioleux à proximité de l'usine à gaz de la Villette. Les faits de contagion, peu nombreux à cette époque, se sont multipliés depuis; 30 nouveaux cas se sont produits, dont huit ont été mortels.

Assurément ces accidents ne se produiraient pas si la revaccination des employés était bien faite. Mais, malgré les efforts de l'administration et les miens, dit M. Créquy, c'est à peine si une quarantaine d'ouvriers se présentèrent au jour indiqué pour les vaccinations. Aussi la Compagnie des chemins de fer de l'Est vient-elle d'édicter le règlement suivant :

A l'avenir, nul ne sera admis au service de la Compagnie, à quelque titre que ce soit, s'il ne fournit la preuve qu'il a été revacciné depuis moins de huit ans. Il serait désirable que toutes les grandes administrations prissent la même mesure.

Pansement à l'air libre. — M. LÉON LE FORT rappelle qu'en 1871, Lister appliquait à tort à la chirurgie les belles découvertes de M. Pasteur sur les fermentations et promulguait sa célèbre doctrine. Il pensa que l'action des ferments de l'air était la cause de la suppuration et, par l'emploi de l'acide phénique, il chercha à détruire ces ferments dans l'air et sur la plaie. Lister détruisait ainsi sans le savoir le germe contage, et on obtint une grande diminution de la mortalité nosocomiale.

Mais on arriva bientôt à l'exagération. On crut que l'air renfermait, sous forme de microbes spéciaux, les germes de toutes les complications des plaies. On a une telle frayeur de ces germes qu'on suppose exister dans l'air et dans l'eau, qu'on va jusqu'à exiger des amphithéâtres spéciaux pour certaines opérations, à défendre l'accès des amphithéâtres, etc. On protège la plaie par les pansements les plus compliqués.

Il y a donc en présence deux doctrines : l'une, celle de Lister, acceptée par tous; l'autre, la plus ancienne en date, celle de M. Le Fort, qui n'attribue à l'air aucune influence, qui nie que le germe de l'infection purulente puerpérale ou chirurgicale soit transmissible par l'air, qui n'admet comme mécanisme de propagation que le transport, d'un individu malade à un individu sain, des germes du contage, par l'intermédiaire des doigts, des instruments, des éponges.

J'ai voulu démontrer, dit M. Le Fort, que l'air, même celui de nos salles d'hôpital, n'a aucune influence mauvaise sur les plaies, que les doctrines régnantes sont fausses. J'ai laissé toutes les plaies de mes opérés en contact immédiat, permanent, avec l'air atmosphérique. Tous mes opérés ont guéri sans aucun accident, sans suppuration et par première intention, ce qui renverse la doctrine de Lister.

A divers moments de l'opération, le lendemain, nous recueillons sur les plaies ce qui peut se trouver et avec l'aide de mon chef de laboratoire, M. de Gennes, nous faisons des cultures. Je ne parle pas encore des résultats, je les apporterai plus tard à l'Académie.

Au moment de quitter pour deux mois mon service, j'ai voulu prier ceux de mes collègues que le sujet intéresse, de me faire l'honneur de venir examiner, contrôler mes résultats actuels. Ils pourront ainsi m'éclairer à ce sujet ou préparer leurs objections pour une discussion ultérieure.

Exstrophie de la vessie. — M. LE FORT présente un jeune malade atteint d'exstrophie de la vessie. Il l'a opéré d'après un procédé nouveau. L'orateur fait remarquer que ces malades souffrent horriblement, qu'ils redoutent tout contact et qu'ils sont obligés, quel que soit leur sexe, de porter des habits féminins.

Pour remédier à l'exstrophie vésicale, il existe plusieurs procédés : l'un employé par Jules Roux et qui consiste à prendre le lambeau dans la peau du scrotum; l'autre mis en usage par A. Richard, qui prenait le lambeau dans la paroi abdominale.

En 1872, M. Le Fort fit pour la troisième fois, en France, cette opération. Il détacha le prépuce, à la base de la peau, y fit une fente dans laquelle il passa la verge et ramena ce lambeau sur la partie antérieure de l'abdomen où il le réunit au lambeau abdominal. Le malade guérit. Son malade actuel n'ayant pas de prépuce, le procédé fut légèrement modifié. Néanmoins l'oblitération est presque complète, il ne reste qu'un petit canal et l'urine s'écoule facilement dans un appareil spécial.

DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DES ANÉVRYSMES

M. DUJARDIN-BEAUMETZ est complètement d'accord avec M. Verneuil sur le peu d'avantages et les sérieux dangers de la méthode de Moore dans le traitement des anévrysmes de la crosse de l'aorte. Il rappelle, à ce sujet, avoir appliqué, le premier en France, en 1877, la méthode de Ciniselli ou l'électropuncture : ces premiers faits ont été publiés dans ses leçons de clinique thérapeutique. Depuis, il a apporté dans cette méthode certains perfectionnements. Il a traité ainsi une vingtaine de malades. Il a donc acquis sur la valeur de ce traitement une certaine expérience. Toutefois il n'a pas continué à y avoir recours et tend de plus en plus à l'abandonner. D'où viennent ce revirement et cette défaveur? 1° De l'impossibilité d'obtenir, par ce mode de traitement, une guérison complète et définitive des anévrysmes de la crosse de l'aorte; 2° des bons effets qu'il ao btenus de l'emploi des iodurés.

La méthode de Ciniselli ne constitue qu'un traitement palliatif; en effet, on obtient avec elle la formation d'un caillot dans la poche anévrysmale du côté de la peau. On arrête donc la marche de l'anévrysme seulement vers l'extérieur. Or, on sait que c'est du côté de la peau que la rupture se fait le plus rarement. L'électropuncture n'empêche pas la rupture interne qui est de beaucoup la plus fréquente. Elle calme les douleurs et arrête seulement la marche de l'affection vers l'extérieur.

L'emploi de l'iodure de potassium fut conseillé par Bouillaud. Depuis, les cas dans lesquels cette médication a été employée, se sont beaucoup multipliés. On possède aujourd'hui un assez grand nombre de cas de guérison définitive par ce médicament. Indépendamment de celui dont a parlé M. Verneuil, M. Dujardin-Beaumetz en possède deux autres dans lesquels la guérison définitive a été obtenue. M. Potain, de son côté, a aussi obtenu la guérison. Grâce à l'adjonction de la bière et du lait, l'iodure de potassium et surtout l'iodure de sodium, conseillé par M. Bouchard, est aujourd'hui bien toléré. M. Germain Sée a appelé l'attention sur les bons effets de l'antipyrine, jointe à l'iodure, pour calmer les douleurs des malades atteints d'anévrysmes. M. Dujardin-Beaumetz, dans le même ordre d'idées, a obtenu de très bons résultats aussi de la phanacétine.

En résumé, pour le traitement des anévrysmes de l'aorte, on doit s'en tenir au traitement médical par l'iodure de sodium; l'électropuncture peut être employée avec quelque avantage quand l'anévrysme menace de s'ouvrir à l'extérieur; quant à la méthode de Moore, elle doit être complètement abandonnée.

Étiologie et traitement de la fièvre jaune. — M. GIBIER rappelle avoir présenté à l'Académie des sciences le résultat de recherches qu'il a faites à la Havane sur la fièvre jaune. Dans la présente communication, il se propose de faire un résumé d'ensemble de ces recherches qu'il a complétées depuis lors.

1° Dans le sang, l'urine, la bile, la sérosité péricardique et les viscères (sauf le tube digestif), des sujets morts de la fièvre jaune,

on ne trouve, dans la très grande majorité des cas, aucun micro-organisme. A tel point qu'il est juste de se demander, dans les cas rares où l'on rencontre des microbes, s'ils ne se sont pas introduits accidentellement dans les cellules, d'autant mieux que, dans ces circonstances exceptionnelles, ils sont d'espèces variables. Cependant, on peut admettre comme possible leur entrée fortuite dans la circulation à la suite des lésions intestinales.

2° L'intestin des sujets atteints de fièvre jaune contient une matière noire, ou foncée, plus ou moins abondante et toxique, ainsi que le démontrent les expériences de M. Gibier.

3° De la matière noire prise dans l'intestin, il a isolé un bacille qui semble jouer un rôle important dans la coloration de cette substance, sinon dans la pathogénie de la fièvre jaune. Ce microbe noircit les corps en présence desquels il se développe. C'est un bacille tantôt droit et court, tantôt un peu plus allongé et courbe. Il liquéfie la gélatine. L'inoculation d'une petite quantité de son liquide de culture dans l'intestin des animaux (cobayes, chiens) provoque des accidents graves et même la mort avec formation dans l'intestin d'une matière analogue à celle qu'on observe chez l'homme qui succombe à la fièvre jaune. Les autres caractères de ce microbe sont les suivants :

Les cultures exhalent une odeur *sui generis* semblable à celle des vomissements noirs.

Une température de 60 degrés centigrades le détruit en dix minutes; un froid de 10 degrés au-dessous de zéro soutenu pendant une heure ne le tue pas.

La dessiccation, à l'air libre et à l'ombre, le fait périr en vingt-quatre heures. Il se cultive bien dans l'eau de mer, et vit au moins six mois, en contact avec des microbes vulgaires.

Une température supérieure à 20 degrés est nécessaire à son développement. Il ne paraît pas produire des spores. La forme allongée et onduleuse qu'il prend dans les cultures anciennes pourrait le faire ranger dans la classe des spirilles.

Si ce bacille est bien celui qui détermine les accidents du *vomito negro*, les caractères qui précèdent donneraient l'explication de ce fait, que la fièvre jaune ne s'observe pas endémiquement ailleurs que dans un certain nombre de ports de mer des pays chauds dont la vase renferme le germe d'une maladie pour ainsi dire inconnue à une très faible distance dans l'intérieur des terres.

4° La présence constante dans l'intestin d'une matière plus ou moins abondante toxique ; l'apparition précoce d'accidents gastro-intestinaux (vomissements, douleurs épigastriques, etc.) qui persistent ordinairement pendant toute la durée de la maladie ; le début brusque des accidents, l'absence de microbes dans le sang et dans les viscères autres que l'intestin, sont autant de caractères qui militent en faveur d'une théorie intestinale de la fièvre jaune.

Et si cette théorie est d'accord avec les faits, le traitement, que M. Gibier a indiqué dans une conférence aux médecins de la Havane (purgatifs répétés et désinfectants intestinaux), devra facilement avoir raison de la maladie qu'il est destiné à combattre.

Inversement : si un cas grave de l'hôpital civil de la Havane, auquel ce traitement a été appliqué avec succès, ne reste pas isolé, la théorie intestinale de la fièvre jaune pourra être considérée comme établie : *naturam morborum ostendunt curationes.*

RAPPORT

M. A. ROBIN fait, sur les eaux minérales, une série de rapports.

L'Académie se forme en comité secret pour la lecture d'un rapport de M. Proust sur les titres des candidats aux places de correspondants nationaux.

Faculté de médecine de Paris. — La dernière épreuve du concours du clinicat obstétrical a eu lieu, avant-hier lundi, à la clinique d'accouchements. M. le docteur Bonnaire a été nommé chef de clinique titulaire, et M. le docteur Boissard, chef de clinique adjoint.

Les questions données aux précédentes épreuves ont été : 1° Des tumeurs fibreuses de l'utérus, au point de vue de la dystocie ; 2° Des difficultés que peut présenter l'extraction du fœtus au troisième temps de la version pelvienne par manœuvres internes.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur J. Herbillon (de Soissons).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

neuil rappelle comment s'est constitué le comité, comment il a pu réunir les fonds indispensables à cette réunion scientifique, grâce au désintéressement d'un éditeur, à l'hospitalité bienveillante du doyen, et aux cotisations volontairement souscrites. Si le Congrès actuel est couronné de succès, il le doit aux prodiges d'activité et de dévouement de son secrétaire général, M. le docteur L.-H. Petit.

Au nom des professeurs et médecins de la Faculté, M. Verneuil, termine en remerciant chaleureusement les vétérinaires, pour leur heureuse initiative et l'empressement qu'ils ont mis à se rendre à leur appel.

Nous commencerons, dans le prochain numéro, l'analyse des différentes communications.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 17 juillet 1888, M. le docteur Gaché est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décrets, en date du 24 juillet 1888, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. l'aide-médecin Roux-Freissineng, docteur en médecine.

Au grade de pharmacien de deuxième classe. — MM. les pharmaciens universitaires de première classe Pellen, Claverin, Magnus.

— Par arrêté ministériel, en date du 25 juillet 1888, le nombre des places d'agrégés près les Facultés de médecine, mises au concours par les arrêtés des 13 et 19 juin 1888, est porté de vingt-neuf à trente et un.

Ces nouvelles places (30e et 31e) seront comprises dans la section de chirurgie (pathologie externe) et réservées : l'une à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, l'autre à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — Le 22 octobre 1888, s'ouvriront des concours pour six places de chef de clinique : deux de clinique médicale, une de clinique chirurgicale, une de clinique ophthalmologique, une de clinique des maladies cutanées et syphilitiques, une de clinique des maladies mentales.

Les candidats non nommés, qui auront cependant subi avantageusement les épreuves du concours, pourront être appelés, au besoin, à remplir temporairement les fonctions de chef de clinique, en l'absence des titulaires.

— *École de médecine de Marseille.* — M. Chapplain, professeur de clinique chirurgicale, est nommé, sur sa demande, professeur de pathologie externe et de médecine opératoire, en remplacement de M. Villeneuve, appelé à d'autres fonctions.

M. Villeneuve, professeur de pathologie externe et de médecine opératoire, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Chapplain, appelé à d'autres fonctions.

— *Hospices civils de Marseille.* — Un concours public sera ouvert à l'hôpital de la Conception, le lundi 26 novembre 1888, à trois heures, pour une place de chirurgien-adjoint à la Maternité.

— Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la commission administrative, huit jours au moins avant l'ouverture du concours.

Un concours, pour cinq places d'élèves internes, sera ouvert à l'Hôtel-Dieu, le lundi 3 décembre 1888, à huit heures du matin.

Un autre concours sera ouvert dans le même hôpital, pour cinq places d'élèves externes, le lundi 17 décembre 1888, à trois heures du soir. — Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration des hospices à l'Hôtel-Dieu.

— *Faculté des sciences de Paris.* — Le jeudi 2 août 1888, à trois heures de l'après-midi, M. Caralp soutiendra, pour obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles, une thèse ayant pour sujet : « Études géologiques sur les hauts massifs des Pyrénées-Orientales (Ariège, Haute-Garonne, vallée d'Aran). »

Le vendredi 3 août, à trois heures de l'après-midi, M. Kilian soutiendra, pour obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles, une thèse intitulée : « Description géologique de la montagne de Lure (Basses-Alpes). »

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur J. Jourjon (de Paris).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 87. — MARDI 31 JUILLET 1888. 61e ANNÉE. MARDI 31 JUILLET 1888. — N° 87.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CONGRÈS POUR L'ÉTUDE DE LA TUBERCULOSE

Séance du 25 juillet 1888. — Présidence de M. Chauveau.

COMMUNICATIONS

La tuberculose des muqueuses. — M. CORNIL fait observer que la pénétration des bacilles de la tuberculose, par leur simple contact avec les muqueuses, est un point des plus importants qui aient été mis en évidence par l'expérimentation. Il n'est point nécessaire que les muqueuses soient le siège d'aucune lésion qui serve de porte d'entrée au virus; c'est ce qui résulte des expériences de MM. Chauveau, Villemin, Parrot, Zurn, Dollinger, etc., sur des animaux nourris avec des fragments de tubercules, avec du lait de vache tuberculeuse, et qui se trouvaient ainsi atteints de tuberculose, intestinale d'abord, puis généralisée. Il en est de même pour la muqueuse pulmonaire, lorsqu'on fait inhaler aux animaux des liquides pulvérisés, contenant en suspension des molécules renfermant des bacilles de la tuberculose. M. Cornil a répété ces expériences et M. Dobroklonsky a analysé des centaines de coupes de l'intestin, pour voir la façon dont s'y comportent les bacilles. Il a vu qu'on y trouve déjà des tubercules visibles à l'œil nu, le quinzième jour après l'ingestion des bacilles. Il y avait en même temps des granulations en miniature dans le mésentère. Ce sont les ganglions lymphatiques du mésentère qui ont montré le plus tôt des lésions tuberculeuses. On y voyait des accumulations de cellules dès le quatrième jour et des tubercules bien nets dès le sixième jour. Les bacilles, peu nombreux dans les premiers jours, devenaient plus nombreux après vingt jours.

M. Cornil a étudié plusieurs utérus tuberculeux. Dans la plupart des faits, la tuberculose des organes génitaux de la femme débute par les trompes; et l'utérus, lorsqu'il est primitivement malade, paraît être infecté consécutivement à la descente du mucus caséeux sécrété par la trompe. Cependant, dans un cas, le col seul était envahi. Il s'agissait d'une malade opérée par M. Péan, qui pensait avoir affaire à une tumeur épithéliale. L'examen histologique des granulations tuberculeuses, leur siège au-dessous de l'épithélium, chez une femme n'ayant pas de manifestations pulmonaires ni péritonéales, pouvaient faire penser à une tuberculose due à la contagion par les voies sexuelles, mais on n'en a aucune preuve.

M. Cornil a introduit dans le vagin de plusieurs cobayes femelles deux ou trois gouttes de culture de bacilles de la tuberculose. M. Dobroklonsky a fait des préparations sur les utérus de ces cobayes et y a trouvé des lésions, d'abord simplement catarrhales, puis bacillaires. Cette expérience montre donc que l'infection de l'utérus est possible par la voie vaginale.

M. Cornil croit pouvoir conclure de ces faits que, dans une seule ingestion de quelques gouttes de culture dans l'intestin, on a toujours de la tuberculose, et les bacilles se rencontrent après cinq à six jours déjà dans les ganglions lymphatiques du mésentère. Il semble que l'absorption se fasse plus vite dans les lymphatiques.

Pour ce qui est de la muqueuse utérine, l'inoculation par l'absorption naturelle sur la muqueuse normale a lieu comme sur la muqueuse digestive, et se fait ainsi très rapidement, de façon que des tubercules soient déjà visibles au bout de quinze jours.

Dangers de la viande et du lait des animaux tuberculeux. — M. NOCARD a fait de nombreuses expériences à ce sujet. Le lait des animaux tuberculeux n'est-il virulent que quand la tuberculose a atteint les mamelles de ces animaux? La question ne semble pas encore absolument jugée. En attendant, il faut recommander aux mères de famille, de faire bouillir le lait qu'elles donnent à leurs enfants. Si ceux-ci n'acceptent pas le lait bouilli, il faut leur donner du lait de chèvre, la chèvre n'étant jamais tuberculeuse.

La viande provenant d'animaux tuberculeux peut-elle donner la tuberculose? M. Toussaint, considérant la tuberculose comme une maladie virulente *totius substantiæ*, en a conclu, que la viande de tout animal tuberculeux était dangereuse. Bouley accepta cette conclusion et conclut à la nécessité de la saisie totale. Depuis 1883, de nombreuses expériences ont été faites qui ont permis d'aboutir au décret actuellement en vigueur et qui consiste à n'exclure de l'alimentation que les viandes provenant d'animaux atteints de tuberculose généralisée.

M. Nocard a fait lui-même de nouvelles expériences. Sur 40 cobayes ayant reçu chacun 10 gouttes de culture, dose énorme d'une culture extraordinairement active, un seul est mort tuberculeux au cinquante-neuvième jour. Il résulte également des expériences de M. Nocard que le sang perd rapidement ses propriétés tuberculeuses, que le tissu musculaire, en moins de six jours, détruit le bacille qu'il renferme.

On sait avec quelle facilité les jeunes chats contractent la tuberculose; or, M. Nocard a nourri des jeunes chats avec des doses énormes de matière tuberculeuse; aucun de ces animaux n'est mort tuberculeux.

En résumé, la viande provenant d'animaux tuberculeux peut offrir quelques dangers; mais ces dangers sont exceptionnels et, quand ils existent, ils n'existent qu'à un très faible degré.

S'il est sage de se mettre en garde contre le bacille tuberculeux, il est sage aussi de se mettre en garde contre la terreur et l'affolement qu'il inspire, et de ne pas demander des mesures inutiles ou qui n'auraient pour effet que de léser gravement les

intérêts des éleveurs, des engraisseurs, des bouchers, et de faire augmenter considérablement le prix de la viande.

M. PETIT, secrétaire général, donne lecture du compte rendu de l'organisation du Congrès.

La séance est levée.

Séance du 26 juillet (matin). — Présidence de M. CHAUVEAU.

DISCUSSION DE LA PREMIÈRE QUESTION

Des dangers auxquels expose l'usage de la viande et du lait des animaux tuberculeux; moyens de les prévenir.

M. ARLOING (de Lyon) demande : 1° l'inscription immédiate de la tuberculose des animaux sur la liste des affections contagieuses selon la loi de 1881 ; 2° la prohibition de la viande provenant d'animaux tuberculeux.

Relativement au premier point, M. Arloing rappelle que, dans les congrès vétérinaires de 1883 et de 1885, on avait déjà demandé de considérer la tuberculose comme une affection contagieuse et de ne pas livrer à la consommation les viandes tuberculeuses. Toutefois ces propositions avaient soulevé certaines oppositions. Aujourd'hui tout le monde paraît à peu près d'accord pour les adopter et pour admettre l'heureuse influence qu'aurait l'adoption de cette loi sur la propagation de la tuberculose à l'homme. Mais il faut encore compter avec le caprice des municipalités et la tolérance des vétérinaires inspecteurs, parmi lesquels il en est encore beaucoup qui transigent avec leurs convictions scientifiques. Le moment est venu, aujourd'hui, d'agir selon ces convictions. Il faut pour cela une arme légale : c'est l'inscription de la tuberculose sur la liste des affections contagieuses. Il faut, dans les vacheries, soumettre les animaux à une surveillance active, car tout le monde est d'accord sur les dangers du lait provenant de vaches tuberculeuses.

Pour les viandes, il y a encore des dissidences. M. Arloing se montre plus rigoureux que M. Nocard. Rapprochant les expériences du directeur de l'école d'Alfort de celles de M. Chauveau et des siennes propres, il démontre que, sur trente-quatre séries d'expériences sur les cobayes, on a communiqué sept fois la tuberculose, c'est-à-dire dans un cinquième des cas. Donc, sur 20 bêtes tuberculeuses, 4 sont susceptibles de propager l'affection par l'usage de la viande. En se basant sur ce fait qu'un seul bacille suffit pour transmettre la tuberculose, M. Arloing arrive à cette conclusion, qu'un bœuf tuberculeux pourrait à la rigueur infecter 1400 personnes, et cela, même en tenant compte de la destruction des bacilles dans le réseau musculaire. La cuisson n'est pas suffisamment rassurante, puisqu'elle ne dépasse guère 55 degrés et que le bacille n'est tué qu'à une température supérieure à 70 degrés. La mortalité par la phthisie n'a pas augmenté, à Lyon, en proportion de l'accroissement de la population. Il est permis d'admettre que la prohibition rigoureuse des viandes tuberculeuses n'a pas été étrangère à cette diminution relative. Il faut donc se montrer sévère et prohiber rigoureusement ces viandes, jusqu'à ce qu'on ait trouvé un moyen de les rendre inoffensives. La salaison des viandes est un moyen indirect de procurer cette innocuité, en nécessitant une cuisson profonde et prolongée. Il faudrait aussi étendre l'inspection des viandes de boucherie dans les campagnes. Si le capital agricole mérite toute l'attention, le capital humain est plus intéressant encore, et il vaudrait mieux encore accepter une certaine augmentation du prix de la viande que de la laisser demeurer un moyen de propagation de la phthisie.

En résumé, le congrès actuel aura obtenu un grand résultat, s'il obtient l'inscription d'office de la tuberculose sur la liste des affections contagieuses. Le service sanitaire n'est pas suffisamment organisé. Il s'agit de sauvegarder la santé humaine; il y a, à ce point de vue, beaucoup de bien à faire. M. Arloing propose que l'on nomme une commission chargée de prolonger l'action de ce congrès et de poursuivre la réalisation d'un service d'inspection dans les petites villes et dans les campagnes, comme dans les grandes villes.

M. BANG (de Copenhague) fait une communication sur l'importance de la mammite tuberculeuse, au point de vue des dangers du lait. Il ne croit pas le diagnostic précoce de cette mammite tuberculeuse aussi difficile qu'on l'a dit. Certains symptômes, tels que l'existence de la tuméfaction longtemps avant l'altération du lait, sa coloration jaunâtre joints aux ressources fournies par l'examen microscopique et l'inoculation sur les animaux, permettront d'arriver facilement à ce diagnostic précoce. Le lait de vaches tuberculeuses, à petites doses, ne contient pas de virus. M. Bang a même constaté, que le lait de femmes phthisiques n'est pas virulent. Tous les laits provenant de vaches tuberculeuses ne sont pas dangereux. C'est surtout la constatation de la mammite tuberculeuse qui est importante. L'influence de la chaleur sur le lait tuberculeux est également considérable ; mais il faut atteindre 85 degrés pour que ce lait devienne inoffensif ; à 70 et 75 degrés, la virulence est déjà assez affaiblie pour que le lait ne soit plus dangereux.

M. BAILLET (de Bordeaux) ne partage pas complètement l'opinion de M. Arloing. Il s'applique à démontrer les exagérations des contagionnistes et conclut ainsi :

Considérant, dit-il : 1° Qu'il ne saurait y avoir identité complète entre les résultats obtenus par l'inoculation accidentelle ou expérimentale des produits tuberculeux et ceux résultant de l'ingestion directe, dans les conditions ordinaires, de la viande provenant de sujets atteints de tuberculose ;

2° Que la pénétration du virus tuberculeux par les voies digestives est un fait accidentel dont la démonstration est loin d'être aussi rigoureuse que l'ont établi les premiers expérimentateurs;

3° Que, dans tous les cas, il n'est pas suffisamment démontré que la viande des animaux gras, chez lesquels on rencontre quelques lésions tuberculeuses ou soupçonnées telles, soit de nature à transmettre la tuberculose à l'espèce humaine ;

4° Que lorsqu'il s'agit d'intérêts commerciaux aussi sérieux que ceux que représentent les animaux gras, on ne saurait, sans preuves irréfutables, infliger à la production des pertes demeurées jusqu'ici à la charge des éleveurs ;

J'estime : 1° Qu'il y a lieu de retirer de la consommation, la viande des sujets chez lesquels la tuberculose est généralisée et a engendré conséquemment la maigreur absolue ou relative ;

2° Que pour les animaux gras ou en bonne chair, du vivant desquels il a été impossible de soupçonner l'existence de la tuberculose, la saisie totale de la viande n'a sa raison d'être que tout autant que les poumons, les plèvres, les ganglions et tous les organes parenchymateux portent au-dedans des lésions tuberculeuses;

3° Que dans les autres cas, il n'y a lieu de retirer de la consommation que les organes plus ou moins affectés de tuberculose, les ganglions afférents à ces organes et les parties musculaires voisines ;

4° Que toute règle de conduite autre que celles qui précèdent serait à la fois préjudiciable à l'élevage, à l'approvisionnement des marchés et à l'institution des services d'inspection des viandes, sans aucun avantage pour la santé publique.

M. BUTEL (de Meaux) dit, qu'on se trouve en présence des intérêts de l'hygiène mis en parallèle avec les intérêts commerciaux. Or, ceux-ci ne doivent pas prévaloir. Il propose des conclusions radicales, c'est-à-dire la prohibition absolue de toute viande et de tout lait provenant d'animaux tuberculeux, avec indemnité au producteur. Pour faire de la bonne police sanitaire, il faut de l'argent.

M. Nocard, dans ses expériences, n'a employé que de très petites quantités de suc musculaire. Or, il peut se trouver des bacilles dans toute autre partie livrée à la consommation : M. Butel n'admet pas la distinction qu'on veut établir entre la tuberculose généralisée et la tuberculose locale. Pour lui, quand il y a des tubercules dans les poumons, l'organisme tout entier est infecté. Il n'y a donc qu'une seule mesure à prendre : la sup-

pression radicale et absolue des viandes tuberculeuses. Il proposait déjà cette même conclusion en 1885; depuis cette époque les recherches auxquelles il s'est livré n'ont fait qu'accentuer ses convictions. Il admet que le jus musculaire est un mauvais milieu pour le bacille; cependant on l'y trouve et cela suffit pour le condamner.

Que se passe-t-il avec la saisie, telle qu'on la pratique aujourd'hui? A Paris, sur 270000 têtes de bétails, on n'a opéré que 11 saisies. Il faut donc une règle uniforme, s'appliquant aussi bien à ce qu'on est convenu d'appeler les tuberculoses locales qu'à la tuberculose généralisée. Cette règle uniforme est d'autant plus nécessaire, qu'actuellement le vétérinaire inspecteur se trouve placé entre l'intérêt de l'hygiène et des intérêts commerciaux considérables.

En résumé, la viande des animaux phthisiques ayant été reconnue virulente, toutes les viandes tuberculeuses doivent être saisies d'une manière radicale. Il est juste d'allouer une indemnité au producteur.

Quant au lait, M. Butel se rallie à la proposition émise en 1885, par M. Arloing. Pour les vacheries industrielles, il faudrait une surveillance sanitaire semblable à celle qui est exercée en Hollande.

M. GRISSONNANCHE (d'Aigueperse) fait une communication sur le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire des bovidés. Voici le résumé de cette communication :

On a prétendu, dit-il, que la tuberculose était très difficile à reconnaître dès le début, que les voiles qui la cachaient étaient plus épais que ceux de la morve. Pour moi, vétérinaire de campagne, qui ai eu affaire souvent à l'espèce bovine, je crois que la phthisie pulmonaire est d'un diagnostic plus facile, plus précoce que celui de la morve.

Il s'agit ici de la tuberculose à l'état chronique, jamais je n'ai observé l'état aigu naissant d'emblée. En dehors de la phthisie, les autres maladies du poumon ou de la plèvre sont excessivement rares. Il est bien entendu que la péripneumonie contagieuse fait exception.

La tuberculose pulmonaire se caractérise dès le début, par la tuméfaction des ganglions rétro-pharyngiens; les mouvements respiratoires sont généralement irréguliers pendant l'inspiration; un bruit rude de frottement se fait entendre en auscultant les parois thoraciques, il y a quelque chose de semblable au bruit que produit le pouce qu'on promène sur un tambour de basque, la toux est petite, avortée et difficile à provoquer par la compression de la trachée-artère; la percussion des côtes est douloureuse et provoque souvent la toux.

M. BESSIÈRES (de Rouen) combat les conclusions de M. Baillet et demande au Congrès de ne pas les adopter. Il insiste sur les difficultés que présente la situation actuelle des vétérinaires inspecteurs, se laissant guider par la théorie élastique de généralisation et de localisation de la tuberculose. Il faut, selon lui, abandonner cette distinction. Il insiste sur la préexistence des lésions tuberculeuses intestinales, par rapport aux autres lésions tuberculeuses. Il cite des exemples qui prouvent que la muqueuse digestive n'est pas accidentellement une voie d'absorption.

M. SPILMANN (de Nancy) adresse une note que lit M. le secrétaire général et dans laquelle il demande qu'on exige un certificat d'origine et la destruction immédiate de toute bête atteinte de tuberculose. Il fait, en outre, ressortir les déplorables conditions de l'élevage du bétail dans les hautes Vosges, et termine en demandant qu'on exige un certificat d'origine ou la présence des organes.

M. ROSSIGNOL (de Melun) fait observer que les sages mesures que l'on veut faire édicter ne seront pas suivies tant qu'on n'aura pas obtenu d'allouer une indemnité aux producteurs. Il ajoute que l'interdiction du lait tuberculeux est véritablement illusoire. Il fournit un moyen de se procurer l'argent nécessaire pour allouer l'indemnité aux producteurs, ce serait d'exiger un certificat d'origine sur papier timbré, coûtant de 30 à 60 centimes.

M. GUIRAUD (de Montauban) fournit une statistique des animaux reconnus tuberculeux. En 1882, sur 2455 bêtes, il y a eu 7 cas de tuberculose; en 1883, sur 2561, 12; en 1884, sur 2468, 10; en 1885, sur 2184, 10; en 1886, sur 2235, 13; en 1887, sur 2311, 6; en 1888, sur 1259, 5. Ce qui donne un total de 63 sur 15473, soit 4,07 pour 1000.

M. MOULÉ (de Paris) insiste sur les dangers de la volaille tuberculeuse. Il y a des grands dangers d'infection par les gallinacés. Le foie gras de ces animaux, si recherché, n'est souvent qu'une purée de bacilles.

M. VILLAIN (de Paris), vétérinaire inspecteur aux abattoirs de la Villette, déclare qu'on n'opère la saisie totale que lorsque la tuberculose coïncide avec un état de maigreur avancée. La tuberculose existe, parmi les bêtes amenées à Paris, dans la proportion de 6 pour 1000.

M. THIERRY (de la Brosse) demande qu'on exerce une grande sévérité dans l'inspection des viandes de boucherie, à Paris et dans les grandes villes, et qu'on se montre, au contraire, beaucoup plus tolérant à l'égard des petites villes et des campagnes. Les bouchers, dans les campagnes, savent généralement très bien choisir leurs viandes et reconnaître quand elles sont malades. M. Thierry est entièrement partisan du système radical proposé par M. Butel. C'est à Paris qu'on laisse passer le plus de viandes tuberculeuses, l'inspection est trop coulante pour Paris et les grandes villes et c'est là, au contraire, qu'elle devrait se montrer le plus sévère.

M. AUREGGIO propose les mêmes mesures radicales que M. Butel.

La séance est levée.

Séance du 26 juillet (soir). — Présidence de M. CHAUVEAU.

DISCUSSION DE LA PREMIÈRE QUESTION (SUITE)

M. THOMASSEN (d'Utrecht) donne la statistique de l'abattoir d'Amsterdam : depuis le 8 mars, il y a eu 312 bêtes tuberculeuses, dont 43 ont été livrées à la consommation.

L'espèce bovine et porcine présente la tuberculose dans la proportion d'un et demi p. 100. Le veau est plus rarement atteint que l'animal adulte.

M. VAN HERSTEN, directeur de l'abattoir de Bruxelles, vient réclamer, pour la Belgique, l'honneur d'avoir, pour la première fois, attiré l'attention sur les dangers de la consommation de la viande tuberculeuse; il réclame une législation plus radicale que celle existante et donnant au directeur de l'abattoir la possibilité d'exclure de l'alimentation tous les animaux reconnus tuberculeux à quelque degré que ce soit.

M. SIEGEN (de Luxembourg) s'associe aux remarques précédentes, mais il ajoute qu'il faut songer également aux viandes d'équarrissage, ces viandes tuberculeuses, rejetées de l'alimentation humaine, sont souvent données aux porcs, aux chiens, elles doivent être détruites, soit par l'enfouissage, soit plutôt par la crémation.

M. ROBINSON (de Greenock) se prononce énergiquement pour la soustraction totale des viandes contaminées et demande à l'assemblée d'émettre un vœu sur ce sujet.

M. DIONIS DES CARRIÈRES (d'Auxerre) rappelle le chiffre effrayant de mortalité atteint actuellement par la tuberculose. Autrefois c'était un dixième de la population qui était décimée, aujourd'hui c'est un cinquième. Il reconnaît, comme les médecins vétérinaires, qu'il faut par tous les moyens possibles empêcher la propagation de ce terrible fléau. Mais, est-on suffisamment armé de preuves, pour demander aux Chambres une loi autorisant la saisie totale dans tous les cas de tuberculose reconnue. Cette loi jettera le trouble le plus grand dans le commerce de l'élevage et de la boucherie. On objectera avec raison que la contamination par l'alimentation n'a été observée que sur des animaux d'un étage inférieur et qu'il n'en existe aucun cas probant chez l'homme. L'intérêt de cette démonstration est immense; dès lors,

dût sa proposition faire sourire quelques-uns de ses confrères, il ne voit pas pourquoi pendant les quarante à cinquante jours qui précèdent leur exécution, les condamnés à mort ne seraient pas nourris avec de la viande provenant d'animaux tuberculeux.

M. DEGINE (de Bruxelles) ne comprend pas ce que veut dire tuberculose localisée ou tuberculose généralisée, la tuberculose est une, dans son essence, et sa dissémination par contagion ne dépend pas de l'étendue et du nombre de ses lésions, mais de l'état d'activité et du nombre des bacilles. Cette distinction de viandes tuberculeuses, en viandes propres à la consommation et impropres à tout usage, est une distinction absolument fausse et impraticable. A côté d'un expert sévère, condamnant un animal à la saisie totale, vous en trouverez un autre, le trouvant parfait pour la consommation. Cette manière de faire est illogique, une maladie est inoculable, transmissible, ou elle ne l'est pas. Il n'y a pas lieu à des demi-mesures, aussi propose-t-il la saisie totale de toute viande entachée de tuberculose.

M. PEUCH (de Toulouse) rappelle le cas de tuberculisation d'un jeune porc nourri par le lait non bouilli d'une vache tuberculeuse.

M. LARMET (de Besançon) est absolument d'avis qu'on doit faire la saisie totale de toute viande contaminée, c'est au législateur, par différents moyens, à indemniser les éleveurs et les bouchers. L'intérêt particulier ne doit pas être mis en jeu avec la santé publique.

M. GUINARD (de Dijon) insiste sur le danger qu'il y a à faire boire à certains malades, déjà prédisposés, le sang d'animaux tués aux abattoirs. C'est une thérapeutique souvent dangereuse, car l'animal tuberculeux peut présenter l'apparence de la plus parfaite santé, et ce n'est qu'après qu'on reconnaît la tuberculose. Il vaudrait mieux interdire cette médication par le sang chaud, mais, si on ne le peut pas, il faut alors recommander de ne laisser boire que du sang de veau, le veau étant rarement tuberculeux.

Sur la demande d'un certain nombre de membres, M. le président met aux voix la proposition suivante qui est adoptée à la presque unanimité :

Il y a lieu de poursuivre par tous les moyens possibles, y compris l'indemnisation des intéressés, l'application générale du principe de la saisie et de la destruction totales, pour toutes les viandes provenant d'animaux tuberculeux, quelle que soit la gravité des lésions spécifiques trouvées sur ces animaux.

COMMUNICATIONS DIVERSES

Kystes à échinocoques. — M. HARTENSTEIN (de Charleville) lit une série d'observations d'où il résulte qu'il est souvent difficile de diagnostiquer les kystes à echinocoques, vieillis et transformés, d'avec la tuberculose. Les animaux gras reconnus tuberculeux ne le sont souvent pas. Ce travail a d'ailleurs été publié dans les *Archives vétérinaires*.

Organismes autres que le bacille. — M. SOLLES (de Bordeaux) fait une communication sur l'existence d'un organisme que présente le poumon tuberculeux de l'homme et qui n'est pas le bacille de Koch.

Cet organisme se démontre :

a. Par l'inoculation aux lapins de la matière tuberculeuse du poumon humain. Ces animaux, ainsi inoculés, meurent, après un temps qui varie de quatre mois à un an, d'une maladie très distincte de la tuberculose, par ses lésions constantes et caractéristiques et son micro-organisme spécial.

b. Par la culture du sang de ces lapins, qui donne toujours le même organisme.

c. Par l'inoculation de cette même culture aux cobayes et aux lapins, qui exerce sur eux une influence pathologique (en ce moment à l'étude).

d. On le démontre chez le phthisique, par la présence, dans les crachats et le sang des phthisiques, de ces mêmes organismes.

Dans les crachats, la démonstration en est facile directement; dans le sang, elle est plus difficile en raison de la coagulation de la fibrine; mais la culture de ce sang, sur divers milieux, met son existence hors de doute.

Cet organisme pris, jusqu'ici, pour une bactérie banale, n'est pas le *bacillus tuberculosus* de Koch, et n'obéit pas, comme lui et le bacille de la lèpre, à la réaction d'Ehrlich.

La tuberculose à Limoges. — M. BOULAND (de Limoges) a fait une étude attentive de la répartition de la tuberculose dans la ville de Limoges, depuis plusieurs années.

Les quartiers pauvres, les ouvriers porcelainiers, fournissent le plus fort tribut. La mortalité est maxima en février-mars, et surtout en octobre; mais le point particulier sur lequel insiste M. Bouland, c'est sur la localisation de la tuberculose dans le quartier des filles publiques. Il y a là un danger et il serait à souhaiter que l'administration considère la tuberculose comme contagieuse, au même titre que d'autres affections dont la contagiosité plus grande est certainement moins dangereuse.

Méningite tuberculeuse. — M. KALINDÉRO (de Bucharest) lit la relation d'un certain nombre de cas de méningite tuberculeuse, il insiste sur les différentes modalités que cette maladie est susceptible de prendre et il attire l'attention sur les conclusions suivantes :

1° Chez l'enfant, la méningite peut être arrêtée dans son évolution et se traduire par une tare cérébrale, persistante et variable;

2° Chez l'adulte, la méningite peut revêtir différentes formes chroniques, simulant la vésanie. Il peut y avoir une forme aphasique.

Méningite tuberculeuse pendant la grossesse.—M. CHAMBRELENT (de Bordeaux) étudie la méningite tuberculeuse pendant la grossesse.

L'auteur a eu l'occasion d'observer trois cas de méningite tuberculeuse chez les femmes enceintes, arrivée à des époques différentes de la grossesse. Il en a pu suivre les observations et faire la nécropsie des trois malades. Il semble résulter de ces observations que la grossesse ne paraît pas avoir d'influence manifeste sur la marche de la maladie. Mais, fait plus curieux, la maladie, même dans sa période ultime, ne paraît pas avoir d'influence sur la grossesse et sur la santé du fœtus.

L'auteur considère donc que la provocation de l'accouchement doit être tenté si la femme a dépassé six mois et demi de grossesse, et si le diagnostic de méningite tuberculeuse est bien établi.

Inoculation possible de la tuberculose par le vaccin. — M. DÉGINE (de Bruxelles) rappelle l'inoculation possible de la tuberculose par le vaccin. Il serait à souhaiter que l'on fît partout ce que l'on fait à l'institut vaccinal de Bruxelles : ne livrer le vaccin qu'après avoir sacrifié l'animal, et reconnu l'intégrité parfaite de ses viscères.

M. CHAUVEAU constate que c'est la meilleure précaution à prendre. Toutefois, chez les tuberculeux, rarement la lymphe vaccinale est infectée et, lorsque l'on considère combien il est difficile d'inoculer la tuberculose par une inoculation *sous-épidermique* de culture pure, on doit être à peu près rassuré sur l'inoculation possible de la tuberculose par la vaccine.

La séance est levée.

Séance du 27 juillet (soir). — Présidence de M. Villemin.

COMMUNICATIONS DIVERSES

Antagonisme entre la fièvre palustre et la tuberculose. — M. DE BRUN (de Beyreuth) fait une communication ayant pour but de démontrer qu'il existe une sorte d'antagonisme entre la fièvre palustre et la tuberculose. Il résulte, en effet, des nombreuses observations qu'il a recueillies, que l'impaludisme semble créer une immunité contre la tuberculose. Cela ressort très nettement des nombreux faits et des statistiques fournis par M. de Brun. Il fait observer que, dans la malaria, il existe souvent des congestions pulmonaires qui, jointes à l'état d'affai-

blissement général dans lequel sont plongés les malades atteints de cette affection, pourraient faire croire à des accidents tuberculeux, mais les heureux effets du sulfate de quinine sur ces accidents et leur marche ne tardent pas à démontrer qu'il n'en est rien.

La tuberculose en Égypte. — M. PETIOT (du Caire) dit que la phthisie est très rare, en Égypte, chez les Arabes, tandis qu'elle est très fréquente chez les noirs du Soudan.

La phthisie tuberculeuse y est également très rare chez les animaux domestiques, mais quand elle apparaît chez eux elle marche avec une extrême rapidité. On constate chez ces animaux d'énormes ganglions prépectoraux ; on en trouve également dans le mésentère.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture d'une lettre signée de plusieurs médecins et vétérinaires suédois constituant une commission nommée par le congrès suédois de 1887, et chargée de poursuivre une enquête, tant chez l'homme que chez les animaux, dans le but d'étudier à fond toutes les questions relatives à la tuberculose, à la transmission possible de l'homme aux animaux et des animaux à l'homme, à ses rapports avec la scrofule, etc. Heureuse de voir les mêmes questions sur le programme du congrès français de la tuberculose, la commission suédoise espère qu'en unissant leurs efforts, les uns et les autres arriveront à des résultats utiles pour la science et l'humanité.

M. LE PRÉSIDENT propose d'adresser des remerciements à la commission suédoise.

Traitement chirurgical des ostéo-arthrites tuberculeuses. — M. REDARD fait une communication sur l'intervention chirurgicale dans les ostéo-arthrites tuberculeuses chez les enfants. Il a obtenu les meilleurs résultats de cette intervention. Il pratique antiseptiquement l'ouverture large de l'articulation, fait le grattage, l'évidement, l'abrasion de toutes les fongosités, fait des pansements et donne des bains antiseptiques. Les récidives sont fréquentes, il faut souvent faire trois et quatre opérations sur le même sujet, mais il est toujours arrivé à obtenir la guérison définitive.

Il fournit une vingtaine d'observations dans lesquelles il a eu recours à cette intervention qui, pratiquée dans des conditions d'antisepsie convenable, a toujours été d'une complète innocuité. Il a pris soin de se mettre en garde contre les auto-inoculations, en pratiquant, avant et pendant l'opération, des lavages avec la liqueur de van Swiéten. Les observations de M. Redard montrent donc qu'un grand nombre d'ostéo-arthrites tuberculeuses, chez l'enfant, peuvent être modifiées et définitivement guéries par l'intervention chirurgicale.

M. VERNEUIL ne pratique plus, depuis longtemps, d'opérations réglées, chez l'enfant, pour des ostéo-arthrites du pied ou du poignet. Autant les tentatives de conservation sont détestables chez les adultes quand les gaines tendineuses sont prises, quand les lésions sont étendues, autant elles sont avantageuses chez l'enfant. Chez celui-ci, les résections typiques sont mauvaises et les amputations inutiles. Mais il faut, pour que les opérations actuellement en faveur réussissent, un ensemble de précautions sur lesquelles M. Redard a insisté avec raison; il faut faire la stérilisation préalable des foyers. Dans ce but, M. Verneuil se sert de l'éther iodoformé en injections. Quand le foyer est bien ainsi stérilisé, il gratte, il extrait les séquestres, il draine et immobilise l'articulation. Les effets obtenus par cette manière de faire sont des plus avantageux. Il ne faut pas oublier que si, à l'étranger, les résections donnent de si brillants résultats, c'est qu'on les pratique dans des cas où elles sont inutiles.

M. Verneuil déclare donc, en terminant, appuyer complètement les conclusions de M. Redard.

Résistance des germes de la tuberculose dans l'eau de rivière. — M. CHANTEMESSE, en son nom et au nom de M. Widal, fait connaître le résultat d'expériences sur le degré de résistance du bacille de la tuberculose dans l'eau de rivière. Ils ont pris de l'eau de Seine, à des températures variables, stérilisée ou non, et y ont ensemencé des cultures du bacille tuberculeux. A la température ordinaire, la vitalité de ces bacilles est conservée dans l'eau de Seine pendant cinquante jours ; à une température plus élevée, moins longtemps.

Que deviennent ces bacilles au point de vue de la virulence? Cette eau étant inoculée en petites quantités, dans le péritoine d'un cobaye, celui-ci, par la suite, ne présenta aucune trace de tuberculose. Ces expériences montrent donc, d'une part la résistance des germes dans l'eau de rivière, et, d'autre part, l'immunité de cette eau pour les cobayes.

De la persistance de la virulence tuberculeuse dans l'eau courante et dans l'eau stagnante. — M. ARLOING fait, au nom de MM. Galtier et Cadéac, une communication relative à l'expérience suivante : M. Galtier a mis des fragments d'organes tuberculeux au fond d'un flacon dans lequel il a fait passer un courant d'eau à la température de 15 à 16 degrés, et il a constaté la persistance de la virulence quinze jours après le moment où il a commencé l'expérience. M. Cadéac a cherché pendant combien de temps durait cette virulence, et il a vu qu'elle persistait pendant un mois et demi dans un flacon où passe de l'eau courante. Dans un flacon d'eau non renouvelée, la virulence se maintient pendant cent vingt jours.

Des moyens d'arrêter la marche de la tuberculose expérimentale. — M. ARLOING communique, en son propre nom, le résultat des tentatives qu'il a faites pour arrêter la marche de la tuberculose expérimentale.

Espérant, par analogie, dit-il, trouver un moyen d'entraver la marche de la phthisie humaine, j'ai recherché s'il existait quelque moyen d'entraver l'évolution de la tuberculose expérimentale, me rappelant que certains auteurs avaient, avec des faits à l'appui, soutenu que l'éradication des chancres syphilitiques et aussi des ganglions en rapport avec le point d'inoculation arrêtaient l'évolution de la syphilis, j'ai essayé s'il était possible, par des moyens analogues, d'arrêter la marche d'une tuberculose inoculée.

Le cobaye était prédestiné à ce genre de recherches ; chez lui, la tuberculose inoculée marche d'étapes en étapes, faciles à suivre, et on peut voir pas à pas les progrès de la généralisation : après une inoculation à la cuisse, se prendre les ganglions de l'aine, puis les ganglions lombaires, puis les ganglions du thorax, jusqu'à ce qu'enfin la généralisation éclate dans les poumons et les autres viscères.

Aussi après inoculation sous la peau de la cuisse de plusieurs cobayes, tous les jours j'examinais ces animaux, pour savoir le moment précis où je verrais les ganglions se prendre. Le septième jour, ne voyant aucune apparence de gonflement, j'enlevai les ganglions et le tissu glandulaire qui, chez ces animaux, les accompagne, sur deux des cobayes en expérience. Ces ganglions paraissaient sains. Le quinzième jour ayant aperçu, chez trois autres cobayes, un peu de gonflement ganglionnaire, j'enlevai encore les ganglions. Il me restait deux animaux comme témoins. Deux mois et demi après je fis l'autopsie des sept cobayes en expérience. Chez tous, aussi bien chez les premiers que chez les derniers, les viscères étaient parsemés de noyaux tuberculeux. Chez tous, malgré l'éradication préventive, la généralisation s'était faite.

Chez deux animaux, j'inoculai des produits tuberculeux, provenant d'un homme phthisique, puis, cinq ou six jours après, j'enlevai les ganglions chez l'un des animaux en expérience, ces ganglions paraissaient sains à la coupe, sauf un dont le centre était marqué d'un léger point rouge. Deux mois et demi après, à l'autopsie de ces deux animaux, je retrouvai la même généralisation tuberculeuse. L'ablation préventive des ganglions, chez l'un d'eux, n'avait nullement entravé l'évolution tuberculeuse.

Effets de diverses inoculations préventives.—M. ARLOING. Sans vouloir espérer qu'une inoculation préventive arrive un jour à déterminer l'immunité tuberculeuse, il est permis de se de-

mander si certains états pathologiques étrangers à la tuberculose ne déterminent pas un état réfractaire de l'organisme.

La scrofule, avait-on espéré un instant, constituerait peut-être cette atténuaiton. J'ai pratiqué des inoculations de produits scrofuleux, cliniquement constatés, puis, dès que le processus scrofuleux pouvait être constaté chez les cobayes en expériences, j'inoculais en un autre point à ces mêmes animaux des produits manifestement tuberculeux. Dans tous les cas, cette seconde inoculation évoluait merveilleusement, nullement modifiée par l'inoculation première.

Mais ne pouvait-on pas obtenir l'immunité en imprégnant l'organisme avec un produit autre que le tubercule, et je me rapproche ici de l'idée émise par M. de Brun ; on sait qu'il existe des affections antagonistes, et dans l'ordre d'idées qui nous occupe, comme on a donné la fièvre typhoïde comme antagoniste de la tuberculose, j'ai dès lors dirigé mes recherches dans ce sens.

Les cobayes résistent merveilleusement aux inoculations typhiques, sur huit d'entre eux, j'ai cherché à réaliser l'imprégnation typhique. Chaque jour pendant six jours furent injectés sous la peau de ces huit cobayes des produits typhiques. Puis, le huitième jour on leur a inoculé la tuberculose, ainsi qu'à deux cobayes témoins, non imprégnés de produits typhiques. C'était le 29 juin dernier.

L'autopsie de ces animaux fut faite le 25 juillet.

Tous ces animaux étaient tuberculeux, et dans la lettre qui me rend compte de l'autopsie, mon préparateur ajoute « que les inoculés typhiques l'étaient peut-être à un plus haut degré que les témoins ».

Malgré ces insuccès il faut néanmoins persister dans ces recherches, et il n'y aurait rien d'étonnant à ce que nous trouvions un jour un virus qui pourrait donner, de par sa présence dans l'organisme, l'immunité tuberculeuse. Qu'il me suffise de rappeler que, dans le même ordre d'idées, MM. Raymond et Arthaud, par l'imprégnation tannique d'animaux, ont pu rendre ceux-ci moins facilement tuberculisables.

Associations bactériennes du bacille de la tuberculose. — M. BABÈS a fait l'examen systématique de 73 autopsies d'enfants : il y avait 65 cas de tuberculose des ganglions. Le bacille de Koch a été trouvé seulement 45 fois. Sur 52 autopsies de tuberculose plus étendue, les bacilles de Koch n'existaient seuls que 10 fois. Ainsi 42 fois sur 53 la tuberculose dominait la scène, mais dans tous ces cas, auprès du bacille de Koch, il y avait aussi d'autres microbes.

Les bactéries, qui compliquent la tuberculose chez l'enfant, sont surtout les streptococcus aureus et albus accompagnés du streptococcus du pus.

Dans la gangrène des foyers tuberculeux ou dans les ulcérations des muqueuses, il existe encore, sans bactéries du pus, des bacilles saprogènes plus ou moins virulents, ou bien des bactéries spéciales, qui se généralisent dans tout l'organisme en produisant surtout des hémorrhagies ou des destructions rapides des produits tuberculeux.

Les bacilles de la tuberculose se développent et se multiplient parallèlement en grande abondance. Il s'agit donc dans ces cas d'une complicité évidente entre les bactéries spéciales de la tuberculose et celles qui lui sont étrangères.

Dans les pneumonies tuberculeuses, souvent aussi dans la pleurésie, dans la péritonite et la méningite tuberculeuse, on trouve auprès du bacille de Koch d'autres microbes. Ces microbes surajoutés sont surtout ceux qui possèdent la faculté de produire à eux seuls les maladies des organes atteints (pneumonies, pleurésies, péritonites, méningite vulgaire). Ce sont par conséquent, suivant les cas, le microbe lancéolé, capsulé, plus rarement celui de Friedlander ou bien un autre microbe capsulé. M. Babès a observé deux cas de pyélite tuberculeuse combinée avec la blennorrhagie. Cette maladie était alors la cause d'une recrudescence et peut-être d'une localisation de la tuberculose dans le système uropoiétique.

Dans la tuberculose locale des os et des articulations, il existe souvent une complication, produite par le streptococcus du pus, qui alors se trouve ordinairement généralisé dans tout l'organisme.

De tous ces faits, on peut conclure que la tuberculose, au moins chez l'enfant, mène rarement sans complications à la mort. Ordinairement les lésions tuberculeuses ouvrent la porte à l'entrée d'autres bactéries. Dans certains cas, on pourrait même supposer que les bacilles saprogènes, entrés dans un foyer tuberculeux, favorisent la culture du bacille de la tuberculose et que, par le séjour dans ce foyer, ils empruntent des propriétés septiques nouvelles, tandis qu'en vertu de la complication, les foyers tuberculeux tendent à se détruire rapidement.

En résumé, on peut donc admettre d'une façon indéniable que la tuberculose latente capsulée, extrêmement fréquente chez l'enfant, sous la forme d'une tuberculose des ganglions, peut devenir active et grave sous l'influence d'autres microbes qui ont souvent une complicité évidente avec la tuberculose.

Caséo-tuberculose des ganglions. — M. DURET (de Lille) fait une communication sur la caséo-tuberculose des ganglions lymphatiques et leur traitement chirurgical. Il distingue trois formes de caséo-tuberculose ganglionnaire : 1° la fibro-caséose des ganglions; 2° la caséo-tuberculose proprement dite ; 3° les altérations ganglionnaires déjà compliquées de décollement, de fistules et d'abcès.

Pour les fibro-caséomes, il n'y a qu'une seule conduite à tenir, c'est l'extirpation des ganglions. Cette opération n'est pas sans dangers, à cause du voisinage des grosses veines.

Pour la seconde forme (caséo-tuberculose simple), M. Duret pratique l'ignipuncture et l'évidement des ganglions.

La troisième forme (fistules, abcès, décollements, etc.) est traitée par la destruction des fongosités et des ulcérations à l'aide du thermocautère. M. Duret a recours aux pansements antiseptiques.

La viande crue et le sang dans l'alimentation des tuberculeux. — M. HUREAU DE VILLENEUVE croit que l'usage de la viande crue, comme toute alimentation exclusive, est mauvaise chez les phthisiques.

Aussi à ce point de vue une indication semble formelle pour instituer un traitement utile des phthisiques. Ranimer leur appétit par des excitants (strychnine ou acide arsénieux). Ce traitement, donné à doses suffisantes, produit un appétit très vif. Il ne reste plus qu'à le satisfaire par des aliments agréables, au goût du patient.

M. ARLOING lit, au nom de M. Cartier, les conclusions d'un travail sur ce même sujet :

1° Aux malades à qui l'usage de la viande crue paraît nécessaire, recommander surtout la viande crue de mouton ou de chèvre.

2° A ceux qui désirent boire du sang dans les abattoirs, conseiller le sang de chèvre ou de mouton, surtout des animaux qui ont vécu à l'air libre.

Par expérience, M. Cartier a quelquefois bu du sang de mouton. Si l'on n'était averti et si l'on fermait les yeux, ou si l'on buvait dans un verre opaque, on croirait presque boire du lait chaud et on n'éprouve aucun dégoût. Pour les bains locaux de sang, recommander également le sang de mouton.

3° On se servira également du sang de chèvre ou de mouton pour la clarification des vins ou autres liquides.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1887-1888.

319. M. DAVIS. Contribution à l'étude du traitement de la diphthérie, des principes antiseptiques et du lavage des voies respiratoires par un nouveau procédé. — 320. M. BAGON. Tuber-

culose pulmonaire dans le diabète sucré. — 321. M. Archambault. De la trépanation primitive dans les fractures de la voûte du crâne. — 322. M. Semiac. Kystes à grains riziformes du poignet et de la main. — 323. M. Albournac. De l'influence de l'alcool sur la santé des enfants. — 324. M. Lamiot. De la situation des fœtus et des œufs dans la grossesse gémellaire. — 325. M. Leuilleux. Le Soya Hispida, sa valeur alimentaire et son indication dans le diabète sucré, et comme moyen de sustentation dans les opérations à pratiquer chez les glycosuriques. — 326. M. Lamy. Contribution à l'hygiène navale. Les avisos de fleuves au Sénégal. 327. M. Pessez. Essai sur les polyuries et les albuminuries d'origine nerveuse.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 28 juillet 1888, a été nommé dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. le docteur Hutre, médecin auxiliaire de deuxième classe.

— Par arrêté ministériel, en date du 27 juillet 1888, un concours s'ouvrira, le 15 février 1889, à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie, de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale, à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges.

— *Hôpitaux de Lyon.* — Le lundi 8 octobre, il sera ouvert un concours pour la nomination de douze élèves internes, et d'un nombre indéterminé d'internes provisoires.

Le 23 du même mois, il sera ouvert un concours pour un nombre indéterminé d'élèves externes en médecine et en chirurgie.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Morelle, agrégé, est maintenu, pour l'année scolaire 1888-1889, dans les fonctions de chef des travaux pratiques de chimie.

M. Doumer, agrégé, chargé d'un cours de physique, est maintenu, en outre, dans les fonctions de chef des travaux pratiques de physique pendant l'année scolaire 1888-1889.

— *Faculté des sciences de Toulouse.* — M. Fabre, docteur ès sciences, est chargé, pour l'année scolaire 1888-1889, d'un cours complémentaire de chimie.

— *École supérieure de pharmacie de Nancy.* — M. Heymann est nommé préparateur de physique et de toxicologie, en remplacement de M. Weinmann, démissionnaire.

— Dans sa première séance le Congrès de la tuberculose a constitué son bureau de la manière suivante :

Président : M. Chauveau ; vice-présidents : MM. Verneuil et Villemin ; secrétaires : MM. Cagny, Gallois, Piot et Thoinnot ; secrétaires-adjoints : MM. Leclainche et Villemin fils.

— Le Conseil municipal de Paris a voté, dans son avant-dernière séance, un certain nombre de travaux à exécuter à l'hôpital des Enfants-Malades, pour l'organisation du service de M. le professeur Grancher, en vue de l'application de l'antisepsie médicale dans les conditions suivantes : « Chaque lit de contagieux ou de suspect sera entouré de barrières qui ne permettront pas à l'infirmier de pénétrer à tout propos auprès du malade et sans avoir pris au préalable les précautions nécessaires. Il y aura également un aménagement spécial des murailles et des parquets. Il en sera de même pour les vestiaires, les lavabos, les étuves de désinfection, etc. »

— Une société médicale vient de se fonder dans le septième arrondissement de Paris. Son bureau pour l'année 1888 est constitué de la manière suivante :

Président : M. le docteur Ferrand ; vice-présidents : MM. les docteurs Guéniot et Berger ; secrétaire-général archiviste : M. le docteur Tolédano ; secrétaires annuels : MM. les docteurs Tisné et Bœbler ; trésorier : M. le docteur de Crésantignes.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Fieuzal, médecin en chef de l'hospice des Quinze-Vingts, décédé à Paris, le 28 juillet 1888, à l'âge de cinquante-deux ans.

— *Hygiène de l'enfance.*— Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après, p. 812, la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 88. — JEUDI 2 AOUT 1888. 61e ANNÉE. JEUDI 2 AOUT 1888. — N° 88.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CONGRÈS POUR L'ÉTUDE DE LA TUBERCULOSE

Séance du 28 juillet (matin). — Présidence de M. VILLEMIN.

DISCUSSION SUR LA DEUXIÈME QUESTION

Des races humaines, des espèces animales et des milieux organiques envisagés au point de vue de leur aptitude à la tuberculose.

M. ROBINSON (de Constantinople) fait une communication sur la tuberculose en Asie Mineure. Bien qu'il s'agisse d'individus vivant au grand air, dans les meilleures conditions hygiéniques, la tuberculose est très fréquente en ce pays. Cette fréquence ne peut être attribuée qu'à l'usage du lait et de la viande provenant d'animaux tuberculeux. On y mange de la viande à peine cuite, ce qui explique également la fréquence du tænia.

M. SOLLES (de Bordeaux) communique les résultats de ses recherches sur l'hérédité de la tuberculose expérimentale chez le cobaye. Il raconte l'histoire d'un cobaye, né de père et mère tuberculisés, conçu et né en pleine évolution tuberculeuse de ses parents. Ce cobaye est âgé aujourd'hui de quatorze mois, il a été accouplé avec une femelle saine, sans antécédents héréditaires. De cet accouplement sont nés quatre cobayes, dont trois ont été inoculés avec du virus tuberculeux. Ces trois cobayes ont succombé en vingt et un jours ; or, un cobaye adulte, inoculé, peut vivre de trois mois à trois mois et demi. Ces trois cobayes sont morts en vingt et un jours, parce qu'ils étaient nés d'un père tuberculeux. Le quatrième cobaye qui était une femelle et qui n'a pas été inoculé, a été accouplé avec son père. Il en est résulté deux cobayes atteints de paraplégie, mais ne présentant pas jusqu'ici de manifestations tuberculeuses. L'un d'eux a seulement un petit ganglion sous le maxillaire. La fille, devenue femelle de son père, présente des ganglions et une ulcération tuberculeuse.

M. Solles n'a pas encore fait l'autopsie de ces cobayes, mais il résulte de ces expériences que ce n'est pas dans la première enfance qu'apparaît la tuberculose et que la tuberculose expérimentale marche très rapidement.

M. HANOT fait une communication sur la cirrhose tuberculeuse. Il a constaté chez les phthisiques les lésions de la cirrhose hépatique. Ses recherches datent de 1884. Un de ses élèves, M. Lhôte, a fait sa thèse sur ce sujet. Il possède aujourd'hui dix-huit observations. En voici une qui peut servir de type, toutes les autres lui ressemblant.

Un jeune homme de vingt-deux ans entre, en janvier 1887, à l'hôpital Tenon ; il a des antécédents tuberculeux ; pas d'alcoolisme, pas de syphilis ; aucune maladie infectieuse avant l'invasion de la tuberculose pulmonaire. Il a eu de l'ascite, est tombé dans un état cachectique et a succombé le 5 avril. A l'autopsie on trouve, à l'ouverture de l'abdomen, un liquide ascitique ; il n'y a pas de granulations tuberculeuses sur le péritoine. Le foie est lobulé, sillonné de bandes fibreuses (foie ficelé tuberculeux). Histologiquement, c'est absolument un foie syphilitique. Or, il n'y a eu, chez ce malade, ni alcoolisme, ni syphilis, ni impaludisme.

Si les lésions sont relativement peu marquées dans ces cas, c'est parce que la cirrhose n'a pas eu le temps de suivre son évolution complète. Mais l'existence de la cirrhose tuberculeuse est aujourd'hui un fait indéniable. Les lobes hépatiques peuvent absorber directement le bacille sans lésions intestinales. Pour M. Hanot, la péritonite tuberculeuse, à forme ascitique, ne doit être le plus souvent qu'une cirrhose tuberculeuse.

M. GALTIER (de Lyon) a fait des expériences sur l'hérédité de la tuberculose animale. Il n'a pu, dans neuf expériences, observer un seul cas de transmission tuberculeuse chez les cobayes. Il en conclut que si la transmission de la tuberculose par la voie utérine est, à la rigueur, possible, elle doit être très rare.

M. ARLOING (de Lyon) a constaté, chez le cobaye, la contagion de la scrofulose par la voie intra-utérine. Le cobaye naissant adolescent, c'est donc uniquement par la voie intra-utérine qu'il a pu contracter la scrofulo-tuberculose.

M. ROBCIS (de Paris) a fait, en quatre ans, 290 autopsies de vaches laitières à Paris. Sur ce nombre, neuf seulement ont présenté des lésions tuberculeuses.

La tuberculose, dans les vacheries de Paris, est donc moins fréquente qu'on le croit. M. Robcis a constaté une certaine corrélation entre la fréquence de la tuberculose et l'aptitude de certaines vaches à donner de grandes quantités de lait.

M. RICOCHON (de Champdeniers), avant de lire son travail et pour faire suite aux lectures précédentes de MM. Solles et Arloing, montre, par une statistique de cinquante-trois observations, que l'apparition plus ou moins précoce de la tuberculose chez les enfants de familles tuberculeuses, varie selon que les parents sont déjà tuberculeux lors de la procréation, ou qu'ils sont indemnes, quitte ou non à devenir plus tard eux-mêmes tuberculeux, ou, que d'autres maladies, le cancer, les névroses, coexistant souvent avec la tuberculose, les attaquent plus ou moins tardivement.

Il dit que la précocité des lésions tuberculeuses, chez les enfants, n'autorise pas toujours à dire qu'il y a eu infection par la génération : il cite à l'appui des exemples d'enfant de quinze

mois tuberculeux, dont les parents n'étaient pas alors tuberculeux, bien que prédisposés.

Puis, abordant son sujet, il montre que, dans cinquante-neuf familles de tuberculeux, observées dans ces huit derniers mois dans sa pratique (ce qui pour une population rurale de 7 à 8,000 habitants, fait une moyenne annuelle effrayante de 10 p. 1000), il a relevé, à côté de la tuberculose, des états pathologiques divers, dont la répétition, la fréquence l'ont vivement surpris, et semblent témoigner de l'unicité, de la spécificité, pour ainsi dire d'un terrain tuberculisable, étendu à toutes ces familles, et transmissible à travers les générations.

Par ordre de fréquence, ces états sont : les névroses de toute espèce, les déviations osseuses, les luxations congénitales de la hanche, les hernies, les varices, les nœvi pigmentaires et vasculaires, les arrêts de développement, et témoignant de la vulnérabilité des tissus, certaines affections parasitaires ou microbiennes, telles que le cancer, la diphthérie des muqueuses, la gale, le pityriasis versicolor.

Que signifient les principales de ces affections pathologiques, déviations osseuses, luxations, varices, hernies? sinon un défaut de résistance des tissus osseux et fibreux tenant sans nul doute à l'absence de quelques-uns de leurs éléments constituants, et notamment de leurs sels de constitution. Ce défaut d'intégration minérale, appliqué aux autres tissus, expliquerait également les névroses à formes dépressives et convulsives si fréquentes, les affections cutanées parasitaires ou non.

Au reste, cette déminéralisation trouve sa confirmation dans les expériences urologiques de Rommelære, de Gautrelet et Guerder, de Burot (de Rochefort), de Beneke et Teissier, de Senator, qui montrent que tous les prédisposés à la phthisie éliminent en excès (urines, sueurs, crachats) un excès de chlorures alcalins, de phosphates terreux, de chaux, etc.

Ainsi s'expliquerait pourquoi l'enfant, dont la rénovation moléculaire rapide est corrélative d'une certaine abondance d'eau de constitution élémentaire, et d'un appauvrissement relatif de sels minéraux (lymphatisme normal, Bouchard), est sur la pente de la tuberculisation; pourquoi la scrofule, pauvre en phosphate terreux (Beneke), est presque synonyme de tuberculose; pourquoi l'adulte, dont l'activité nutritive se ralentit et dont les cellules fixent ainsi leurs principes minéralisateurs, devient ainsi de moins en moins tuberculisable, pourquoi les arthritiques, pour la même cause, opposent à l'envahissement tuberculeux une résistance presque absolue; pourquoi la *pommelière*, cette phthisie de la vache, dont les incrustations calcaires concomitantes semblent témoigner d'un processus réparateur, trop souvent inutile, il est vrai, se concilie si longtemps avec les apparences trompeuses d'une excellente conservation.

L'hypominéralisation, telle serait donc la caractéristique du terrain tuberculisable, liée sans doute à d'autres vices nutritifs. S'il en est réellement ainsi, ce sera aux médecins d'obéir aux indications thérapeutiques qui en découlent, et de chercher les moyens d'y satisfaire. Ils seront aidés dans le diagnostic anticipé de ce terrain par la constatation dans les familles de quelques-uns des états pathologiques concomitants, que nous avons signalés plus haut.

M. FERRAND (de Paris) dit que, depuis quelques années, la pathogénie de la tuberculose est entrée dans une voie nouvelle; la théorie parasitaire s'est fait jour; cependant pour un certain nombre d'auteurs, c'est à l'hérédité qu'il faut attribuer la plus large part. Il est loin de nier la possibilité de la contagion, néanmoins il croit utile de faire connaître quelques cas, qui portent à conclure en faveur de l'influence prépondérante de l'hérédité.

M. Ferrand a observé trois familles, dont il résume l'histoire pathologique. L'une d'elles était composée du père, de la mère et de sept enfants, trois filles et quatre garçons. Le père quoique ayant eu des hémoptysies, et considéré comme tuberculeux, est mort à soixante-quinze ans; la mère dans un âge très avancé. Des sept enfants, il n'en reste pas un; tous ont succombé à des manifestations différentes de la tuberculose, phthisie pulmonaire, méningite, tumeur blanche.

Dans la deuxième famille, le père, également regardé comme tuberculeux à l'âge de vingt ans, a survécu. Un de ses frères est mort phthisique. La mère a succombé à un cancer du foie; ils ont eu deux filles, dont l'une a été atteinte de tuberculose mortelle à l'âge de vingt et un ans; quant à la deuxième, quoique ayant eu des hémoptysies, elle a vécu, et sur quatre enfants en a perdu un très jeune.

Dans le troisième cas, c'est la mère qui a apporté l'influence tuberculeuse. Issue de parents phthisiques, et longtemps malade elle-même, elle a eu neuf enfants, dont deux ont été atteints de la même diathèse.

M. MALVOZ (de Liège) a fait des recherches sur la transmission intra-placentaire des micro-organismes. Il faut une lésion pour que cette transmission soit possible. Le placenta sain n'est pas un organe favorable pour la fixation des microbes pathogènes. Les bacilles tuberculeux passent très rarement dans le placenta. Il résulte de ces faits que l'hérédité tuberculeuse est une question de terrain.

M. JONESCO communique une observation d'arthrites tuberculeuses survenues chez un arthritique. Il semble, d'après cette observation, que l'arthritisme ait, pour ainsi dire, préparé le terrain pour les lésions tuberculeuses.

M. VERNEUIL fait observer, à l'occasion de cette communication, qu'on a admis une sorte d'antagonisme entre l'arthritisme et la tuberculose. Il rappelle avoir décrit, sous le nom d'hybridité morbide, des faits analogues à celui dont vient de parler M. Jonesco.

M. TOUPET (de Paris). Nous n'avons pas l'intention de reprendre ici complètement la question des pseudo-tuberculoses qui se forment autour de parasites animaux ou végétaux, d'œufs d'helminthes, d'aspergilles, etc., déjà savamment traitée par MM. Bouley, Laulanié, Malassez, Eberth et Vignal, nous voulons seulement rapporter deux exemples de ces pseudo-tuberculoses, provenant l'un d'une pièce prise sur l'homme et envoyée au laboratoire de M. le professeur Cornil par M. le docteur Routier, l'autre concernant une antilope du Jardin d'Acclimatation.

Au commencement de cette année, M. Routier nous confia une petite tumeur sous-cutanée, de la grosseur d'un pois, tumeur qu'il avait enlevée au niveau d'un doigt.

L'examen microscopique nous montra que cette tumeur était composée essentiellement de tissu fibreux, au milieu duquel on apercevait un certain nombre de nodules embryonnaires arrondis, ayant l'aspect des follicules tuberculeux. Cette idée de tuberculose fut encore confirmée par la présence, au milieu de quelques nodules, de cellules géantes absolument caractéristiques.

Cependant, la recherche des bacilles, faite avec le plus grand soin sur un grand nombre de coupes, avait été négative. Nous devons dire, de plus, que ces nodules étaient assez nettement limités à leur périphérie, que l'on ne voyait pas autour d'eux ces traînées de cellules embryonnaires, indices d'une marche progressive de la lésion, et qui sont presque de règle dans les tuberculoses en évolution. Enfin, il n'y avait pas au centre des follicules, ou autour des cellules géantes, cette zone de cellules en dégénérescence qui fait partie intégrante du follicule tuberculeux typique arrivé à un stade avancé.

C'est alors que nous reportant aux renseignements cliniques, nous apprîmes que cette néoplasie sous-cutanée s'était développée à la suite d'une blessure par écaille d'huître. La plaie cutanée s'était fermée assez rapidement, mais il était resté au-dessous de la peau un petit nodule induré qui avait augmenté de volume quelque temps avant l'opération, était devenu douloureux et avait nécessité une intervention.

Aidé de ces renseignements nous avons examiné un grand nombre de coupes et nous avons fini par découvrir, au milieu d'un nodule, une plaque allongée, nettement limitée, très réfringente, striée, à reflets irisés, qui n'était autre chose qu'un fragment

d'écaille d'huître; nous avons de plus trouvé, au milieu d'une cellule géante, un fragment beaucoup plus petit, quadrilatère, mais probablement de même nature.

En présence de ces constatations, nous n'avons pas hésité à porter le diagnostic de pseudo-tuberculose, produite par la pénétration de petits corps étrangers sous la peau.

Nous avons voulu rappeler ce premier fait de pseudo-tuberculose, parce que c'est un des rares exemples qui aient été observés chez l'homme, et parce que nous croyons que, par le seul examen anatomique, il eût été difficile d'éviter une erreur.

Notre second exemple a trait à une maladie chronique, qui a sévi sur les antilopes du Jardin d'Acclimatation et a amené la mort de quelques-uns de ces animaux.

Les autopsies ont été faites par M. le docteur Ménard, qui a bien voulu nous confier les pièces pour les examiner.

M. Ménard nous a apporté un intestin, dont les parois étaient considérablement épaissies et qui, au premier abord, présentait les lésions vulgaires de la tuberculose intestinale.

La surface péritonéale était farcie de petites granulations miliaires transparentes; dans l'épaisseur même des parois, on remarquait de petits foyers formés par la confluence de plusieurs follicules déjà caséeux à leur centre; enfin, la muqueuse intestinale était recouverte d'une pseudo-membrane très épaisse, analogue à celle que l'on trouve parfois, quoique très rarement, dans la tuberculose intestinale de l'homme. Les ganglions correspondants étaient notablement augmentés de volume; l'un d'eux atteignait la grosseur d'un petit œuf de poule.

Les coupes microscopiques nous permirent de constater, tant dans la paroi intestinale que dans l'intérieur du ganglion, la présence de nombreux follicules, les uns isolés, les autres réunis en amas, presque tous construits sur le même type. Au centre, se trouve une portion arrondie, en dégénérescence, et autour de ce noyau caséifié s'étend une zone plus ou moins large des éléments embryonnaires, qui s'infiltrent dans ces tissus ambiants.

La recherche des bacilles de Koch fut négative; par contre la méthode de Weigert nous permit de trouver dans ces follicules une bactérie ovoïde un peu allongée, à centre plus clair, que nous avons plus tard isolée dans de nouvelles pièces qui ont été fournies également par M. le docteur Ménard, et qui nous avaient été apportées dans un bon état de conservation. Le temps ne nous a pas permis encore de faire la série des recherches qui nous permettront de montrer que ce bacille est bien la cause de cette affection de l'antilope; mais nous espérons les compléter bientôt.

Quoi qu'il en soit, là encore, nous sommes en présence d'une évolution anatomique analogue, sinon identique, à celle déterminée dans les tissus par le bacille de Koch, et c'est là un nouvel exemple de pseudo-tuberculose, qu'il faut ajouter à ceux de M. Laulanié, à ceux signalés plus récemment par MM. Charrin et Roger.

De ces faits et d'autres publiés antérieurement, il semble résulter que tout corps étranger organique et nombre de bactéries introduits dans les tissus déterminent une réaction et des processus pathologiques presque identiques dans tous les cas, et que dès lors il devient difficile, en dehors de l'examen bactériologique, de les différencier au microscope.

Est-ce à dire pourtant que cette différenciation soit complètement impossible? Nous ne le pensons pas.

C'est ainsi que, dans la pseudo-tuberculose déterminée par les fragments d'écaille d'huître, les follicules ne présentaient pas de portion dégénérée à leur centre; dans la pseudo-tuberculose de l'antilope, au contraire, la zone caséifiée était très large et, de plus, on trouvait dans cette portion mortifiée des filaments de fibrine disposés en un réseau très élégant et que l'on ne rencontre pas dans le bacille de Koch. Dans d'autres productions, dans l'actinomycose par exemple, le centre des nodules se calcifie: c'est là l'évolution normale, et ces grains calcaires au milieu des productions actinomycosiques sont presque caractéristiques.

Les bacilles, quels qu'ils soient, paraissent avoir dans les tissus une double action, une action de présence en vertu de laquelle ils irritent les éléments qui les entourent, comme le ferait un simple corps étranger, et, de plus, une action moins connue, peut-être chimique, qui amène la mortification, la dégénérescence des éléments prolifères. Cette action doit être variable suivant les espèces, le mode de dégénérescence n'est pas identique dans tous les cas : d'un côté, nous voyons des réseaux caséifiés sans fibrine dans la tuberculose pulmonaire; d'un autre côté, nous trouvons des réseaux fibrineux abondants dans la maladie de l'antilope; parfois, enfin, il se fait au milieu des nodules des dépôts calcaires comme dans l'actinomycose. Peut-être des recherches faites sur les différentes variétés de dégénérescence des éléments arriveraient-elles à donner la solution d'une question encore aujourd'hui si obscure.

La séance est levée.

Séance du 28 juillet (soir). — Présidence de M. Dégive (de Bruxelles).

COMMUNICATIONS DIVERSES

Engorgements ganglionnaires chez les enfants. — M. Legroux (de Paris) attire l'attention sur l'engorgement ganglionnaire multiple si fréquent chez les enfants. Il décrit avec soin ces petites tumeurs rondes, mobiles, indolentes, dont le siège principal est la région du cou. Cette *micro-polyadénite infantile* est l'effet du lymphatisme, dit-on. Si ces ganglions se tuméfient, s'enflamment ou suppurent, on dit que le lymphatique est devenu scrofuleux, scrofulo-tuberculeux ou tuberculeux.

Pour M. Legroux, il ne faut invoquer aucun traumatisme, aucune cause locale pour expliquer cette polyadénite, elle est toujours sous la dépendance de la tuberculose, et l'on peut dire que les enfants qui en sont porteurs sont des tuberculeux en puissance, quelle que soit l'apparence de leur santé extérieure.

Cette hypertrophie ganglionnaire, toujours généralisée, ne rappelle-t-elle pas cette pléiade symptomatique de la syphilis, maladie infectieuse par excellence comme la tuberculose.

Bien que la preuve bactériologique n'ait pu encore être faite, les observations qui s'accumulent depuis des années le prouvent surabondamment.

1° Si l'on examine un enfant atteint de tuberculose locale quelconque : tumeur blanche, coxalgie, mal de Pott, toujours on trouvera la polyadénite.

2° Si un enfant, porteur de ces petits ganglions, succombe à une maladie intercurrente, rougeole, pneumonie, il n'est pas rare de trouver dans le médiastin ou le mésentère des ganglions plus anciennement atteints et déjà caséifiés.

3° Qu'un enfant porteur de ces ganglions soit atteint d'une méningite à diagnostic obscur, on doit alors affirmer la nature tuberculeuse de l'inflammation des méninges.

En terminant, M. Legroux rappelle qu'au dernier concours des bébés, celui qui eut le second prix, un enfant superbe âgé de deux ans, était porteur de cette micro-polyadénite. Il mourait huit mois après de tuberculose pulmonaire.

M. Daremberg (de Menton) confirme les observations de M. Legroux, et insiste sur le début cervical de cet engorgement ganglionnaire. Il faut songer, pour expliquer cette localisation, à la facilité avec laquelle l'amygdale se laisse infecter par le microbe tuberculeux. Or tous ces enfants ont les amygdales grosses.

Des différentes variétés du lupus. — M. Leloir (de Lille) fait une longue et intéressante communication sur différentes variétés de lupus. Voici les conclusions de son mémoire :

Les trois variétés typiques du lupus vulgaire : colloïde, mucoïde ou myxomateux, scléreux, ne sont autre chose, de même que le lupus vulgaire classique, que des formes atténuées de la tuberculose du tégument. Il faut les appeler « atténuées » parce que ces formes ne renferment de bacilles qu'en très petit nombre, parce que l'infection de l'animal en expérience se fait beaucoup

plus lentement que si l'on employait du tubercule vrai, parce que parfois, à moins d'inoculer de très grosses parcelles de lupus, l'inoculation peut être négative.

Hérédité directe de la tuberculose. — M. BANG (de Copenhague) lit un travail sur l'hérédité directe de la tuberculose, transmise des père et mère à l'enfant, il croit cette hérédité beaucoup plus fréquente qu'on ne le pense.

Des concrétions calcaires dans la tuberculose. — M. VARGAS (de Madrid) fait connaître l'observation d'une jeune fille de dix-huit ans, tuberculeuse, qui rendit dans une quinte de toux trois petites concrétions calcaires. M. Vargas livre ce fait à l'examen de ses confrères sans trouver quelle explication il est possible d'en donner.

Lupus suppuratif. — M. HALLOPEAU, au nom de **M. WICKHAM** et au sien, fait une communication sur un cas de lupus suppuratif. L'observation, très longue et fort détaillée, de ce malade, montre combien le diagnostic de l'affection fut difficile, la peau, la narine, la muqueuse des joues, les gencives étaient envahies par ce processus ulcéro-suppuratif. Le malade exerçant la profession de maréchal-ferrant, et ayant vu le mal débuter par une cicatrice due à la morsure qu'un cheval lui avait faite au menton, il était à se demander si l'affection en face de laquelle on se trouvait n'était pas de la morve ou du farcin chronique. Des inoculations ont été faites à Alfort par M. Nocard, elles ont été négatives au point de vue de la morve et du farcin, mais positives au point de vue de la tuberculose. Enfin, après bien des recherches, on put trouver dans une goutte de pus quelques bacilles fort caractéristiques.

Comment expliquer cette forme dégénérée du lupus, sinon en disant que le bacille, par son évolution et les phénomènes de sa nutrition, produit des leucomaïnes susceptibles, ainsi que le démontre M. Gautier, de produire du pus sans microbe.

De l'évolution de la tuberculose. — M. CALMETTE donne des renseignements sur l'évolution de la tuberculose à Belle-Isle-en-Mer. L'air salubre de l'île rend très rares les manifestations de la tuberculose, qui présente toujours une lenteur considérable dans son évolution et se localise presque exclusivement aux viscères profonds sans manifestation cutanée.

M. Calmette s'est fort bien trouvé comme traitement de l'eau de mer en boisson associée à l'huile phosphorée.

Réaction différente des animaux dans la tuberculose expérimentale. — M. ARLOING rappelle ce qu'il a déjà publié dans la *Revue de médecine* sur la réaction différente des animaux au point de vue de la tuberculose expérimentale.

Le lapin, qu'on disait follement et facilement tuberculeux, ne l'est que très faiblement au contraire. Presque toujours la tuberculose se manifeste discrètement et par un tubercule souvent solitaire.

Le cobaye est le réactif par excellence de la tuberculose, il est très sensible à l'inoculation tuberculeuse, qui se fait, chez lui, très rapidement, en quelques jours, partant toujours du point inoculé, pour gagner le poumon, et atteignant tous les organes lymphatiques situés sur son trajet. C'est ainsi que les ganglions se prennent d'abord et peuvent renseigner sur la valeur de l'inoculation sans qu'on soit obligé de sacrifier l'animal. De plus, la rate est toujours très rapidement envahie, et avant le poumon si l'inoculation a été faite sur les membres postérieurs.

MM. NOCARD, SOLLES et **LELOIR** confirment les expériences de M. Arloing.

M. VERNEUIL, qui doit faire dans une prochaine séance une communication sur ce sujet, se rallie pleinement aux opinions que l'on vient d'exprimer.

Essais de tuberculisation expérimentale du sac lacrymal. — M. VALUDE (de Paris). Dans une série antérieure de recherches, j'ai démontré que la tuberculose de la conjonctive était rare, parceque le liquide lacrymal contenait des principes chimiques ou des micro-organismes d'une nature telle que le bacille spécifique de la tuberculose était, par eux, atteint et détruit.

Pour vérifier l'action destructive spéciale du liquide des larmes, j'ai tenté l'inoculation tuberculeuse du sac lacrymal; dans cet espace, en effet, la sécrétion lacrymale se rassemble comme en un vase clos, après avoir traversé les culs-de-sac conjonctivaux et y avoir recueilli les divers micro-organismes de l'extérieur.

Dix lapins ont été inoculés des deux côtés, dans l'intérieur du sac lacrymal; soit un total de vingt inoculations tuberculeuses. Aucune n'a réussi au niveau de la muqueuse proprement dite; il s'est produit trois fois un nodule tuberculeux dans le tissu cellulaire circonvoisin, tenant à ce qu'une petite partie du liquide inoculé avait été déposée accidentellement en dehors du sac. La muqueuse du sac est toujours restée indemne, bien qu'elle ait été dilacérée au cours de l'inoculation et que le liquide spécifique soit venu au contact de cette plaie.

Nous croyons pouvoir conclure de ces expériences ainsi que de celles exécutées antérieurement sur la conjonctive, que l'action spécifique du virus tuberculeux a été annihilée par le liquide naturel contenu dans le sac. Les propriétés destructives de ce liquide à l'égard du bacille tuberculeux tiennent vraisemblablement à la présence de nombreux micro-organismes ou streptocoques dont la puissance est considérable vis-à-vis du microbe de la tuberculose et qui sont capables d'empêcher la pullulation de celui-ci et par suite ses effets nuisibles.

Tuberculose des glandes salivaires. — M. VALUDE. Les lésions tuberculeuses de la bouche ne se rencontrent qu'avec une très grande rareté relative, surtout si l'on songe à l'étendue du foyer de contamination et au nombre infini de micro-organismes qui peuvent pénétrer et séjourner à la surface de la langue et de la muqueuse buccale. D'où vient que le microbe tuberculeux ne prend pas plus souvent racine dans un terrain où il séjourne quotidiennement? D'où vient aussi que la dégénération tuberculeuse des glandes salivaires soit presque inconnue?

Il est probable qu'il faut invoquer ici la même raison qui nous a permis d'expliquer le peu de fréquence de la tuberculose de la muqueuse conjonctivale. Ce sont les nombreux micro-organismes contenus dans la salive qui empêchent les bacilles tuberculeux d'évoluer et de produire des lésions spécifiques.

Pour vérifier cette hypothèse nous avons institué une double série d'expériences ayant pour but de démontrer la possibilité d'inoculer directement les glandes salivaires avec de la culture pure de tubercule. Ces expériences ont démontré que les glandes salivaires étaient parfaitement inoculables, et que les inoculations étaient positives dans l'immense majorité des cas.

Par conséquent le liquide salivaire, par lui-même, ou tout au moins la salive de chacune des glandes, prise isolément, n'est pas capable de neutraliser l'effet du virus tuberculeux. Si la tuberculose éprouve tant de difficultés à se greffer à la surface de la bouche ou dans les glandes salivaires elles-mêmes, c'est qu'il existe dans la cavité buccale un obstacle au développement du bacille spécifique. Cet obstable est dû vraisemblablement à l'accumulation de micro-organismes de toute nature, capables, par leur puissance de reproduction, de s'opposer à l'action germinative du microbe de la tuberculose.

Fièvre typhoïde et fièvre tuberculeuse infectieuse aiguë. — M. JEANNEL rappelle le diagnostic difficile qui peut exister entre la fièvre typhoïde et ce que M. Landouzy a décrit en 1886, dans la *Gazette des hôpitaux*, p. 41, sous le nom de : *Fièvre tuberculeuse infectieuse aiguë*. L'analgésine, sans action sur la fièvre typhoïdique, aurait une influence sur la température de la fièvre tuberculeuse à la condition d'être administrée à dose faible et prolongée.

De la tuberculose chez le veau. — M. THIERRY (d'Auxerre) signale une des causes de la perpétuité de la tuberculose chez le veau dans les pays où l'élevage se fait en vue de la boucherie.

Dans ces pays, le lait de toutes les vaches est réuni et donné indifféremment à tous les veaux. Si, parmi ces vaches, il en est une tuberculeuse, cela suffit pour contaminer les jeunes veaux.

M. Thierry rappelle un cas d'un de ses confrères; la tuberculose frappait, depuis quelque temps, les veaux d'une même étable, quand on découvrit que l'une des vaches était tuberculeuse. Cette vache fut abattue, mais la tuberculose ne cessa que beaucoup plus tard, lorsqu'on détruisit les baquets servant à recueillir le lait des traites. On avait oublié de désinfecter ces baquets, contaminés par le lait tuberculeux.

M. VAN HERSTEN. Le veau est moins fréquemment atteint que la vache. L'hérédité joue donc ici un rôle restreint.

Sur 700 veaux, on en trouve 1 tuberculeux; la vache, au contraire, est atteinte dans la proportion de 4 p. 100.

La séance est levée.

Séance du 30 juillet (matin). — Présidence de M. VERNEUIL.

COMMUNICATION

Traitement antiseptique de la tuberculose pulmonaire. — M. ROUSSEL (de Genève) lit un mémoire sur le traitement antiseptique de la tuberculose pulmonaire par les injections sous-cutanées d'arséniate de strychnine, d'eucalyptol et de spartéine. Il raconte comment il est arrivé à l'emploi de ces moyens thérapeutiques, il rejette absolument les huiles minérales et la vaseline comme excipient des substances employées et soutient que, pour obtenir une injection indolente et assimilable, il faut choisir comme agent de suspension les huiles végétales et, en particulier, l'huile d'olive.

Le compte rendu des expériences entreprises a d'ailleurs déjà été fait, en 1887, à l'Académie de médecine, par M. le professeur Ball.

DISCUSSION DE LA TROISIÈME QUESTION

Voies d'introduction et de propagation du virus tuberculeux dans l'économie; mesures prophylactiques.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL lit, au nom de M. le docteur Torkomian (de Scutari) l'observation d'un tubercule anatomique qui se développa sur le pouce de ce médecin à la suite d'une piqûre anatomique qu'il se fit dans le service de M. Potain, à l'occasion de l'autopsie d'un malade mort de tuberculose. La guérison fut complète et jamais il n'y eut menace de généralisation.

M. VERNEUIL rappelle que Maisonneuve et lui eurent chacun un tubercule anatomique dû à des piqûres qu'ils s'étaient faites sur le même sujet, servant à des exercices opératoires. Ni chez l'un ni chez l'autre cette inoculation n'eut de suite, au point de vue de la généralisation. Ce qui prouve, chose déjà connue, que pour qu'une inoculation soit positive, il faut que le terrain convienne à la graine qu'on y ensemence.

M. CHAUVEAU a été victime de la même inoculation; c'est même à l'occasion de cet accident qu'il entreprit chez les animaux une série d'expériences, d'où il put conclure qu'il était exceptionnel de pouvoir inoculer la tuberculose par des piqûres sous-épidermiques.

M. VILLEMIN dit que, d'après Koch et d'après ses observations, le bacille tuberculeux, pour se cultiver et se développer, a besoin de silence et de tranquillité. Or, dans une piqûre anatomique, on lave, on fait saigner, on met des pansements. C'est ce qui rend, en somme, si rares les inoculations, malgré le nombre des piqûres consécutives à des autopsies de tuberculeux.

M. JEANNEL (de Bordeaux) rapporte l'observation de deux faits d'inoculation de tuberculose. Dans le premier cas il s'agit d'une femme de quarante ans, qui, à la suite des soins assidus donnés à son fils atteint de tuberculose pulmonaire, vit se développer à l'extrémité du pouce un abcès froid, dont elle n'est pas encore guérie depuis dix-huit mois.

Le deuxième cas est relatif à une fille publique, qui fut mordue dans le dos par une de ses compagnes atteinte de tuberculose. Un abcès froid fut la conséquence de cette morsure, abcès dont la nature bacillaire fut microscopiquement constatée.

Reprenant la communication faite par M. Nocard, M. Jeannel concède que le lapin est plus réfractaire à la tuberculose que le cobaye; mais il faut en conclure que les faits positifs n'en ont que plus de valeur.

Il s'est livré à une série d'expériences dont il peut tirer les conclusions suivantes :

1° L'adénite consécutive à l'inoculation de la tuberculose par greffe sous-cutanée est virulente du cinquième au septième jour, peut-être plus tôt;

2° Le virus a franchi le premier système de ganglions avant le quatrième jour;

3° Le sang d'un lapin, inoculé par greffe sous-cutanée, se comporte comme une dilution virulente dès le deuxième jour, peut-être plus tôt;

4° On peut donc dire que la tuberculose est généralisée à tout l'organisme, avant de manifester son existence par des localisations viscérales.

Contrairement à l'opinion de M. Nocard, il pense donc que le sang du tuberculeux est infecté, mais il représente une solution très diluée du virus; aussi l'inoculation de quelques gouttes de sang est-elle toujours négative. Cependant les faits qu'il a observés n'en permettent pas moins de dire, avec M. Verneuil, que le chirurgien qui enlève une lésion locale de tuberculose est loin d'avoir achevé son œuvre s'il ne s'adresse pas, par la médication, à l'état général toujours infecté de son sujet. Cela est si vrai que si, dix minutes après avoir injecté de la matière tuberculeuse sous la peau d'un lapin, on enlève la lésion largement, il est cependant trop tard, le lapin succombera fatalement à la tuberculose.

M. ARLOING est de l'avis de M. Jeannel. Il pense qu'un malade peut être porteur de l'agent tuberculeux à l'état latent; mais pour qu'il y ait manifestation locale, il faut que les bacilles s'amassent en un point. Là, de par leur évolution, ils sécrètent une substance amorphe particulière qui leur sert pour ainsi dire de bouillon de culture, et au sein de laquelle ils peuvent vivre et se multiplier.

M. BOUSSAKIS (d'Athènes) nous apprend que, dans un petit village de la Grèce, la tuberculose, inconnue il y a vingt ans, fait aujourd'hui des ravages. Cela tient à la manière de vivre des familles, où l'habitation, les vêtements, le linge, tout est en commun. Si tous les villages de Grèce étaient envahis par la tuberculose, ce serait un véritable fléau.

M. Boussakis note, en passant, que le paludisme vit côte à côte avec la tuberculose et qu'en anémiant le malade, il procure, à l'évolution du bacille de Koch, un terrain favorable.

M. STRAUS vient, au nom de M. Wurtz et au sien, donner le résultat d'une série d'expériences qu'ils ont entreprises pour déterminer l'action du suc gastrique sur le bacille de la tuberculose. Ces expériences avaient déjà été faites par Wesener, mais dans des conditions défavorables et avec des solutions artificielles du suc gastrique.

MM. Straus et Wurtz ont pris du suc gastrique d'un jeune chien bien portant et porteur depuis plusieurs mois de fistule gastrique. Dans le liquide recueilli sur cet animal, ils ont fait séjourner pendant une, deux, trois, quatre, six, sept, huit, vingt-quatre et quarante-huit heures, des fils de platine trempés dans une culture pure de bacilles de la tuberculose. Ils ont inoculé les différents produits de ce mélange à une série de lapins. De leur expérience, il résulte que les animaux, inoculés avec du liquide qui n'avait subi l'action du suc gastrique que pendant six heures, sont tous devenus tuberculeux. Après vingt-quatre heures, les inoculations ont toutes été négatives.

Or, de ces expériences, on est en droit de conclure que le suc gastrique, toujours dilué sur le vivant, et agissant pendant moins de six heures sur les matières alimentaires, n'a aucune

action sur le bacille tuberculeux que ces dernières peuvent contenir.

Une deuxième série d'expériences a porté sur l'étude de la résistance qu'offrent les poules à la tuberculose par voie d'ingestion. M. Straus rappelle la relation que M. Nocard fit d'une épidémie de basse-cour, où toutes les poules étaient tuberculeuses : le gardien de cette basse-cour était phthisique et les poules ingéraient avidement tous ses crachats.

Bien que la tuberculose des gallinacés soit toujours une tuberculose du tube digestif et de ses annexes, ce n'est pas par l'ingestion d'aliments tuberculeux que se produit la contamination. M. Straus a, depuis un an, soumis des poules à un régime alimentaire tel, que, en calculant ce qu'a pu manger une poule sacrifiée hier devant les membres du Congrès, il estime que cette quantité n'est pas inférieure à *cinquante kilogrammes* de crachats, ou de pâtées faites avec des organes tuberculeux hachés. Tous ces animaux, en expérience, étaient fort avides de cette alimentation, et ils ont toujours été d'une superbe santé et jamais n'ont présenté trace de tuberculose, ainsi que l'ont démontré les autopsies successivement faites.

M. TSCHERNING (de Copenhague) vient apporter au Congrès la relation de deux cas d'inoculation tuberculeuse.

Dans l'un de ces cas, c'est une infirmière qui se fit une blessure au doigt avec le crachoir d'un phthisique. Consécutivement il y eut de la tuberculose du doigt, avec engorgement ganglionnaire. Le doigt fut amputé, les ganglions extirpés, et la tuberculose microscopiquement constatée.

Le deuxième cas a trait à un vétérinaire qui s'inocula la tuberculose, en faisant l'autopsie d'une vache infectée ; trois semaines plus tard, il eut un tubercule anatomique qui nécessita le raclage puis l'extirpation. Dans ce cas, moins grave que le précédent, la nature bactérienne de la lésion fut également constatée.

M. LANDOUZY lit un volumineux mémoire sur les changements qu'impriment les milieux organiques à l'évolution de la tuberculose. Ces changements sont tels, que cliniquement la maladie peut sembler différente. C'est ainsi que, dans le premier âge, la tuberculose revêt une allure si particulière, qu'elle est souvent méconnue. Elle se manifeste surtout par un état général fébrile, *fièvre tuberculeuse aiguë*, et à l'autopsie de ces jeunes bébés, à peine si l'on peut trouver la cause de la mort, tellement sont minimes les lésions locales de la tuberculose.

L'infection existe même avant l'apparition de la granulation, et l'organisme, débilité, de ces petits êtres, succombe avant que le produit tuberculeux ait eu le temps de se manifester macroscopiquement, mais même alors la culture du bacille tuberculeux est positive.

Presque tous, sinon tous, les enfants qui succombent à la bronchopneumonie dite rubéolique, succombent en réalité à une tuberculose dont la rougeole a permis le développement et la localisation, et, suivant l'heureuse expression de M. Landouzy, la rougeole a mis à l'étuve le bouillon de culture et a fourni les conditions thermiques nécessaires à l'évolution de cette tuberculose ensemencée, mais jusqu'alors stérile.

La tuberculose est donc fréquente chez le nouveau-né, et là elle offre au pathologiste un champ d'étude plus simple pour tout ce qui regarde la contagion, l'évolution et, par suite, la prophylaxie. Sur cet organisme, vierge d'autres lésions, l'étude est certainement moins complexe que chez l'adulte.

L'hérédité directe peut infecter l'enfant, le fait est hors de doute. L'étude attentive et minutieuse des faits a permis aujourd'hui d'établir nettement cette incontestable vérité ; mais l'hérédo-tuberculose n'est pas aussi fréquente que la tuberculose acquise. Et cette tuberculose provient presque toujours de l'alimentation. Il y a là un danger immense, qui détruit la race humaine à sa source, aussi est-il à regretter, quand on compare les statistiques, que la tuberculose soit si rare chez les nouveau-nés de la race bovine et si fréquente pour la race humaine. C'est que, vérité triste à dire, l'élevage des uns est plus intelligemment fait que l'alimentation des autres.

M. PETRESCO (de Bucarest) présente un appareil d'inhalation destiné à désinfecter les crachats des phthisiques dans l'intérieur même des bronches et à s'opposer ainsi, dans une certaine mesure, à l'action contagieuse de l'expectoration chez les phthisiques.

M. LELOIR (de Lille) relate une observation d'un cas de lupus tuberculeux de la face, consécutif à l'application d'un cataplasme de vers de terre. Ces vers auraient été pris dans le coin d'un jardin où un jeune poulain tuberculeux aurait été précédemment enfoui.

M. GUINAR (de Dijon) croit que cette observation est loin d'être probante, que la tuberculose chez le cheval est une rare exception, et que les lésions d'apparence tuberculeuse, constatées dans la race chevaline, sont toujours de nature morveuse.

M. JEANSELME (de Paris) lit un mémoire sur l'inoculation secondaire de la tuberculose sur le derme. A côté d'une fistule ganglionnaire ou osseuse, de nature tuberculeuse, il n'est pas rare de voir partir une traînée lupeuse, dont la nature tuberculeuse est aujourd'hui manifestement reconnue.

La séance se termine par la lecture d'un mémoire de M. Jacob (de New-York), sur la tuberculose du thymus.

La séance est levée.

NOTES CHIRURGICALES

De la greffe des éléments cancéreux dans l'extirpation des tumeurs malignes. — Nous sommes encore loin de connaître la nature intime du cancer, production d'un organisme prédisposé suivant les uns, inoculation d'un principe morbide sur un organisme quelconque, suivant les autres. Mais, si l'essence de la maladie nous échappe encore, la quantité des faits étudiés est telle, les observations ont été si attentivement et si minutieusement enregistrées, que la description clinique de cette terrible maladie ne laisse plus rien à désirer.

De tous les symptômes observés, il n'en est pas un qui ne soit revenu, avec une constance aussi désespérante, que la récidive presque fatale de cette redoutable affection : récidive à distance, appelée généralisation ; récidive *in situ*, ou récidive locale. Contre la récidive générale, le chirurgien lutte faiblement et en désespéré, et comme ce sont les arthritiques qui fournissent le terrain propre à l'évolution cancéreuse, c'est la lutte contre l'arthritisme par les alcalins, l'arsenic, le régime, qui constitue le traitement post-opératoire du cancer. Mais, malgré tous les efforts tentés, la victoire, quoique actuellement plus fréquente, est bien rare encore. Si cette généralisation, tenant au génie même de la maladie, est fréquente, bien plus souvent encore s'observe la récidive sur place. L'opération a été faite largement, le chirurgien s'est tenu bien au delà des limites du mal, il a tranché en plein tissu sain, et cependant, la récidive est survenue, rapide, inexorable, souvent même, avant la complète cicatrisation de la plaie. A quoi tient cette récidive locale, et comment l'éviter ? Question souvent posée et différemment résolue.

Il est certain, et, aujourd'hui, bien connu, qu'il faut opérer au delà du mal, et que c'est pour n'avoir pu dépasser les limites de la lésion, pour avoir oublié, en un point, une minime parcelle de la tumeur, que la repullulation est survenue. Ce n'est point là une récidive à vrai dire : le mal incomplètement enlevé a continué à évoluer. Mais, si toute la tumeur a été complètement extirpée, et si la récidive se fait, pourquoi se fait-elle au même endroit et non ailleurs ? M. Sabatier, un des agrégés les plus distingués de la Faculté de Lyon, croit avoir trouvé l'une des nombreuses causes de cette localisation de la récidive, dans l'inoculation de parcelles cancéreuses dans le champ opératoire. Le fait est-il réel ? Il est encore difficile de l'affirmer, et la preuve n'en est point absolument établie ; mais il faut avouer, que les arguments donnés sont bien séduisants et qu'en tous cas le remède proposé est si simple, qu'il y a lieu d'en tenir grand compte.

Voici comment s'exprime M. Sabatier dans la *Province médi-*

cale : « Il importe peu de savoir quel est l'élément dangereux. Sont-ce les cellules flottant dans le liquide cancéreux ? est-ce le suc lui-même ? doit-on admettre la réalité des bacilles de Scheurlen ? Au point de vue pratique que j'envisage, ces questions me paraissent dénuées d'intérêt. Quel que soit l'agent d'inoculation le danger reste le même. » Or, cette inoculation a d'autant plus de chances de se faire, que des parcelles de la tumeur auront été plus longtemps et plus immédiatement en contact avec la plaie résultant de l'opération. Aussi M. Sabatier conseille-t-il de rejeter, d'une façon absolue, la méthode du morcellement appliquée à l'extirpation des tumeurs cancéreuses. Le procédé est, à coup sûr, commode, mais « il a pour résultat de mettre en liberté des éléments cancéreux, suc ou cellules, et de permettre leur ensemencement sur une plaie fraîche, cruentée, apte aux greffes ».

Cette greffe cancéreuse est possible. L'expérimentation a fourni des résultats négatifs, il est vrai, à Senger, mais les tentatives de Scheurlen ont été couronnées de succès. D'ailleurs, les éléments cancéreux sont doués d'une vitalité surprenante, il suffit d'observer ce qui se passe dans une opération que l'étendue du mal a rendue incomplète : la cicatrisation s'effectue rapidement, les tissus pathologiques réparent la brèche avec une incroyable rapidité, ils donnent des réunions par première intention, c'est-à-dire qu'ils se soudent, qu'ils se greffent rapidement, soit entre eux soit avec les tissus voisins. Si la greffe cancéreuse n'est pas démontrée d'une façon absolue, elle est bien près d'être admise et il n'y a pas de chirurgien, actuellement, qui se laisserait, sans appréhension, injecter, sous la peau, du suc retiré d'une tumeur cancéreuse.

Aussi, en présence de cette éventualité, de cette possibilité d'une greffe véritable, il est simple et naturel de ne jamais mettre à nu la tumeur cancéreuse, de l'extirper sans la décortiquer, de l'enlever d'une masse, et d'éviter comme un danger toute action chirurgicale portant sur la tumeur elle-même comme le morcellement et la fragmentation. Si, au cours de l'opération, la tumeur s'est ouverte, si l'ulcération l'avait déjà envahie, si les mains ou les instruments de l'opérateur ont pu être chargés de ce suc cancéreux, il est indispensable, pour réparer la faute ou prévenir le danger, de laver la plaie, de balayer par des liquides antiseptiques les parcelles néoplasiques susceptibles de s'ensemencer et de reproduire le mal ; en un mot, il faudra redoubler de soins et faire l'*antisepsie néoplasique* de la plaie opératoire. A. Ricard.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 27 juillet 1888, ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

1er corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — MM. les médecins aides-majors de première classe Manouvriez, Martel, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris.

6e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — MM. le médecin aide-major de première classe de Cours ; le médecin aide-major de deuxième classe Boyé, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris.

11e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Lerat, chef des travaux anatomiques à l'école de médecine de Nantes ; Rouxeau, professeur suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à la même école ; Josso, chef de clinique chirurgicale à la même école ; Touaille de Larabrie, professeur suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à la même école.

14e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe.* — M. le médecin aide-major de deuxième classe Poirson.

17e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. le médecin aide-major de première classe Cadene, chirurgien des hôpitaux de Toulouse.

— Par décret, en date du 30 juillet 1888, a été nommé dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. le docteur Pierre, médecin auxiliaire de deuxième classe.

— Dans la séance de clôture, les membres du Congrès de la tuberculose ont élu, par acclamation, M. le docteur Villemin président du prochain Congrès, lequel aura lieu en 1890, et ont décidé que la commission actuelle d'organisation resterait en exercice et serait chargée de poursuivre, auprès des pouvoirs publics, la réalisation des vœux émis pendant le cours de la session qui vient de se terminer.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

De la sclérose des artères.

Par M. A. MARTHA,
Interne des hôpitaux.

Depuis quelques années un grand nombre d'ouvrages et de thèses ont paru sur la sclérose des artères. Certains auteurs ont étudié la sclérose vasculaire au point de vue anatomique, d'autres au point de vue clinique. S'il en est qui ont cherché à passer en revue les différents organes, d'autres ont restreint leurs études à un appareil ou à un organe. C'est même en prenant comme point de départ un organe isolé tel que le rein ou le foie, comme l'a fait M. Lancereaux, en étudiant ses lésions, ses troubles vasculaires, que cette idée de sclérose est née peu à peu, et que celle-ci a fini par être considérée, non comme une maladie locale, mais comme un trouble général, s'étendant à la totalité de l'organisme.

I

Depuis longtemps, on connaissait la structure anatomique du tissu scléreux, mais on n'allait pas au delà de l'organe atteint. On savait que dans la néphrite interstitielle par exemple, le cœur était hypertrophié, mais l'explication en était vague et indéterminée. Bright croyait que la présence de l'urée dans le sang, en trop grande quantité, par suite de son élimination insuffisante par les reins, excitait le muscle cardiaque et en amenait l'hypertrophie. Gull et Suton refusèrent à la lésion rénale une aussi grande importance et admirent l'influence d'une artério-capillarite fibreuse généralisée qui détermine l'apparition de l'hypertrophie cardiaque en apportant un obstacle à la circulation.

Plus tard, MM. Debove et Letulle supposent que l'hypertrophie cardiaque dépend d'une lésion du myocarde évoluant sous la même influence que la sclérose rénale.

La coïncidence fréquente de l'insuffisance aortique dans l'ataxie locomotrice, que M. le professeur Grasset expliquait par une action réflexe due aux douleurs éprouvées par les malades, serait, d'après M. Letulle, une coïncidence des lésions cardio-aortiques et médullaires qui auraient pris naissance sous l'influence possible d'une artério-sclérose généralisée.

Des travaux analogues ont été entrepris dans le même sens, à propos d'autres maladies telles que la cirrhose atrophique, etc.

De l'ensemble de toutes ces recherches, les auteurs arrivent à admettre, dans bon nombre de cas jusqu'alors diffus, l'existence d'une sclérose qui, cliniquement, est parfois discutable, mais que le microscope permet toujours de retrouver d'une façon certaine.

Aujourd'hui, il est reconnu que des lésions scléreuses existent non seulement dans les organes qui ont joué un rôle important dans l'ensemble clinique de la maladie, mais encore dans les appareils qui avaient pu ne pas attirer l'attention pendant la vie.

Cette coexistence des scléroses multiples n'est pas une simple coïncidence; elles évoluent sous la même cause, qui agit en même temps sur tous les points de l'économie. De plus, on ne peut songer à un retentissement des altérations sur les autres organes, comme l'ont montré MM. Debove et Letulle; car le processus morbide est assez souvent plus développé dans celui des organes, qui ne devrait être atteint que consécutivement, que dans l'autre où la sclérose devrait être primitive. « Il y a, dit M. Duplaix dans son intéressante thèse (1), un lien étroit entre toutes ces scléroses disséminées dans les divers organes, c'est la lésion vasculaire telle qu'elle a été décrite par Gull et Suton. Il n'existe pas de sclérose sans lésion vasculaire, et même dans les organes où la sclérose n'est pas encore développée, l'endo-péri-artérite se trouve toujours, elle ne fait jamais défaut. Or, on ne peut admettre une lésion, quelle qu'elle soit, étendue à tout un système comme l'appareil circulatoire, sans supposer, en même temps, une condition pathogénique générale sous l'influence de laquelle elle ait pris naissance; donc l'artérite d'une part et la sclérose d'autre part, dont elle commande l'évolution, ne peuvent relever que d'une cause générale. »

La sclérose vasculaire est la lésion nécessaire et primitive qu'on rencontre dans toute cirrhose viscérale. Comme l'ont montré Gull et Suton dans la néphrite interstitielle, tout le système artério-capillaire de l'organisme est malade. C'est

(1) Duplaix. *Contribution à l'étude de la sclérose*, Paris, 1883.

par le système vasculaire que débute l'altération qui produit la néphrite interstitielle.

II

S'il est admis que la lésion vasculaire joue un rôle important dans l'évolution de la sclérose, les auteurs ne sont pas d'accord sur la façon dont débute cette sclérose vasculaire. Les vaisseaux commandent et dirigent le processus scléreux; mais tandis que, d'après les travaux de MM. Debove et Letulle (1), l'artérite a une influence directe, puisque c'est autour des artères que la sclérose se développe, M. Martin (2) admet la préexistence de l'endartérite. Dans son travail sur les lésions viscérales consécutives à l'endartérite oblitérante et progressive, il arrive aux conclusions suivantes :

« La tunique interne de la plupart des artérioles de l'organisme est soumise, pendant presque toute la durée de l'existence, à des causes d'irritation qui l'enflamment, l'épaississent et entraînent, consécutivement, une diminution proportionnelle de la quantité du sang en circulation.

Cette endartérite oblitérante progressive débute dès les premières années de l'existence et se localise surtout, chez les jeunes enfants, dans certains vaisseaux nourriciers de la première portion de l'aorte : d'où l'apparition de petites plaques d'athérome à ce niveau. Plus tard, elle envahit un grand nombre d'artérioles, mais en se localisant de préférence dans les organes où la circulation et la fonction sont très actives.

La diminution progressive dans l'apport des matériaux nutritifs destinés à tel ou tel viscère, y entraîne simultanément une atrophie des éléments nobles ou fonctionnels et le développement proportionnel du tissu conjonctif. Cette sclérose débute le plus loin possible des troncs artériels malades, là où la nutrition est la plus insuffisante; elle n'est pas précédée de lésions des capillaires à ce niveau; enfin les cellules fonctionnelles dans le voisinage desquelles elle apparaît, paraissent saines, non enflammées, pendant les périodes initiales, jusqu'au moment où le tissu scléreux a pris un développement déjà notable. Rien ne prouve donc, ce nous semble, qu'elle soit la conséquence d'une irritation inflammatoire : c'est pour cela que nous l'avons désignée sous le nom de *sclérose dystrophique*.

Cette connaissance de l'endartérite progressive nous rend compte d'un grand nombre de scléroses viscérales; elle nous montre, en outre, le lien qui unit, au point de vue pathogénique, un certain nombre de scléroses entre elles. Elle nous explique pourquoi la cirrhose peut débuter par tel organe, plutôt que par tel autre ; pourquoi, par exemple, la lésion du cœur, dite consécutive à la néphrite interstitielle, peut, au contraire, précéder cette néphrite ; pourquoi l'endartérite peut se localiser, primitivement ou après d'autres localisations semblables (aorte, cœur, etc.), dans les artérioles nourricières des régions postérieures de la moelle, et y déterminer la lésion et les symptômes de l'ataxie ; pourquoi, enfin, il existe un trait d'union si remarquable entre des affections en apparence si dissemblables...

Au point de vue histologique, la lésion proliférative débute souvent dans l'endartère elle-même, y reste localisée ou s'étend en dehors d'elle. Quelquefois, cependant, elle prédomine en dehors de la bandelette élastique interne, dissociant alors cette bandelette et, dans ces cas, il faut avoir saisi le processus morbide dès ses premières phases pour en comprendre le point de départ, la localisation et l'évolution. »

III

Il nous semble inutile d'insister sur toutes les causes qui favorisent le développement de la sclérose des vaisseaux : elles sont suffisamment connues et admises par la plupart des auteurs.

Nous éliminons les lésions qui ont pour point de départ une *cause locale*, comme les frottements répétés, la présence de corps étrangers dans les tissus ou de produits anomaux de sécrétion dans les canaux glandulaires, ou bien la stase veineuse amenant cette sclérose connue sous le nom d'induration cyanotique.

Quant aux variétés de sclérose lymphatique et épithéliale qui se développent toujours sous l'influence d'une cause purement locale, nous n'y insisterons pas davantage : elles sont absolument limitées à l'organe dans lequel se trouve la cause qui les a produites. C'est ainsi qu'une bronchopneumonie chronique dont l'évolution dépend d'une altération des canaux bronchiques est une lésion toute locale et dont la cause n'agit que sur le poumon.

Les variétés qui sont sous la dépendance d'une condition étiologique générale comprennent le *rhumatisme*, l'*herpétisme*, la *goutte*, le *saturnisme*, l'*alcoolisme*, l'*impaludisme*, le *tabagisme*, la *syphilis* et la *sénilité*.

M. Weber (1), dans sa thèse sur l'artério-sclérose du cœur, cite la division suivante des causes de l'artério-sclérose, empruntée à M. Huchard :

1° *Les intoxications* (tabac, alcool, impaludisme, plomb);
2° *Les diathèses* (arthritisme, goutte, syphilis);
3° *Le surmenage* (physique, moral, intellectuel).

Laissant de côté ces différentes causes dont l'action sur les vaisseaux se comprend aisément, nous insisterons notamment sur l'action exercée par l'*âge* sur les vaisseaux.

Dans la vieillesse, la cellule s'atrophie d'abord et subit la dégénérescence granulo-graisseuse ; en même temps, les petits vaisseaux sont atteints par l'endo-péri-artérite qui finit par rétrécir le calibre du vaisseau et par amener des troubles circulatoires. On observe alors des atrophies, des dégénérescences des différents organes.

Comme la circulation est alors mal assurée par ces vaisseaux atteints d'endo-péri-artérite, les cellules dégénèrent et ne se reproduisent plus comme chez l'adulte.

L'endo-péri-artérite envahit les petits vaisseaux, et comme les capillaires s'atrophient et deviennent graisseux, la nutrition générale de l'organe est incomplète et les éléments s'atrophient et dégénèrent à leur tour. Ces lésions donnent lieu à des troubles fonctionnels. « L'hématopoïèse, les fonctions de nutrition sont affaiblies par l'altération des organes qui leur sont dévolus; les glandes hématopoïétiques sont incapables de fournir un sang généreux à la nutrition générale; le ralentissement de la nutrition commence, la dénutrition survient, l'involution rétrograde est en pleine activité. Et quelle a été la cause première de tout ce désastre? C'est l'altération vasculaire (2). »

(1) Debove et Letulle. Recherches anatomiques et cliniques sur l'hypertrophie cardiaque de la néphrite interstitielle, *Archives de médecine*, 1880.

(2) H. Martin. Des lésions viscérales consécutives à l'endartérite oblitérante et progressive, *Revue de médecine*, 1881.

(1) Weber. *De l'artério-sclérose du cœur*, 1887.

(2) Demange. *Étude clinique et anatomo-pathologique sur la vieillesse*, Paris 1886.

Mais cet organe incomplètement nourri va s'atrophier, les éléments nobles dégénéreront, et la sclérose apparaîtra, c'est-à-dire l'hypertrophie du tissu conjonctif. Cette sclérose frappera l'organisme chaque fois, qu'en un point quelconque, il y aura une cause d'irritation insuffisante pour aboutir à l'inflammation vraie, mais capable pourtant d'amener une hyperplasie conjonctive.

L'endartérite n'est pas la seule cause de la sclérose chez le vieillard. Comme le fait remarquer M. Demange dans son livre sur la vieillesse, il existe une autre forme dans laquelle le point de départ de la sclérose est différent. La sclérose peut partir « comme d'un centre du pourtour d'un vaisseau atteint d'endo-péri-artérite, et s'étendre à une certaine distance, soit en zone plus ou moins régulière, soit plutôt en îlots étoilés, ou même par bandes ou traînées plus ou moins irrégulières, à travers le parenchyme dont les éléments se trouvent étouffés dans la partie sclérosée ». Plus loin M. Demange ajoute : « Quand l'îlot de sclérose reste limité au pourtour du vaisseau, englobant seulement quelques-uns des éléments voisins, nous ne voyons pas pourquoi on irait chercher bien loin la cause de cette irritation néoplasique, alors qu'il est si simple d'admettre qu'elle se transmet de proche en proche depuis la paroi externe du vaisseau altéré. »

En résumé, chez le vieillard, cette sclérose, observée dans les différents organes, est toujours la conséquence de la lésion vasculaire.

Les *maladies infectieuses* jouent également un rôle important dans l'évolution de la sclérose : comme l'ont montré les recherches de plusieurs auteurs depuis une vingtaine d'années, elles laissent après elles des lésions vasculaires dont l'influence sur les organes se fera sentir plus ou moins rapidement; elles donnent lieu à une hypertrophie de la tunique interne des artères, qui amène un rétrécissement ou même une oblitération de la lumière des vaisseaux.

Cette nouvelle cause de scléroses dues aux maladies infectieuses a été tout d'abord très discutée, mais les auteurs l'admettent de plus en plus; il y a même une certaine tendance aujourd'hui à incriminer une maladie infectieuse et à rejeter les anciennes causes qui, dans bon nombre de cas, ne méritent point d'être tombées dans un pareil discrédit.

Cette nouvelle manière de comprendre la sclérose est certainement séduisante : les maladies infectieuses sont nombreuses, et il est peu d'hommes qui leur échappent; l'enfant peut être atteint par la rougeole, la varicelle, la coqueluche, la diphthérie; plus tard l'homme est constamment sous la menace de la fièvre typhoïde, de la tuberculose, de la variole, de la pneumonie, etc.

Dans son article sur la SCLÉROSE dans le *Dictionnaire* de Jaccoud, M. Balzer (1) décrit les « scléroses spécifiques » : « Les scléroses, aussi bien que les autres altérations que l'on observe dans les maladies infectieuses, dit-il, paraissent déterminées par la présence, au sein des tissus, d'organismes inférieurs et surtout de microbes de diverses espèces. Le nom de « scléroses parasitaires » serait donc mieux justifié pour les désigner. Toutefois, si la démonstration de la nature parasitaire de ces lésions paraît non douteuse pour plusieurs d'entre elles, et notamment pour la lèpre, on en est encore à attendre des preuves rigoureuses, absolues, en ce qui concerne, par exemple, l'impaludisme, la tuberculose, la syphilis. C'est pour ces raisons que nous adoptons encore l'expression générale de scléroses spécifiques pour les caractériser. »

(1) Balzer. Art. SCLÉROSE, *Dictionnaire* de Jaccoud, 1882.

Les maladies infectieuses laisseront souvent après elles des *lésions vasculaires* qui évolueront plus tard et qui retentiront nécessairement sur les tissus. Ces lésions vasculaires sont l'*endartérite oblitérante* et *progressive* qui est le résultat d'une action modificatrice exercée sur la tunique interne des artères par un sang anomal, chargé de parasites et de poisons, par un sang saturé de substances toxiques.

Cette endartérite oblitérante (1) et progressive amène peu à peu le rétrécissement du champ circulatoire des organes, et l'amoindrissement des échanges nutritifs. Si l'oblitération des artères est rapide, il se forme un thrombus qui conduit à la nécrobiose des territoires privés de sang; puis les éléments nécrobiosés se résorbent, et il se développe un tissu scléreux cicatriciel.

Lorsque l'oblitération des artères est lente et incomplète, elle donne lieu à une déchéance des éléments parenchymateux, les plus éloignés des vaisseaux malades; le tissu conjonctif s'hypertrophie alors lentement et donne lieu à de la sclérose.

D'autres fois, l'artérite ne se limite pas à l'endartère; elle envahit les autres tuniques, et l'inflammation gagne le tissu conjonctif ambiant. C'est ainsi que se développe la sclérose inflammatoire sur laquelle MM. Rigal et Juhel-Renoy ont insisté à propos de la myocardite scléreuse hypertrophique (2).

M. le professeur Brouardel (3), à propos de la variole, avait montré, en 1874, que cette maladie pouvait donner lieu à des complications lointaines qui se developpaient insidieusement et donnaient naissance à l'artério-sclérose généralisée.

Les mêmes observations ont été faites par M. le professeur Brouardel à propos de l'infection purulente (4).

IV

Dans cette sclérose vasculaire, ce sont toujours les petites artères, les fines artérioles qui sont envahies. Sur des coupes, il est aisé de voir que l'endothélium vasculaire est en voie de prolifération et qu'il existe un épaississement de la tunique interne.

Comme cet épaississement est souvent plus marqué en certains points, il en résulte un véritable bourgeonnement de la tunique interne qui rétrécit le calibre du vaisseau. Ordinairement la couche musculaire est aussi épaissie.

La tunique externe s'enflamme à son tour, et ses noyaux prolifèrent. Ainsi donc, quoique l'endartérite semble débuter dans la majorité des cas, la péri-artérite apparaît elle aussi.

Comme la circulation sanguine est gênée par cette endartérite, la nutrition est imparfaite. Bientôt la nutrition imparfaite, ou plutôt l'irritation produite par des éléments en dégénérescence au milieu des tissus, amènent une irritation du tissu conjonctif qui prolifère, et il se produit une sclérose qui envahit peu à peu le tissu conjonctif interstitiel, englobant tout ce qui l'entoure. C'est ainsi que MM. Charcot, Ballet et H. Martin expliquent le processus.

(1) G. Lion. De quelques-unes des causes de l'athérome artériel et des scléroses viscérales, revue critique, in *Archives générales de médecine*, janvier 1888.

(2) *Archives de médecine*, août 1881.

(3) Étude sur la variole, *Archives de médecine*, 1874.

(4) *Endartérite dans l'infection purulente et la variole*, Société de biologie, février 1874.

Pour M. Demange, à côté de cette forme il en existe une autre dans laquelle la sclérose part du pourtour d'un vaisseau atteint d'endo-péri-artérite et s'étend à une certaine distance, soit en zone plus ou moins régulière, soit en îlots étoilés, ou par traînées.

Enfin, dans quelques cas, la sclérose prend naissance à la périphérie de l'organe, dans sa membrane d'enveloppe.

V

Nous avons vu ce qu'était la sclérose des artères, les causes qui lui donnaient naissance, celles qui favorisent son évolution; il nous resterait à suivre cette lésion dans les différents organes.

Mais nous croyons qu'il suffira de choisir un certain nombre d'organes importants, tels que le cœur, le rein, etc., pour montrer ce que deviennent ces parties atteintes de sclérose.

Si nous prenons le cœur par exemple, et que nous étudions les scléroses cardiaques d'origine vasculaire, nous voyons que cette question est de date récente : c'est en 1867, que, dans sa thèse sur les anévrysmes du cœur, M. le docteur Pelvet attire l'attention sur ce point. Il rapporte une observation d'anévrysme du cœur dans laquelle les artères coronaires étaient calcifiées.

Plus tard, Gull et Suton publièrent leurs recherches sur les lésions histologiques du cœur et de son tissu conjonctif interstitiel.

M. Letulle en 1879, à propos des hypertrophies cardiaques, étudie la sclérose interstitielle diffuse consécutive aux affections valvulaires et la sclérose par îlots disséminés : pour lui cette sclérose doit être souvent rattachée aux lésions vasculaires concomitantes. Il décrit une *cirrhose périvasculaire :* « Dans le cas de cirrhose périvasculaire, dit-il, c'est toujours autour des grosses artères que le tissu fibreux s'est accumulé; la plaque de sclérose s'étale dans une étendue variable, rayonnant d'une façon tout à fait irrégulière, dissociant les faisceaux secondaires du voisinage et s'infiltrant toujours entre un certain nombre de faisceaux primitifs qu'elle isole et qu'elle atrophie.

L'artère ainsi englobée est comme sculptée au milieu de la cirrhose, on comprend aisément, combien la circulation doit s'y effectuer mal... Nous n'avons pas à rechercher ici la cause probable de cette sclérose périvasculaire; disons seulement que d'ordinaire les vaisseaux cardiaques sont altérés, atteints d'endartérite chronique et jouent par suite, au milieu du tissu conjonctif qui les entoure, le rôle de corps étrangers. »

En 1880, MM. Debove et Letulle étudient l'anatomie pathologique de l'hypertrophie cardiaque, qui accompagne la néphrite interstitielle, et de la sclérose du myocarde concomitante. Pour ces auteurs, les lésions rénales et myocardiques relèvent d'un état pathologique général, d'une sorte de *diathèse fibreuse.* Ils ont ainsi démontré l'origine vasculaire des lésions conjonctives du cœur rénal.

Cette diathèse fibreuse tient ainsi sous sa dépendance la lésion rénale et la lésion cardiaque. L'hypertrophie cardiaque n'est que la conséquence d'une néoformation conjonctive, qui débute par les vaisseaux et se propage peu à peu du péri-artère au tissu musculaire environnant; comme elle met obstacle à l'action des fibres musculaires et les oblige à se contracter plus énergiquement, l'hypertrophie du cœur apparaît.

MM. Debove et Letulle ont ainsi fait rentrer dans une phase nouvelle cette question de sclérose du myocarde que M. Lancereaux (1) avait étudiée quelques années auparavant. Mais pour M. Lancereaux, la myocardite scléreuse succédait à l'endocardite ou à la péricardite, ou bien avait pour point de départ le tissu conjonctif interstitiel du cœur.

Quelques mois plus tard Leyden reprenait la description des atrophies rénales d'origine artérielle, et insistait sur les lésions identiques des artères coronaires.

Mais ce sont surtout les mémoires de M. H. Martin qui ont jeté le plus grand jour sur cette question.

A propos des scléroses cardiaques, d'origine vasculaire, il insiste sur la dégénérescence athéro-scléreuse, athéro-calcaire des artères coronaires. Mais pour M. H. Martin, le processus scléreux ne débute pas dans les gros tractus conjonctifs autour des vaisseaux; il se localise au centre des groupes des faisceaux musculaires que circonscrivent ces tractus, toujours à une certaine distance des centres nourriciers, là où la disette « des sucs nourriciers » se fait le plus vivement sentir.

Ainsi, pour M. Martin, la sclérose péri-artérielle ne joue dans le cœur qu'un rôle très secondaire : « La sclérose dystrophique, dit-il, consécutive à l'endartérite progressive, ne débute pas autour des vaisseaux, mais tout au contraire le plus loin possible des centres vasculaires. »

Ces altérations du myocarde, consécutives aux lésions chroniques des coronaires, furent étudiées par MM. Rigal et Juhel-Renoy (2), par Samuelson, par Huber (3).

Mais pour MM. Rigal et Juhel-Renoy, la lésion scléreuse du myocarde est de nature inflammatoire : ils rapportent des faits indiscutables de sclérose du myocarde dont les foyers sont en rapport direct avec les artérioles atteintes d'endo-péri-artérite. Pour eux, ce n'est pas un trouble dystrophique, mais une véritable inflammation, propagée du péri-artère au tissu conjonctif interstitiel. C'est un processus à marche absolument contraire aux faits avancés par M. Martin. Le processus ne débute pas à la périphérie de chaque territoire vasculaire; il naît des enveloppes de l'artère elle-même, et envahit progressivement le tissu musculaire, de telle sorte que ce sont les fibres musculaires les plus voisines de l'artère qui sont atteintes les premières. « Le centre de l'îlot, disent MM. Rigal et Juhel-Renoy, est formé par une petite artère, entourée de tissu conjonctif, dissociant ainsi le groupe des faisceaux musculaires. De loin en loin apparaissent, comme perdus au milieu du tissu conjonctif, de rares faisceaux musculaires, les uns en apparence intacts, ceux qui sont le plus éloignés du vaisseau. A mesure qu'on se rapproche de ce dernier, il est facile de suivre les degrés, les étapes parcourues par l'affection. C'est d'abord une atrophie minime, puis considérable, ne laissant plus voir qu'un faisceau, quelquefois la moitié d'un seul faisceau, et aboutissant comme phase ultime à la destruction absolue; l'élément musculaire a disparu et à sa place on trouve du tissu de nouvelle formation, du tissu conjonctif embryonnaire, puis adulte... Quant aux artères, elles sont le siège d'altérations multiples. La tumeur externe a doublé de volume (péri-artérite), et l'endartère est le siège de petites végétations situées entre la partie interne du vaisseau et la lame élastique interne,

(1) Lancereaux. *Atlas d'anatomie pathologique*, 1870.

(2) Huber. Uber den Einfluss der Kranzarterienerkrankungen auf das Herz, *Archives de Virchow*, 1882.

(3) Rigal et Juhel-Renoy. De la myocardite scléreuse hypertrophique, *Archives générales de médecine*, 1881.

de telle sorte que la lumière du vaisseau n'existe plus. »

Huber (1) étudie, en 1882, les altérations du muscle cardiaque consécutives à l'inflammation chronique, à la sclérose des coronaires. Dans plusieurs autopsies d'individus morts brusquement, sans présenter de lésions cérébrales, il existait un athérome et une endartérite oblitérante des coronaires, des foyers de ramollissement et de sclérose à forme d'infarctus. Ces foyers de sclérose seraient dus à des infarctus intra-myocardiques, produits par l'oblitération des branches artérielles correspondantes.

Ziegler rattache également à l'ischémie du cœur les ruptures, les anévrysmes et la dégénérescence graisseuse. La localisation prédominante au ventricule gauche des lésions scléreuses du myocarde tient à ce que les branches descendantes des coronaires sont le siège de prédilection des lésions athéromateuses.

Dans sa thèse sur la sclérose, M. Duplaix montre que la sclérose du cœur est toujours d'origine artérielle, secondaire à l'endo-péri-artérite, et qu'elle n'est pas de nature inflammatoire.

Leyden, en 1884, étudie la sclérose des artères coronaires; il distingue quatre groupes d'altérations du myocarde, consécutives à l'artério-sclérose des artères coronaires :

1° Les lésions artérielles sont très étendues, et le myocarde est intact.

2° Dans le second groupe le développement de thrombus artériels est rapide;

3° La troisième forme comprend les sténoses et les oblitérations lentes et progressives des artères qui ont pour conséquence la dégénérescence scléreuse du myocarde.

4° Dans la quatrième forme il y a une combinaison de toutes les lésions précédentes : outre les thromboses lentes on observe des obstructions artérielles rapides.

Les travaux de MM. Landouzy et Siredey, de MM. Huchard, Hoffmann, Demange et Haushalter, sont venus compléter l'étude de la sclérose cardiaque.

En 1887, M. Letulle étudie de nouveau le cœur sénile et décrit, avec M. Moutard-Martin, l'altération amyloïde associée à la sclérose du cœur.

Citons enfin les récents travaux de M. Nicolle (2) et de M. Budor (3), sur les artères coronaires et les lésions du myocarde.

L'oblitération des coronaires dépend, soit d'une aortite aiguë, soit d'une embolie, soit d'une thrombose rapide, suite d'endartérite, soit de la dégénérescence scléro-athéromateuse des artères.

M. Budor a montré dans sa thèse que certaines dispositions anatomiques pouvaient atténuer un peu la gravité des lésions. D'après cet auteur il existerait des artères *coronaires indépendantes* ou *même supplémentaires*.

Sur trente-huit cœurs examinés par lui, dix fois les coronaires présentaient des orifices multiples. Les orifices secondaires sont généralement de dimensions inférieures à celles de l'orifice principal.

Sur les dix cas où les coronaires avaient des orifices multiples, six fois ceux-ci répondaient à des artères de petit calibre, se rendant à la base des ventricules.

(1) Huber. Über den Einfluss der Kranzarterienerkrankungen auf das Herz, *Archives de Virchow*, 1882.
(2) Nicolle. *Bulletin de la Société anatomique*, 1887.
(3) Budor. Thèse de Paris, 1888.

Une fois, il y avait division précoce de la coronaire gauche.

Une fois la coronaire droite était accompagnée de deux branches volumineuses, mais qui ne semblaient pas surajoutées.

Une fois, la même artère présentait une branche secondaire assez grosse, mais ayant aussi son analogue sur les cœurs normaux.

Une fois, enfin, il existait à côté de la coronaire droite une branche surajoutée, une véritable artère supplémentaire.

M. Budor a observé un cas dans lequel une artère supplémentaire mêlait ses rameaux à ceux de la grosse branche interventriculaire de la coronaire antérieure. Cette dernière, très athéromateuse, étant venue à s'oblitérer par thrombose, la majeure partie du territoire qu'elle irriguait n'en a pas moins continué à vivre, grâce aux branches de l'artère voisine, et c'est seulement à la pointe du cœur, où cessait cette branche, que la dégénérescence s'est produite.

L'action de suppléance, ajoute M. Budor, est ici des plus manifestes. Il est évident que, dans les conditions ordinaires, ce n'est pas seulement la pointe du cœur qui aurait dégénéré, mais toute la paroi antérieure du ventricule.

Le cœur (1) est généralement augmenté de volume, il est globuleux, arrondi ou conique; quelquefois il conserve sa forme générale, mais présente une dimension exagérée.

Le plus souvent la sclérose n'est visible que sur la surface de section du cœur; on aperçoit en différents points un tissu nouveau, d'un blanc nacré ou d'un blanc grisâtre; le parenchyme cardiaque semble faire saillie sur la coupe autour des taches scléreuses.

Ces foyers siègent surtout dans les piliers des valvules auriculo-ventriculaires, principalement de la mitrale. Les lésions du ventricule droit sont rarement aussi marquées.

Quand la lésion occupe les couches extérieures sous-péricardiques de la paroi, ce sont ordinairement les couches les plus rapprochées de l'endocarde qui sont dégénérées. « Cette particularité, dit M. le docteur Weber dans son excellente thèse, doit s'expliquer, non par une relation possible entre l'endocardite chronique et la sclérose, mais par ce fait que la lésion, étant le plus souvent due à un trouble de nutrition par défaut d'irrigation sanguine, devra siéger dans les régions les moins nourries, c'est-à-dire le plus loin possible des vaisseaux nourriciers. Voilà pourquoi les piliers sont si facilement atteints par le processus dystrophique. »

Les lésions du muscle cardiaque sont donc secondaires aux altérations vasculaires de l'organe. Aujourd'hui on admet comme démontrée l'identité des lésions chroniques scléreuses décrites sous le nom d'endartérite, de mésartérite et de péri-artérite : ce sont des lésions analogues, ayant une même origine, distinctes seulement par la diversité des couches qu'elles atteignent; la sclérose conjonctive frappe simultanément ou successivement une des trois couches. « Elle atteint (2) l'endartère, la membrane moyenne et le péri-artère, suivant un ordre assez habituellement centrifuge. La dégénérescence athéromateuse ou calcaire n'est qu'un événement ultime et banal surajouté au processus de sclérogenèse. Ainsi comprise, l'artérite chronique des auteurs ou artério-sclérose n'est, à proprement parler, qu'une lésion trophique ayant sa place dans la conception générale

(1) Weber. *De l'artério-sclérose du cœur*, Paris 1887.
(2) Odriozola. *Cœur sénile*, 1888.

des *scléroses secondaires aux troubles prolongés de la nutrition.* »

La *couche interne* n'a pas de vaisseaux sanguins; les lésions se font dans un tissu conjonctif isolé au-dessous d'une couche endothéliale; il se produit dans cette membrane une tuméfaction avec rétrécissement de la lumière du vaisseau : les travées conjonctives sont gonflées et ont perdu leur vague striation longitudinale. Qu'il s'agisse d'une dégénérescence graisseuse primitive des cellules fixes les plus profondes, ou d'une régression granuleuse primitive des fibres musculaires de la tunique moyenne, peu importe : cette lésion amène un épaississement de volume de l'endartère et le rétrécissement de la lumière du vaisseau. Peu à peu ce tissu tuméfié est envahi par la dégénérescence graisseuse des cellules fixes et la calcification de la substance intermédiaire.

Dans la *tunique moyenne* on voit que les fibres musculaires ont progressivement disparu, qu'il existe une induration scléreuse progressive des travées conjonctives, et des altérations régressives des vaisseaux capillaires.

Les lésions de la *tunique externe* sont encore plus nettes. Les *vasa vasorum* subissent les mêmes troubles de nutrition que ceux du vaisseau auquel ils sont destinés. Cependant il peut arriver que la sclérose artérielle soit très marquée et très ancienne sur les vaisseaux, alors que leurs *vasa vasorum* présentent une intégrité presque absolue. Dans d'autres cas, les altérations des artères et de leurs vaisseaux nourriciers paraissent contemporaines.

En présence de tous ces troubles de nutrition, la fibre musculaire disparaît peu à peu. Chaque fois que les fibres musculaires sont en contact avec le tissu scléreux, elles s'atrophient : elles peuvent ne plus être représentées que par des débris séparés les uns des autres par des travées de tissu conjonctif. Cette atrophie est due à une sorte de compression mécanique par les fibres conjonctives.

Si on cherche à fixer les dimensions des fibres cardiaques on s'aperçoit qu'il n'existe pas d'hypertrophie compensatrice histologique correspondant à l'hypertrophie cardiaque compensatrice. Il semble donc qu'il y ait simplement augmentation du nombre des fibres musculaires.

Peu à peu les fibres musculaires subissent la *transformation vitreuse*; elles perdent leur striation et prennent l'aspect hyalin. Mais ces fibres hyalines ne sont jamais nombreuses : le plus souvent, elles sont disséminées au hasard. Elles ont un contour plus arrondi; elles ont une réfringence spéciale et se laissent colorer assez fortement par le carmin.

M. Weber a cherché à expliquer la cause de cette transformation vitreuse. Il admet qu'à la suite de l'oblitération d'une fine artériole, il se produit en cet endroit une sorte d'infarctus suivi d'un travail inflammatoire, qui donne lieu à la dégénérescence vitreuse. Il arriverait dans ces cas ce qu'on observe dans le voisinage des abcès et des tumeurs des muscles.

VI

Les travaux relatifs aux reins sont surtout dus à Barterls et à M. le professeur Charcot, bien que quelques observateurs, après Bright, eussent déjà signalé la coexistence d'altérations rénales et de lésions artérielles généralisées.

En 1852, Johnson (1) met, sur le compte de l'hypertrophie des tuniques musculaires, l'épaississement du système artériel.

(1) Odriozola. *Cœur sénile*, 1888.

En 1853, Wilks soutient que les formes chroniques de la maladie de Bright sont accompagnées de lésions artérielles. Pour Dickinson, ces lésions s'observeraient 52 fois sur 100.

Le docteur Beale, en 1869, admet aussi la fréquence des altérations artérielles du rein; pour lui, il ne s'agirait point d'une hypertrophie de la couche musculaire, mais d'un épaississement de la tunique externe des artères. C'est la première notion de la péri-artérite chronique.

M. Lancereaux, en 1870, accepte l'origine vasculaire dans une des formes de la néphrite interstitielle.

On arrive enfin au travail de Gull et Suton, paru en 1872. Pour ces auteurs, les lésions primitives de la maladie de Bright sont dues à des altérations diffuses des artérioles et des capillaires. Les lésions consistent en une transformation hyalino-fibroïde des parois vasculaires, qui commence soit par le rein, soit à l'intérieur d'autres organes. Cette substance fibroïde n'est autre chose que du tissu scléreux qui, sur les artérioles et les capillaires des autres parties du corps, épaissit les canaux vasculaires. Bien que Gull et Suton n'aient pas donné à la lésion qu'ils ont observée le terme précis, ils ont véritablement décrit l'artério-sclérose : ils ont, en effet, insisté sur la grande proportion de tissu scléreux ou fibroïde, formé dans l'épaisseur des artérioles, et ont montré le rétrécissement progressif de la lumière vasculaire.

Ces notions, émises par Gull et Suton, n'ont pas été admises par tous les auteurs. C'est ainsi que pour M. Ewald, Gull et Suton auraient pris, pour une altération pathologique, certaines dispositions normales de la gaine lymphatique des vaisseaux de la pie-mère.

M. le professeur Charcot, en 1880, dans une étude sur les néphrites chroniques, proclame l'origine épithéliale de la cirrhose rénale et rejette l'influence pathogénique des lésions artérielles.

M. Brault, au contraire, en 1881, admet l'origine artérielle de la néphrite interstitielle; pour lui, la néphrite interstitielle pure doit être conservée à titre d'espèce distincte et est toujours d'origine vasculaire.

Dans son étude sur « la sclérose », M. Duplaix (1883) parle de la sclérose rénale, et insiste sur le développement de la lésion et sur sa délimitation absolue au niveau des vaisseaux et des glomérules.

En 1884, dans leurs *Études sur la pathologie du rein*, M. le professeur Cornil et M. Brault soutiennent que la cirrhose rénale se développe toujours suivant un ordre artério-capillaire. L'endartérite est la lésion primordiale de la néphrite interstitielle. « La lumière des artérioles, non dans tous les points mais dans beaucoup, est notablement rétrécie; l'épaississement de l'endartère est considérable. Dans les artérioles qui servent de pédicule à un glomérule fibreux l'oblitération est à peu près complète... Presque toujours, dans cette espèce particulière de cirrhose rénale, l'atrophie des glomérules se fait très lentement et sans phénomènes inflammatoires proprement dits. Les anses du glomérule s'épaississent, un tissu fibroïde se substitue aux anses vasculaires et le champ de la circulation se limite de plus en plus. »

M. Launois (1) a également montré que les uretères, la vessie, la prostate chez le vieillard présentaient des lésions qui étaient encore sous la dépendance du processus artério-scléreux. Les vaisseaux sont plus apparents; les artérioles sont entourées d'un anneau fibreux; il existe en même

(1) Launois. *De l'appareil urinaire des vieillards*, Paris, 1885.

temps un rétrécissement du calibre des vaisseaux. En somme, comme l'a très bien montré M. Launois, toutes les artérioles présentent les lésions de l'endo-péri-artérite.

VII

La *sclérose médullaire* d'origine vasculaire a fait l'objet d'une récente étude de M. Demange (1). Dans trois autopsies, il existait une myélite disséminée, et de l'endo-péri-artérite des vaisseaux médullaires, jointe à un athérome généralisé. Dans toute l'étendue de la moelle, M. Demange trouva, sur les coupes, une endo-péri-artérite généralisée, de nombreux foyers miliaires hémorrhagiques anciens disséminés dans toute l'étendue de la moelle, uniquement dans la substance grise.

Les vaisseaux artériels étaient bien plus apparents que sur une moelle normale. Sur un grand nombre d'entre eux, on constatait une prolifération endothéliale et un épaississement de la paroi; plusieurs préparations de vaisseaux des méninges spinales présentaient la même altération. Les diamètres des vaisseaux étaient très variables, les uns normaux, les autres manifestement augmentés de dimension.

En plusieurs points, et exclusivement sur les vaisseaux de la substance grise, principalement sur ceux qui étaient situés au niveau du col de la substance grise, et dans les cornes antérieures, on voyait, autour d'un petit vaisseau artériel à parois atteintes de péri-artérite, un petit foyer hémorrhagique annulaire qui enveloppait complètement le vaisseau et qui contenait des globules rouges plus ou moins déformés ayant fait irruption dans la gaine lymphatique des vaisseaux.

Sur une préparation correspondant à la partie inférieure de la région dorsale, il y avait, à côté d'un vaisseau atteint de péri-artérite, une sorte de disque plein, qui n'était autre chose qu'une paroi artérielle épaissie et tapissée par des noyaux en prolifération; c'était le fond d'un anévrysme miliaire d'un vaisseau de la moelle.

« En résumé, dit M. Demange, les lésions qui caractérisent cette moelle sont quelques taches rares de sclérose diffuse, et surtout une endo-péri-artérite généralisée, ayant déterminé un état moniliforme du vaisseau, probablement un anévrysme miliaire que les hasards des coupes nous ont fait constater, et enfin, surtout, de nombreux foyers miliaires hémorrhagiques périvasculaires, ayant fusé dans les gaines lymphatiques des vaisseaux médullaires en formant comme de petits anévrysmes disséquants le long de leurs parois. »

Nous avons insisté sur cette sclérose médullaire, parce que ces lésions peuvent faire commettre une erreur de diagnostic. C'est ainsi que chez un malade de M. Demange, le diagnostic posé pendant la vie avait été tabes spasmodique.

VIII

Rählmann (2) a récemment insisté sur les lésions de la rétine dans l'athérome des vaisseaux. Ayant examiné à l'ophthalmoscope un grand nombre de sujets atteints d'artério-sclérose, il a trouvé que les artères de la rétine présentaient des sortes d'étranglements dus à un rétrécissement de leur lumière. Au niveau des étranglements, la paroi n'est pas visible, ou bien elle présente un épaississement fusiforme formé surtout aux dépens de la paroi interne du vaisseau dont elle diminue ainsi la lumière; ces points-là se présentent sous forme de taches grises.

Quelquefois, au voisinage de ces foyers, existent des extravasations sanguines.

Les veines présentent souvent des étranglements analogues ou bien des dilatations sacciformes que, d'après Rählmann, les artères n'offrent jamais.

IX

Nous ne pouvons mieux terminer cette rapide Revue qu'en empruntant, au travail de M. le docteur Duplaix, ses conclusions qui résument d'une façon complète et précise les notions sur la sclérose : « La sclérose, lorsqu'elle se développe sous l'influence d'une cause générale, est une véritable maladie qui peut présenter des manifestations multiples et non localisées à un seul organe.

Cette généralisation des lésions scléreuses s'explique par les conditions de leur développement, qui exercent leur influence sur tous les points de l'économie.

La prédominance du processus morbide dans tel ou tel organe n'exclut pas sa présence dans les autres, et ne peut trouver sa raison d'être que dans une prédisposition spéciale de cet organe à être atteint, ou dans une action plus directe et primitive de l'élément morbigène.

A côté des lésions plus ou moins étendues des divers organes, se rencontre toujours une altération du système vasculaire, une artério-sclérose généralisée à tout l'appareil vasculaire. C'est elle qui commande l'évolution du processus dans l'épaisseur des organes; c'est là le lien qui unit entre elles toutes ces localisations diverses d'un même état morbide; c'est elle enfin qui démontre, non pas leur dépendance réciproque, mais l'influence d'une cause unique et générale sur leur production. Nous pouvons donc dire, avec certains auteurs, que la cirrhose atrophique, la néphrite interstitielle, etc., ne sont pas des maladies localisées, mais des manifestations d'un état morbide général.

Ainsi comprise, la sclérose présente, comme première manifestation, une lésion vasculaire de même nature, point de départ de la prolifération conjonctive; et si, dans le rein, à la suite de conditions spéciales, elle semble évoluer à la suite des lésions épithéliales, nous retrouvons encore cette même artério-sclérose qui joue dans cet organe le rôle qu'on lui attribue ailleurs.

Enfin, l'étude de ces diverses lésions, de leur évolution, de leurs conditions pathogéniques, nous font penser qu'elles ne sont pas de nature inflammatoire, mais le résultat d'un trouble nutritif; c'est pourquoi l'appellation de scléroses dystrophiques, qui leur a été donnée par M. Martin, nous semble parfaitement justifiée. »

M. Blachez (1) a présenté, à la Société médicale des hôpitaux, l'observation d'un malade atteint d'endartérite généralisée, dans laquelle se développa un ensemble de symptômes répondant aux localisations multiples d'une dégénérescence vasculaire généralisée.

Il arrive aux conclusions suivantes : « Il est facile, en jetant un coup d'œil sur l'ensemble de ces lésions, d'y saisir un rapport de coordination qui nous paraît évident. La lésion intravasculaire est certainement le point de départ de tout ce processus morbide... La lésion gagnant les artères rénales, la néphrite interstitielle s'en est nécessairement

(1) Demange. Contribution à l'étude des lésions scléreuses des vaisseaux, *Revue de médecine*, 1885.

(2) Treizième réunion des neurologistes et aliénistes du sud-ouest de l'Allemagne, in *Semaine médicale*, 13 juin 1888.

(1) Blachez. Société médicale des hôpitaux, 23 octobre 1885.

suivie avec les troubles sécrétoires correspondants. L'état granuleux et atrophique du foie n'a pas d'autre origine. La lésion la plus intéressante était certainement celle du cœur. Comme tous les autres vaisseaux, les artères coronaires avaient été atteintes. L'oblitération presque complète du rameau qui se rendait au ventricule gauche rend parfaitement compte de l'atrophie partielle de la paroi. A la suite d'une dégénérescence granulo-graisseuse, le tissu musculaire avait presque complètement disparu en ce point...

C'est un exemple typique de l'évolution de l'artérite généralisée et des troubles graves qu'elle peut provoquer. »

CONGRÈS POUR L'ÉTUDE DE LA TUBERCULOSE

Séance du 30 juillet (soir). — Présidence de M. Villemin.

COMMUNICATIONS DIVERSES

Absorption du virus tuberculeux par les voies digestives. — M. **BUTEL** fait une communication ayant pour but de démontrer que la tuberculose se prend plutôt par les voies digestives que par la voie pulmonaire. Faut-il nier pour cela l'absorption par les poumons? Non; mais elle est sans doute très rare. M. Butel demande que le Congrès déclare comme démontrés les faits suivants : 1° la virulence de la viande tuberculeuse, virulence incontestable et affirmée par tous les expérimentateurs; 2° la prédisposition humaine à la tuberculose, qui a considérablement augmenté, puisqu'au commencement du siècle la mortalité, comparativement aux autres maladies, était de 1 p. 10, tandis qu'aujourd'hui elle est de 1 p. 5; 3° enfin la pénétration facile du bacille de Koch par le tube digestif.

Mesures prophylactiques à adopter dans les hôpitaux. — M. **GIORGIERI** (de Florence) propose d'adopter les mesures suivantes dans les villes où il n'y a pas d'hôpitaux spéciaux pour les tuberculeux :

1° Établissement de pavillons isolés, bien aérés et bien ventilés; 2° désinfection régulière et quotidienne des salles, des vêtements, du linge, des cruchons et des crachoirs; 3° préposer à la surveillance des tuberculeux des personnes saines, robustes et ayant dépassé trente ans.

Contagion de la tuberculose. — M. **TRASBOT** a observé deux cas de tuberculose chez le cheval, le premier en 1883, le second en 1887. Avec les produits de ce second cas, il a inoculé deux cobayes qu'il a placés dans une cage avec d'autres cobayes non tuberculeux. Les deux cobayes inoculés sont morts, après trois et quatre semaines, avec des lésions tuberculeuses, cinquante autres cobayes furent successivement contaminés dans cette cage qu'on dut désinfecter pour arrêter la propagation de la maladie. La plupart de ces animaux ont dû être inoculés par le tube digestif, on trouve chez eux des lésions tuberculeuses considérables dans le foie, dans la rate. Ce fait vient à l'appui de beaucoup d'autres.

Degré de transmissibilité de la tuberculose par les voies respiratoires. — MM. **CADÉAC** et **MILLET** (de Lyon) ont fait à ce sujet des séries d'expériences. Dans une première série ils ont fait respirer à des animaux sains des produits de l'expiration gazeuse d'animaux tuberculeux. Ils n'ont obtenu que des résultats négatifs. Dans une seconde série ils ont fait respirer de l'air exhalé par des animaux tuberculeux à des animaux sains, sans aucun moyen de contention de cet air, par simple cohabitation; les animaux sains étant seulement séparés des malades par un grillage. Résultats négatifs. Ils ont soumis à une cohabitation complète des lapins sains et des lapins tuberculeux. Deux sur trois des lapins sains sont devenus tuberculeux. Ici la transmission s'est faite probablement par les ingesta.

Ces expérimentateurs ont recherché le bacille de Koch dans l'atmosphère d'animaux tuberculeux, par des procédés de calorification et de réfrigération. Les recherches microscopiques n'ont donné aucun résultat, mais l'inoculation a donné des résultats positifs. Le bacille se trouve donc dans l'atmosphère des tuberculeux. Ils ont insufflé des poussières tuberculeuses dans une cage contenant des cobayes. Deux de ces animaux chez lesquels on avait déterminé une bronchite expérimentale à l'aide du brome ont contracté la tuberculose. L'inflammation expérimentale des voies respiratoires semble donc avoir, chez ces animaux, prédisposé à l'inoculabilité des poussières tuberculeuses contenues dans l'air.

Il résulte de ces faits que l'appareil respiratoire n'est pas un milieu favorable à l'absorption du virus tuberculeux. L'infection tuberculeuse pulmonaire, si elle existe, est donc rare.

Tuberculose du maxillaire supérieur. — M. **LE DENTU** communique l'observation d'un homme de trente-deux ans qui entra à l'hôpital le 10 septembre 1887. Il portait dans le sillon genio-maxillaire une ulcération irrégulière à surface tomenteuse et mamelonnée, recouverte d'un pus sanieux; il y avait un commencement de destruction de la partie correspondante de l'os maxillaire; du côté de la voûte palatine existaient deux ulcérations médianes. Le traitement antisyphilitique restant sans résultat, M. Fournier, qui soignait ce malade, conclut à une ulcération tuberculeuse. Le malade avait eu la rougeole à treize ans; à la suite de cette affection avait apparu de la gourme; à trente ans, il avait eu une fièvre typhoïde à la suite de laquelle il resta sourd de l'oreille droite. En 1887, il a une angine suivie de petits boutons sur le côté gauche du voile du palais. L'oreille droite donne du pus et la surdité atteint également l'oreille gauche. En présence de ces antécédents et de l'inefficacité du traitement antisyphilitique, M. Le Dentu, comme M. Fournier, dont il ignorait le diagnostic, conclut à une tuberculose primitive du maxillaire, les poumons étant indemnes. Sous l'influence de pansements à l'iodofome et d'une médication interne appropriée, ce malade se trouve actuellement très amélioré.

Hérédité tuberculeuse paternelle. — M. **LANDOUZY** communique un fait d'hérédité tuberculeuse paternelle, la mère restant saine. Il s'agit de quatre enfants tous morts tuberculeux; ces enfants avaient été nourris au sein. Il n'est pas possible d'admettre la contagion, car le père, atteint de tuberculose pulmonaire, toussait mais ne crachait pas. Il s'agit donc bien d'une infection conceptionnelle, les spermatozoïdes ayant contagionné l'ovule. Ce fait démontre donc la réalité de la transmission héréditaire de la tuberculose, comme de la syphilis, du père à l'enfant, la mère restant saine, si bien qu'on peut dire : *pater est quem morbus filii demonstrat.*

Origine alimentaire de la tuberculose chez l'enfant, moyens de la prévenir. — M. **LEGROUX** fournit les nouvelles preuves de l'absorption du virus tuberculeux par les voies digestives chez l'enfant et de nouveaux exemples de transmission de la tuberculose par le lait. Ce fait étant démontré, on comprend les dangers du biberon. Il importe de faire comprendre ces dangers au public. A cet effet, M. Legroux propose la nomination d'une commission chargée de rédiger une plaquette qui sera distribuée gratuitement dans toute la France et qui donnera les instructions nécessaires.

M. **LANDOUZY** demande à MM. les vétérinaires s'ils sont à même de diagnostiquer toujours la tuberculose au début, chez les vaches. Il se rappelle avoir entendu M. Bouley raconter qu'une des vaches primées au concours de Poissy avait les poumons farcis de tubercules. N'est-il pas plus simple, en présence de ces faits, de répéter sans cesse à toutes les mères de famille et de crier sur les toits, qu'il faut faire bouillir le lait destiné à l'alimentation des enfants?

M. **TRASBOT** déclare qu'il est impossible d'affirmer, dans un cas donné, qu'un animal de l'espèce bovine n'est pas tuberculeux. On a vu des bœufs gras et des vaches laitières primées aux concours agricoles, avoir des tubercules dans les poumons. Il n'y a, comme le dit M. Landouzy, qu'un moyen sûr et pratique, faire bouillir le lait.

M. **NOCARD** rappelle qu'il y a dix ans qu'on recommande de faire

bouillir le lait donné aux enfants. Si, pour une raison quelconque, il faut donner du lait cru à un enfant, qu'on lui donne du lait de chèvre, la tuberculose étant à peu près inconnue chez la chèvre.

Opérations et récidives successives chez les tuberculeux. — M. RICHELOT rapporte l'observation d'un jeune garçon atteint successivement de fistule salivaire du canal de Sténon, d'abcès ganglionnaires, d'adénites tuberculeuses, de suppurations abondantes, d'otite moyenne suppurée, de tumeur blanche du coude droit, d'un début de tumeur blanche de l'épaule gauche, de craquements au sommet du poumon gauche, etc., qu'il a successivement traité par l'ablation des ganglions atteints, le curage des foyers ramollis, l'ouverture, le grattage et le drainage des abcès, la résection du coude avec ablation des fongosités, la révulsion et l'ignipuncture, l'incision et le grattage de fongosités récidivées au coude, l'ouverture et le grattage de tous les foyers tuberculeux. Sous l'influence de ce traitement qui a duré quatre ans et de ces opérations multiples et répétées selon les indications, ce malade aujourd'hui ne tousse plus, mange bien, se trouve aussi bien que possible, et est guéri de tous ses accidents, à tel point qu'il est encore à l'hôpital Tenon, non plus comme malade, mais comme allumeur de réverbères.

Cette observation est remarquable par la ténacité des récidives, la menace avortée du côté des poumons et par le succès final de toutes ces interventions graves si souvent répétées. Elle plaide en faveur de l'intervention dans les tuberculoses locales, même multiples et récidivantes.

Tubercule anatomique. — M. BARTHÉLEMY, depuis 1882, traite les tubercules anatomiques par les pointes de feu, et il en a toujours observé les résultats les plus satisfaisants. Les pointes de feu fines constituent le mode de traitement le plus rapide et le plus sûr de cette affection. Le tubercule anatomique n'est pas toujours univoque. On a bien, dans un certain nombre de cas, trouvé le bacille ; il s'agissait alors de véritable tuberculose cutanée, mais il n'en est pas toujours ainsi. Le mot tubercule anatomique n'est pas exact, pas plus celui de tubercule que celui d'anatomique, puisque, dans beaucoup de cas, il ne s'agit ni de tuberculose, ni de résultat d'une piqûre anatomique.

Douleurs persistantes dans les moignons des amputés tuberculeux. — M. GUINARD (de Paris) fait une communication sur ce sujet. Il faut toujours réséquer le nerf, dans ces amputations, pour éviter plus tard la production de névromes très douloureux. Dans l'amputation de la cuisse, par exemple, il faut réséquer le nerf sciatique de sept à huit centimètres. M. Guinard rapporte l'observation d'un tuberculeux amputé par M. Verneuil et qui, après l'opération, souffrit beaucoup de son moignon et de son pied enlevé. En examinant attentivement ce malade, M. Verneuil reconnut chez lui l'existence d'un abcès para-osseux dans le petit bassin, d'une collection purulente comprimant les nerfs du plexus sacré. M. Verneuil fit l'aspiration du pus et injecta, à la place, de l'éther iodoformé à 5 p. 100. Quand le malade se réveilla, après l'opération, il se plaignait de douleurs extrêmement intenses, ce qui s'expliquait par ce fait que l'éther iodoformé exerçait la même compression que le pus. Après deux ou trois jours, les vapeurs d'éther se résorbant, les douleurs disparurent et le malade fut complètement guéri après une seconde injection.

M. Jalaguier a observé un cas semblable dans lequel il s'agissait, non pas d'un abcès, mais d'une agglomération de ganglions. Les révulsifs, les vésicatoires et le traitement interne par l'iodoforme eurent facilement raison des accidents douloureux causés par ces ganglions.

Thérapeutique chirurgicale dans les affections tuberculeuses en Espagne. — M. VARGAS (de Madrid) passe en revue toutes les méthodes chirurgicales dirigées contre les affections tuberculeuses des diverses parties du corps. En Espagne, la chirurgie tend à se faire active et à poursuivre les tuberculoses locales partout où elles naissent, fût-ce au cerveau ou au poumon.

La séance est levée.

Séance du 31 juillet (matin). — Présidence de M. VILLEMIN.

COMMUNICATION

Relation d'une culture de matière tuberculeuse du poumon humain. — M. SOLLES (de Bordeaux) dit que cette culture donne lieu à une coloration verte intense du champ cultural et jouissant de propriétés extrêmement virulentes sans lésions de tissu apparentes. Cette culture verte se compose de bacilles qui seront soumis au Congrès.

Elle exhalait une odeur aromatique très voisine de la fleur d'oranger.

DISCUSSION DE LA QUATRIÈME QUESTION

Diagnostic précoce de la tuberculose chez l'homme.

M. ESPINA Y CAPO (de Madrid) lit quelques extraits d'un travail, qu'il a fait, sur la manière d'arriver chez l'homme à un diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire. L'auteur reprend l'étude des signes classiques connus et paraît attacher une grande importance à l'étroitesse transversale de la poitrine. Quand l'espace, qui sépare les deux mamelons, ne dépasse pas 17 à 19 centimètres, quand la périphérie du thorax, au niveau de l'aisselle, est inférieure à 72 centimètres, il faut se méfier et craindre la tuberculose.

M. ARLOING. Y a-t-il chez l'homme deux variétés de tuberculose, l'une méritant le nom de scrofule et répondant à un type clinique bien connu, l'autre méritant véritablement le nom de tuberculose?

Il y a certaines formes d'adénites strumeuses, de scrofulides cutanées qui ne se comportent pas à l'inoculation comme la tuberculose vulgaire. Y aurait-il là une variété nouvelle de tuberculose? Ce serait aller au delà de la pensée de M. Arloing que d'affirmer une telle chose; mais il peut dire que l'inoculation rend de grands services dans le diagnostic de ces deux manières d'être de la tuberculose. Les manifestations scrofuleuses ne donnent jamais d'inoculations positives sur le lapin, elles ne donnent des résultats, et souvent minimes, que chez le cobaye, dont on a déjà constaté la sensibilité à l'égard de tout ce qui est tuberculose. De sorte que, quand un produit tuberculeux donne une inoculation positive chez le cobaye, nulle chez le lapin, on doit admettre que cette lésion tuberculeuse a une essence plus bénigne, moins extensive, moins infectieuse que la tuberculose vulgaire.

Sur les conseils de M. Ollier, M. Arloing s'est livré à une série de recherches sur les malades tuberculeux, soumis à une opération chirurgicale quelconque, grattage d'abcès froid, évidement, résection, etc., et, après avoir enregistré les résultats de l'inoculation, il a comparé le pronostic expérimental au pronostic réel de la lésion première. Les faits ne sont pas encore très nombreux, car ils ne sont qu'au nombre de 17. Mais cependant, on peut en tirer quelques renseignements fort importants. Sur ces 17 malades, 8 fois le diagnostic expérimental fut : scrofule ; dans les 9 autres cas, ce fut le diagnostic de tuberculose qui fut porté, c'est-à-dire que, dans ces 9 cas, l'inoculation fut positive pour le cobaye et pour le lapin.

En recherchant ce que devinrent les malades, on voit une certaine concordance entre les résultats de la clinique et de l'expérimentation.

Sur les 8 malades, diagnostiqués scrofuleux, il y eut 2 guérisons absolues, 2 guérisons incomplètes, 4 furent perdus de vue.

Sur les 9 malades, diagnostiqués tuberculeux, il y eut 2 morts, 4 non améliorés et qui, au bout de 18 mois, suppuraient encore, 1 guérison; 2 furent perdus de vue.

Dans tous les cas de tuberculose cutanée, même chez des sujets nettement atteints de tuberculose pulmonaire, l'inoculation au lapin fut négative, il paraît donc résulter des expériences de M. Arloing que les lésions tuberculeuses de la peau sont toujours moins infectieuses que celles des viscères.

M. DAREMBERG a vu une tuberculose inoculée à un lapin,

rester locale pendant plusieurs années. La culture qui avait servi à l'expérimentation avait été laissée, plusieurs jours, par mégarde, exposée à la température de la chambre. Cette lésion tuberculeuse, ainsi produite, ne put jamais être réinoculée à un autre lapin adulte, mais elle donna une tuberculose généralisée chez des cobayes et des lapins très jeunes. L'agent infectieux était évidemment, là, dans un état d'impuissance relative.

M. LELOIR revient sur ce point, qu'il a déjà traité, de la technique opératoire des inoculations. Pendant longtemps, il dut nier la nature tuberculeuse du lapin vulgaire, car les inoculations, même sur le cobaye, étaient négatives. Cela tenait à la quantité trop minime du produit injecté, et surtout à ce que, primitivement, il faisait l'injection dans la couche sous-cutanée. Depuis qu'il insère un morceau de lupus, soit dans la cavité abdominale, soit dans l'épiploon amené sous la peau, il obtient des résultats constants.

M. NOCARD ne voit qu'une chose dans les expériences de M. Arloing, c'est qu'il y a des cas où le bacille est peu actif ou en petite quantité, et que, dans ces cas que M. Arloing appelle scrofule, l'inoculation est faible ou nulle. Mais pour lui, il ne saurait y avoir de doute; les lésions scrofuleuses sont nettement tuberculeuses, et il en donne la preuve irréfutable, de la façon suivante. Une lésion dite scrofuleuse, injectée sous la peau d'un cobaye, parvient à peine à donner un tubercule local. Cependant, si l'on fait une culture des bacilles de cette tuberculose du cobaye, on parvient à l'inoculer au lapin sous une forme extrêmement intense et très rapide dans sa généralisation. Sans rappeler les nombreuses preuves cliniques aujourd'hui surabondantes, l'expérimentation, à elle seule, permet d'affirmer que la scrofule n'est qu'une tuberculose atténuée, c'est-à-dire pauvre en bacilles et peu virulente.

M. VERNEUIL. Le chirurgien a besoin d'un diagnostic certain pour diriger sa thérapeutique ; si le diagnostic des lésions tuberculeuses est le plus souvent aisé cliniquement, cependant, il est quelques cas où il n'en est point ainsi. Certains abcès froids ne sont pas tuberculeux, ou peuvent, une fois réchauffés, prendre les allures des abcès chauds; il en est de même pour les gommes, les affections ganglionnaires, articulaires, etc., dont le diagnostic est quelquefois douteux. Dans quelques cas, une lésion peut avoir été tuberculeuse et cesser de l'être.

Dans ces cas de diagnostic incertain, deux procédés sont utilisables en pratique : la recherche du bacille et l'inoculation. La recherche du bacille, au moyen du microscope, est chose délicate, que tout le monde ne saurait bien faire, elle exige une instrumentation coûteuse, un temps souvent fort long avant de découvrir le bacille cherché. Aussi, pour le praticien, l'inoculation est le seul procédé à recommander : un outillage peu coûteux : deux ou trois cobayes, une ou deux pipettes de Pasteur, voilà tout l'appareil nécessaire.

Cette inoculation se fait dans la cavité abdominale sur le cobaye. On peut alors avoir une réponse positive dès le dixième jour. Ce qui rendait autrefois les inoculations impraticables, c'est que, faites sur le lapin et par la méthode hypodermique, elles nécessitaient six semaines à deux mois avant de pouvoir être manifestes.

M. CLADO (de Paris) fait connaître les procédés expérimentaux que vient d'indiquer M. Verneuil : il suffit de prendre une pipette chargée de produits suspects et de l'introduire dans la cavité péritonéale, après avoir rasé les poils de la paroi abdominale. On acquiert souvent ainsi des résultats très importants dans des cas suspects, synovites, abcès, urines purulentes, etc.

Le dixième jour on constate déjà sur la rate un semis de granulations caractéristiques; c'est, en effet, cet organe qui est presque toujours le premier atteint, la tuberculose expérimentale se localisant dans la partie sus-ombilicale du péritoine; la tuberculose pulmonaire n'apparaît toujours que tardivement et encore se produit-elle par l'intermédiaire du diaphragme.

M. Clado présente, en outre, des tubes d'agar-agar glycériné, où se sont développées de nombreuses colonies de staphylococcus pyogenes aureus, provenant d'un abcès froid tuberculeux ; si on recueille le pus de ces abcès, après injection dans ceux-ci d'éther iodoformé, et qu'on les ensemence, on ne retrouve plus aucune colonie microbienne.

M. SOLLES, depuis deux ans, à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, se sert de l'inoculation aux cobayes, dans le cas de diagnostic difficile et douteux. Mais il abandonnera maintenant l'injection sous-cutanée qu'il employait jusqu'alors, pour l'injection intra-péritonéale qui permet plus rapidement et plus sûrement d'arriver à un résultat positif.

M. LANDOUZY lit un volumineux mémoire sur la tendance qu'ont certains sujets à devenir tuberculeux. Cette question est du plus haut intérêt au point de vue prophylactique.

Les individus à peau fine et blanche, aux chairs opulentes, aux yeux bleus, aux cheveux roux, représentent un type prédisposé à la tuberculose. C'est à ce type que M. Landouzy, dans ses différentes communications, pour masquer son langage et ne pas jeter l'alarme, a donné le nom de type vénitien. Qu'on ne s'étonne pas de cette prédisposition inexplicable. On sait, en effet, que les Anglais sont prédisposés à la scarlatine, que les vaches qui ont beaucoup de blanc sont facilement tuberculeuses, et que les chevaux blancs sont plus volontiers atteints de néoplasie.

Parmi les conditions pathologiques qui peuvent créer l'opportunité tuberculeuse, il faut citer, en première ligne, la variole. Depuis plusieurs années que son attention est attirée sur ce point, M. Landouzy atteste que, sur trois cents variolisés, il n'en a vu que dix qui n'étaient pas tuberculeux. Et, sur ces dix, il y en avait trois qui, par des cardiopathies, de l'artério-sclérose, étaient presque prémunis contre la tuberculose.

De ces données, il faut tirer plusieurs conclusions : la première et la plus importante, c'est que ces candidats à la tuberculose, les roux ou les variolisés, doivent être tenus comme suspects et mis à l'écart de tout contact tuberculeux.

La deuxième, c'est que lorsque les pouvoirs publics auront rendu la vaccine obligatoire, ils auront ainsi libéré un des territoires préférés par la tuberculose.

DISCUSSION DE LA QUESTION IV *bis*.

Diagnostic précoce de la tuberculose chez les animaux.

M. CAGNY (de Senlis). Le diagnostic de la tuberculose animale est fort difficile, au début du moins; mais on a tort de dire impossible. Le vétérinaire doit non seulement, dans la confection de son diagnostic, tenir compte des symptômes que fournit l'animal observé : maigreur, toux, jettage, état de la peau, etc. Mais il doit faire une enquête sur l'état de l'étable, l'alimentation, les épidémies qui ont régné dans cette étable ou dans les pâturages voisins. En un mot, il doit procéder comme dans une enquête, en vue de diagnostiquer une maladie contagieuse, en un mot, comme il procède pour la morve. Si un animal, déjà tuberculeux, a été reconnu dans l'étable, il est probable que celui pour lequel le diagnostic est en suspens est, lui aussi, atteint de tuberculose. Si l'étable est basse, étroite, sale, humide, non aérée, il faut également craindre l'infection par la tuberculose.

C'est avec ces renseignements qu'on guidera la clinique, dont l'œuvre est ici fort difficile. Car chez la vache, à côté de la tuberculose pulmonaire, il y a une tuberculose essentiellement localisée aux ganglions, et qui se traduit seulement par des signes de compression. M. Cagny rapporte la relation d'un fait où, à l'autopsie, on trouva un ganglion du poids de 2 kilogrammes, sans qu'il existât d'autre manifestation tuberculeuse.

M. GRISSONNANCHE (d'Aigueperse) croit également que la difficulté du diagnostic de la tuberculose est un peu moindre qu'on ne le pense. Pour lui, il est plus facile de diagnostiquer la tuberculose que la morve au début.

Jamais il n'a observé l'état aigu d'emblée et, en mettant à part la péri-pneumonie contagieuse, il peut dire qu'en dehors de la phthisie, les autres maladies du poumon et de la plèvre sont fort rares. On peut noter, dès les premiers moments de la tuberculose, la tuméfaction des ganglions rétro-pharyngiens, l'irrégularité

et la diminution d'amplitude de la respiration, la toux, des frottements pleuraux. La toux, qu'on a souvent besoin de provoquer, se détermine plus facilement par la percussion des côtés, que par la compression de la trachée.

M. NOCARD reconnaît qu'il est des signes cliniques d'une incontestable valeur. En les réunissant tous, on peut arriver à une certaine somme de probabilité, mais jamais à la certitude. Or, quand il s'agit de prohiber la vente d'un animal, de l'exclure de l'alimentation, c'est la certitude qu'il faut.

Cette certitude, que la clinique est impuissante à donner, c'est l'expérimentation qui est capable de la procurer; ainsi que la constatation directe du bacille.

Il est certain que le microscope est le moyen le plus rapide et le plus sûr. Mais, il faut, pour le manier, dans les études microbiologiques une éducation spéciale, qu'auront maintenant nos jeunes confrères, je l'espère; il faut en outre faire les frais d'un microscope, et souvent enfin le bacille manque dans les produits expectorés.

A défaut de cette constatation, c'est à l'expérimentation qu'il faut avoir recours. Chacun sait, après les différentes communications qui ont eu lieu, comment se fait une inoculation. Mais le difficile, dans la pratique vétérinaire, c'est de se procurer la matière à inoculer. Le jettage est, en effet, loin d'être constant, et pour se procurer la matière à inoculer on peut faire tousser l'animal, ce qui n'est pas toujours commode, et opérer avec les parcelles de matières expectorées, ou bien, si l'on ne réussit pas, on peut, à l'exemple de Pools, pratiquer la trachéotomie, et avec une éponge introduite par la plaie, recueillir le mucus bronchique. Il est plus simple de relever le museau de l'animal, avec un anneau, pendant qu'un aide tire fortement la langue. Il est facile alors d'introduire une éponge montée jusqu'au vestibule laryngo-pharyngien et de recueillir quelques mucosités.

Mais comme ces produits sont impurs, il vaut mieux renoncer à l'inoculation intra-péritonéale, souvent mortelle dans ce cas, et recourir à l'injection sous-cutanée, qui peut, il est vrai, se compliquer d'inflammation, mais ces complications n'entraveront pas la marche de la tuberculose expérimentale.

Enfin, par l'usage de la vératrine, il est possible d'obtenir un jettage artificiel.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 28 juillet 1888, M. le docteur Fournier, de Tours, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Le jury du concours qui doit s'ouvrir lundi prochain, 6 août 1888, à quatre heures, à l'amphithéâtre d'anatomie de Clamart pour la nomination à une place de prosecteur des hôpitaux de Paris, est définitivement constitué. Il se compose de MM. Tillaux, Horteloup, Reclus, Terrillon, Monod, Lancereaux et Luys.

— *Faculté de médecine de Paris.* — A dater de ce jour et jusqu'au samedi 6 octobre 1888, inclusivement, le secrétariat sera ouvert tous les jours aux heures ordinaires, c'est-à-dire de midi à trois heures, et M. le secrétaire, en raison des vacances scolaires, recevra le jeudi de deux heures à trois heures.

A l'occasion aussi des vacances scolaires, la Bibliothèque de la Faculté sera fermée à partir du dimanche 5 août et jusqu'au 31 de ce mois. A dater du 1er septembre et jusqu'au samedi 6 octobre inclusivement, elle sera ouverte trois fois par semaine, le mardi, le jeudi et le samedi, de midi à quatre heures du soir.

— M. le docteur Louis Robert est nommé membre du comité d'inspection et d'achats de livres près la bibliothèque d'Arbois.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Lacoste (de Pau), et de M. le docteur Voyet, ancien médecin de l'Hôtel-Dieu de Chartres.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 6 août 1888.

On nous signale une grande infortune, qui vient de frapper la famille d'un de nos confrères.

Dans l'exercice de ses fonctions, M. le docteur Fichou est blessé au genou. Seul et sans secours, notre malheureux confrère pare aux premiers accidents. Mais les malades l'appellent; n'écoutant que son cœur, il ne veut pas les abandonner. Il oublie que le repos lui est absolument nécessaire. Le mal ne tarde pas à faire des progrès et, c'est sur un lit de nos hôpitaux, à Paris, qu'à la suite d'une amputation, notre infortuné confrère succombe, laissant une veuve et des enfants dans le plus profond dénuement.

Voilà bien le moment de nous souvenir des devoirs que nous impose la confraternité médicale. Si nos lecteurs partagent notre sentiment, nous les prions d'adresser directement leur obole à la veuve de notre confrère : *Madame veuve Fichou, à Erquy* (*Côtes-du-Nord*).

La situation que nous venons d'exposer est des plus douloureuses : elle demande un prompt secours ; et souvenons-nous du vieux proverbe : « Qui tost donne deux fois donne. »

HOTEL-DIEU. — M. RECLUS.

De l'hydrocèle et de son traitement; injections irritantes et cure radicale ou incisions antiseptiques.

Depuis quelques mois, j'ai eu l'occasion de traiter, ici, 21 cas d'hydrocèle, dont 19 par les injections irritantes et 2 par l'incision antiseptique ou cure radicale de l'hydrocèle. De ce fait, devez-vous conclure qu'il vaut mieux traiter cette affection par la méthode des injections irritantes, ou en faire table rase, malgré les résultats merveilleux qu'elles ont fournis, et donner la préférence à l'incision antiseptique des bourses ?

En vous parlant des injections irritantes, je laisserai de côté toutes celles qui ne sont pas faites avec la teinture d'iode, qui constitue l'injection type. Je n'entrerai pas non plus dans des détails, sur la méthode de ces injections, qui consiste à planter un trocart dans l'hydrocèle, à évacuer le liquide qu'elle contient, et à faire ensuite des injections de teinture d'iode *pure* et non de teinture aux deux tiers, aux trois quarts ou à la moitié.

L'incision antiseptique des bourses a été préconisée en Allemagne, par Volkmann. Plusieurs procédés ont été proposés. Je me bornerai à décrire celui de Juliard. Ce procédé consiste dans une incision du scrotum, étendue depuis l'orifice du canal inguinal, jusqu'à la partie la plus déclive des bourses, puis, la vaginale étant mise à nu, on plante le bistouri dans sa partie médiane, et on agrandit cette ouverture avec une paire de ciseaux. Le testicule est alors mis à découvert. On constate ainsi, généralement, l'exubérance de la tunique vaginale qui, incisée, forme deux feuillets, droit et gauche. On en retranche suffisamment, de façon à ne laisser que juste ce qu'il faut pour recouvrir le testicule.

Quand la section de la vaginale est ainsi faite, on examine le testicule, on cherche s'il n'existe pas quelque corps étranger ou kyste; si l'on n'en rencontre pas, on fait un lavage très modéré avec la liqueur de Van Swieten dédoublée, puis, on applique, l'un contre l'autre, les deux feuillets réséqués de la vaginale, que l'on maintient appliqués à l'aide de trois ou quatre sutures, faites avec l'aiguille de Reverdin et du catgut très fin, afin que la résorption s'en fasse très rapidement, l'accolement des deux feuillets s'obtenant dans la même journée. Quand la suture de la vaginale est terminée, on place six, huit ou dix crins de Florence entre la vaginale et le scrotum et on suture celui-ci avec des fils de soie, on achève le pansement avec l'iodoforme en appliquant le tout contre la paroi abdominale. On lève le premier pansement le cinquième ou le sixième jour, et lorsqu'on retire le second pansement au bout de dix jours environ, la guérison est généralement complète.

Depuis un an, j'ai fait cette opération de la cure radicale de l'hydrocèle neuf fois, tant ici, qu'à l'hôpital Broussais et en ville. Sur ces 9 fois, j'ai eu 2 fois une légère rétention d'urine qui a cédé à un premier cathétérisme ; 2 fois un peu d'épanchement au septième jour, qui a disparu vers le douzième jour; 3 fois un léger degré d'orchite, beaucoup moins intense que celle à laquelle donnent lieu les injections de teinture d'iode ; 2 fois enfin, un peu de suppuration ; dans le premier cas, la cure radicale de l'hydrocèle était surajoutée à une cure radicale de hernie, dans l'autre, il s'agissait, non pas d'une hydrocèle à proprement parler, mais d'une hématocèle.

Bref, dans ces neuf cas, la guérison s'est faite du cinquième au quinzième jour.

Or, avec les injections irritantes, les résultats ne sont pas aussi rapides, ce qui est un premier argument invoqué contre elles par les partisans de la cure radicale. Il en est encore deux autres, qui ont une valeur plus grande : 1° la récidive est moins fréquente, à la suite de l'incision antiseptique; 2° cette opération est plus simple et les accidents moins fréquents, ce qui, au premier abord, paraît paradoxal.

Un certain nombre de statistiques ont été dressées à l'appui de telle ou telle méthode. L'une des dernières est celle de M. Wendling, dans une thèse, d'ailleurs, très remarquable; mais je la récuse, car elle est faite avec les observations recueillies dans des livres; or, que trouve-t-on le plus souvent dans les auteurs? La publication seulement des cas extraordinaires. Elle comporte 100 cas d'hydrocèle, traités par les injections de teinture d'iode, sur lesquels 30 seulement ont été revus par le chirurgien, et ces 30 cas ont été suivis de 10 récidives, soit un peu plus de 33 p. 100.

Aussi à cette statistique, je préfère de beaucoup celle de Gosselin, observateur des plus consciencieux, qui cite 141 cas, sur lesquels nous ne trouvons que 16 récidives, c'est-à-dire un peu plus de 10 p. 100. Or, dans quelques cas, les injections ont été mal faites — ce n'est pas un reproche que j'adresse à l'éminent professeur, — elles ont été mal faites en ce sens, que la teinture d'iode, ou bien n'était pas pure, ou bien était préparée de vieille date, ce qui en modifie l'action thérapeutique. De sorte que si, chaque fois, il s'était servi de teinture d'iode pure, j'ai le droit de me demander si le nombre des récidives aurait été aussi considérable. Je ne le crois pas. De plus, on fait souvent rentrer, dans la classe des hydrocèles, un certain nombre d'hématocèles ou d'hydrocèles à parois épaisses, ayant perdu leur souplesse et par suite ne pouvant plus revenir sur elles-mêmes.

D'autre part, un de mes élèves, M. Linier, a relevé 457 cas d'incisions antiseptiques, lesquelles n'ont donné lieu qu'à 4 récidives, prouvant ainsi que celles-ci sont beaucoup moins fréquentes dans la cure radicale qu'à la suite des injections de teinture d'iode.

Mais est-il vrai que l'incision soit moins grave que l'injection? On a prétendu qu'un certain nombre de chirurgiens, et non des moins habiles, avaient percé le testicule avec leur trocart; l'un d'eux l'aurait même traversé de part en part. Le fait est vrai, mais, en somme, les accidents qu'il peut déterminer (hémorrhagies, orchites) sont très rares. Par contre, il est plus fréquent de voir survenir des accidents phlegmoneux. Broca a perdu ainsi un de ses opérés. J'ai observé aussi un cas de gangrène presque complète du scrotum; il y a trois semaines à peine, un vieillard de quatre-vingt-un ans a succombé à des phénomènes de cette nature, quatre jours après une injection de teinture d'iode. Néanmoins, ces accidents, il faut le reconnaître, sont moins fréquents que la statistique de M. Wendling pourrait nous le faire supposer : sur 100 observations, 16 suppurations très abondantes, et 3 morts consécutives à ces suppurations. Ce sont là des observations exceptionnelles, car on est loin, d'autre part, de publier tous les cas de guérison, de là une statistique forcément incomplète et qui, par suite, perd de sa valeur.

J'ajoute que, dans la statistique de M. Linier, les 457 opérations de cure radicale ont été suivies de mort trois fois seulement, et encore ces trois morts sont-elles absolument indépendantes de l'opération, puisque, dans deux cas, les malades sont morts atteints d'obstruction intestinale et dans le troisième, le malade a succombé à des accidents cardio-pulmonaires, très avancés au moment de l'opération. Nous pouvons donc dire que la cure radicale n'a donné lieu à aucun décès. De plus, nous ne relevons qu'un seul cas de suppuration, il appartient à une observation de M. Gross, de Nancy (phlegmon des bourses). Aussi le pronostic de M. Wendling est-il beaucoup trop sombre; il est vrai que je considère, par contre, celui que nous donne la statistique de M. Linier, comme trop favorable. Car il me paraît certain, qu'un certain nombre d'échecs, de désastres, n'ont pas été publiés, et cela par crainte d'être accusé d'avoir choisi, comme intervention, une opération grave, alors qu'on aurait pu se contenter des injections iodées.

Enfin, nous voyons que les praticiens, qui ont fait la cure radicale de l'hydrocèle, sont tous des chirurgiens de premier ordre, de là, par suite, les succès constants, tandis que le jour où, de même que les injections iodées, l'incision antiseptique se sera démocratisée, qu'elle sera tombée, par exemple, entre les mains d'officiers de santé ou de médecins qui n'ont pas le savoir nécessaire, nous verrons aussi cette opération suivie de désastres. Aussi au lieu d'opposer les unes aux autres des statistiques, qui ne peuvent être comparées, convient-il d'attendre encore un certain temps, car alors les résultats ne seront certainement plus les mêmes qu'aujourd'hui.

En résumé, donc, après avoir exposé ici les arguments en faveur de l'une et l'autre opération, en arrivais-je à vous dire que l'injection irritante, l'injection avec la teinture d'iode doit être l'opération de choix, sans que, pour cela, je rejette, loin de là, l'incision antiseptique ou cure radicale de l'hydrocèle. L'une et l'autre ont leurs indications spéciales.

Ainsi, dans l'hydrocèle congénitale à canal ouvert, ne doit-on jamais pratiquer les injections irritantes sous peine de voir pénétrer, dans l'abdomen, le liquide injecté et y déterminer une péritonite mortelle. D'autre part, j'ajoute que, dans ces cas, il ne convient pas non plus de recourir à l'incision, car le plus souvent cette hydrocèle se résorbe d'elle-même au bout d'un certain temps sans qu'il soit nécessaire d'intervenir. Ce n'est que dans les cas où l'hydrocèle congénitale est persistante, que l'on devra avoir recours à la cure radicale.

Dans les cas de parois épaisses et de loges multiples de l'hydrocèle, l'injection ne saurait non plus amener la guérison, à moins de vider chacune d'elles et d'y injecter la teinture d'iode, auquel cas l'incision antiseptique est préférable.

Enfin, si l'on soupçonne le testicule d'être malade sans en avoir la preuve certaine, en raison du volume de l'hydrocèle ne permettant pas de faire le diagnostic, l'incision est encore préférable, car elle permettra de reconnaître l'état des parties et de pratiquer une opération complémentaire, si cela est nécessaire.

Mais c'est surtout dans les cas de récidive d'hydrocèle traitée déjà par les injections, que l'on devra faire la cure radicale, car presque toujours cette récidive est due à l'épaisseur des parois, c'est aussi lorsque d'emblée, avant toute injection, l'épaisseur de ces parois vous porte à penser que la méthode des injections doit échouer.

En résumé, donc, je conclus de tout ce qui précède que :

1° les injections irritantes, donnant d'excellents résultats, doivent rester la méthode de choix; 2° l'incision antiseptique ou cure radicale, exigeant une instruction, une habileté plus grandes, doit être réservée pour les cas spéciaux seulement, c'est-à-dire en dehors de l'hydrocèle congénitale persistante et de l'hydrocèle à loges multiples, pour les hydrocèles récidivant et les hydrocèles à parois épaisses.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. Jules Simon.

I. Diagnostic des fièvres éruptives; varicelle.
II. Œdème et albuminurie.

I. Le diagnostic différentiel des fièvres éruptives est souvent sujet à caution, même quand vous vous trouvez en possession d'éléments qui paraissent sérieux; témoin le fait suivant sur lequel je veux appeler votre attention.

Il y a huit jours environ, on amenait, à ma consultation, un jeune enfant de cinq ans, déjà grandet pour son âge, couvert d'une éruption bulleuse, louche sur certains points, ombiliquée dans d'autres, confluente sur quelques départements cutanés, discrète, au contraire, sur d'autres. En étudiant avec attention les caractères de cette éruption sur les différentes zones du tégument, on trouvait ici des vésicules transparentes entourées d'une auréole allongée, là, des vésicules louches, ailleurs, enfin, des vésico-pustules, lesquelles dans certaines régions présentaient un petit point noir central avec ombilication.

Par suite, les avis étaient fort partagés sur la nature de cette éruption. Cependant, grâce aux renseignements qui me furent donnés, je pus arriver assez facilement au diagnostic. En effet, la maladie n'avait pas eu de prodromes, nous étions au samedi et le mal remontait, comme début, au mardi ou au mercredi, sans qu'il y ait eu la veille aucun signe avant-coureur. Or, nous pouvions éliminer immédiatement la varioloïde, qui n'est jamais exempte de prodromes, surtout quand il se développe, à la surface du corps, autant d'éléments anatomiques (vésicules, vésico-pustules), nous pouvions l'éliminer puisque l'éruption était apparue brusquement.

Dans la varicelle, au contraire, il n'y a pas de prodromes, et l'éruption se montre tout à coup.

De plus, si l'on examinait avec soin le mode de répartition des éléments éruptifs, on constatait tout d'abord le très petit nombre de vésicules ou de vésico-pustules sur le front et sur les joues, tandis que les unes et les autres affluaient en grand nombre sur le tronc; c'était là un signe de varicelle, tandis que, dans la variole et la varioloïde, les vésicules et vésico-pustules s'observent surtout sur la face et sur les mains, puis sur le tronc et sur les membres. Donc la différence de siège de l'éruption nous fournissait aussi, par elle-même, un élément important de diagnostic, et nous portait à dire, d'ores et déjà, qu'il s'agissait d'une varicelle.

En outre, vu la date d'apparition des vésicules, leur âge, celles-ci, au moment où nous voyions cet enfant pour la première fois à la consultation, auraient dû être déjà plus que louches, c'est-à-dire opaques, voire même purulentes et constituer de véritables pustules. Or ici il n'en était rien, et nous avions affaire à des vésicules les unes transparentes, les autres louches, c'est-à-dire avec un commencement de purulence, mais non pas à des pustules vraies. Là encore, nous rencontrions un élément nous conduisant au diagnostic de varicelle.

En résumé, de par l'absence des prodromes et la soudaineté de l'éruption, de par son siège, de par sa nature, c'est-à-dire de par les éléments qui la constituaient, nous avons pu dire que nous étions bien en présence d'une varicelle. Notre diagnostic a été tout à fait confirmé les jours suivants, l'enfant étant entré à l'hôpital.

Mais, comme je le disais en commençant, le diagnostic d'une fièvre éruptive est souvent assez difficile, parfois même, il est impossible au premier moment et sujet à erreurs. Et cela n'est pas indifférent, au point de vue de la contagion, au point de vue aussi du pronostic, telle éruption comme la varicelle étant bénigne, telle autre, au contraire, pouvant être d'une haute gravité.

II. Chaque fois qu'un enfant présente un certain degré de fièvre et que l'état des téguments ou des organes ne vous en donne pas l'explication ou, tout au moins, ne vous permet pas de la soupçonner, c'est dans la gorge que vous devez aller rechercher cette explication. Mais si la gorge vous fait aussi défaut, si vous n'y trouvez rien de particulier, aucune lésion, c'est dans l'organe rénal que vous la trouverez.

M. Henri Roger avait déjà dit, il y a bien longtemps, que chez l'enfant la gorge était bien souvent le point de départ de la fièvre. Je crois devoir y ajouter le rein. C'est donc dans les urines que vous irez chercher la cause des phénomènes fébriles, car chez l'enfant la congestion rénale est un accident fréquent, en dehors de certains états morbides particuliers comme, par exemple, la scarlatine.

Si donc, je le répète, après avoir minutieusement examiné votre petit malade, vous n'avez rien découvert, nulle part, examinez les urines, car vous aurez grande chance d'y trouver de l'albumine, et sa présence vous donnera la clef des phénomènes fébriles pour lesquels on vous aura consultés.

Nous en avons eu encore un nouvel exemple, samedi dernier, à notre consultation de l'hôpital.

Voici le fait: une petite fille, âgée de huit ans et demi, nous est amenée pour, dit la personne qui la conduisait, un état de défaillance générale, datant de huit jours environ, lequel s'accompagnait de vomissements. En même temps, la face était devenue bouffie, les paupières fortement tuméfiées, puis les membres à leur tour s'étaient œdématiés, et le ventre, également, présentait une certaine intumescence.

Ne trouvant aucune lésion particulière capable d'expliquer cet état, je songeai immédiatement à quelque néphrite albumineuse.

L'enfant fut admise dans nos salles et le jour de son entrée, non plus que le lendemain, nous ne trouvions aucune trace d'albumine dans ses urines. Il est vrai que quelquefois l'anasarque se présente sans albuminurie, mais ordinairement, il est généralisé, fixe et non mobile, siégeant principalement sur le tronc et dans les parties inférieures.

Or dans quelles circonstances notre petite malade avait-elle été prise? Elle avait été exposée au froid, insuffisamment vêtue, comme tant de ces pauvres petits êtres qui viennent ici; à la suite, elle avait eu de la fièvre, et son œdème s'expliquait par une diminution des fonctions de la peau, par une sorte d'arrêt de la circulation sous-cutanée.

Chez cette enfant nous avions donc un œdème partiel et

mobile; d'où j'avais songé à l'albuminurie. Mais nous étions déjà au huitième jour et nous ne trouvions aucune trace d'albuminurie dans ses urines; à peine le lendemain matin, neuvième jour, les urines présentaient-elles à la surface un aspect légèrement louche. Je persistai néanmoins dans mon diagnostic, et le surlendemain, dixième jour, je constatais une assez grande quantité d'albumine, laquelle hier avait encore augmenté, et aujourd'hui plus encore même.

Mais comment peut-on distinguer l'œdème partiel de celui qui tient à l'albuminurie? L'œdème de la face, vous le rencontrerez dans la coqueluche, à la suite de quintes violentes, répétées et persistantes; vous le trouverez également dans l'adénopathie bronchique. Mais dans ces cas, il n'est pas partiel, limité à un côté de la face par exemple, il n'est point mobile, et s'accompagne d'une sorte de suffusion des tissus qui perdent leur teinte rosée pour revêtir un aspect bleuté.

Et puisque je parle d'œdème et d'anasarque, je vous citerai un autre enfant entré dans mes salles et qui nous a quelque peu embarrassé. Il s'agit de cette petite fille, âgée de cinq ans, qui est couchée au lit n° 16. Elle était extrêmement oppressée, très dyspnéique: la face était bouffie, les tissus fortement œdématiés, la circulation veineuse était très pauvre. Enfin je constatai l'existence de ganglions très volumineux, situés au niveau des bronches et — j'abrège l'observation — je diagnostiquai une adénopathie bronchique de nature tuberculeuse, avec compression des troncs veineux par les tumeurs ganglionnaires. Il y avait là un œdème considérable dû à des troubles de la circulation résultant de la présence de ganglions vraiment énormes.

Il n'est pas jusqu'à l'impetigo facial qui, s'accompagnant d'un certain degré de bouffissure, ne puisse donner lieu à des erreurs de diagnostic. Il y a aussi l'œdème partiel du cou qui accompagne la diphthérite, l'angine couenneuse.

Enfin, j'ajoute qu'au milieu de tous ces œdèmes, je ne dois pas omettre de signaler ceux qui sont le résultat d'un obstacle au cours du sang. Cependant chez les petits enfants, vous ne trouvez pas d'œdème des extrémités inférieures; chez eux vous ne rencontrez jamais l'asystolie ou du moins si rarement que je n'en vois certainement pas un cas tous les cinq ou six ans. Il n'y a donc pas, au point de vue du diagnostic, à songer réellement à cette cause, lorsque vous vous trouvez en face d'un petit sujet atteint d'œdème.

Je ne parlerai pas en détail du traitement de l'anasarque albuminurique, je me bornerai seulement à en dire quelques mots, à vous dire que, chez tout enfant qui est au début d'une néphrite albumineuse, avec plus ou moins d'anasarque, vous devez: 1° chercher à stimuler les fonctions de la peau par des frictions chaudes (en enveloppant le petit malade dans des chemises de flanelle, en le maintenant au lit *d'une façon absolue*), par des ventouses sèches, des cataplasmes sinapisés et même, si cela est nécessaire, par quelques pointes de feu; 2° vous chercherez aussi à activer les fonctions digestives; vous ferez administrer un purgatif léger pour diminuer la tension du sang dans les capillaires des reins; 3° en même temps vous faciliterez la sécrétion rénale par le lait principalement; vous soutiendrez les forces avec du bouillon très léger, avec des œufs; 4° enfin, si le rein ne fonctionne pas régulièrement, si les urines sont diminuées, s'il y a menace d'anurie, malgré le traitement employé jusque-là, vous aurez recours aux diurétiques, dont le meilleur est encore la feuille de digitale en infusion à la dose de 10 à 20 centigrammes chez un petit enfant de deux à trois ans, donnée pendant deux ou trois jours; vous continuerez le lait, les tisanes de queues de cerise, de chiendent, etc., en ayant soin de vous garder, en pareil cas, des eaux minérales diurétiques, telles, par exemple, que celles de Contrexéville, qui pourraient amener une anurie promptement mortelle.

DES RUPTURES DE LA VESSIE ET DE LEUR TRAITEMENT

Par M. le docteur A. Blum, chirurgien de l'hôpital Tenon.

Lorsque le chirurgien se trouve en présence d'une rupture, certaine ou supposée, de la vessie, il doit, sans hésiter, inciser le plus tôt possible la ligne blanche, afin de reconnaître exactement le siège ou l'étendue de la lésion.

Si la plaie siège vers la base, c'est-à-dire si le péritoine ne se trouve pas intéressé, la cystotomie périnéale se trouve indiquée.

Dans les cas de rupture intra-péritonéale, la suture des bords de la plaie devra être pratiquée, suivie de la toilette du péritoine sans drainage.

Le meilleur procédé de suture, le seul qui ait donné des succès sur l'homme, est le procédé de Lembert (suture séro-musculeuse n'intéressant pas la muqueuse).

Lorsque, par sa situation ou son étendue, la plaie ne peut être réunie, on la suturera si faire se peut à la plaie abdominale, ou bien on imitera la conduite de M. Socin, qui pratique le drainage par une plaie péritonéale artificielle.

L'existence d'une péritonite au début n'est pas une contre-indication à la suture de la vessie. Cependant, les chances de succès sont d'autant plus grandes que la laparotomie a été plus rapidement pratiquée. (*Arch. de méd.*)

HÉMOPTYSIES ET RÉVULSIONS HÉPATIQUES.

On connaît l'heureuse influence de la révulsion, et notamment celle des vésicatoires appliqués sur la région du foie, pour arrêter les hémorrhagies rebelles, et M. Verneuil a vivement insisté sur ce fait dans la communication qu'il fit à ce sujet au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, tenu à Reims en 1880. On sait aussi combien la stéatose du foie est un phénomène habituel chez les phthisiques.

C'est en vertu de ce double principe, que M. le docteur Guinard a eu dernièrement l'heureuse idée de faire appliquer sur la région hépatique un large vésicatoire chez un tuberculeux en proie à une série d'hémoptysies, contre lesquelles aucun des moyens, usités en pareil cas, n'avait réussi et qui, tombé sans connaissance à la suite de ces pertes de sang, était en imminence d'une mort très prochaine. Cette révulsion eut un plein succès, l'hémorrhagie s'arrêta rapidement après l'application du vésicatoire, et ne reparut plus. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

CONGRÈS POUR L'ÉTUDE DE LA TUBERCULOSE

Séance du 31 juillet (soir). — Présidence de M. Chauveau.

COMMUNICATIONS DIVERSES

Prophylaxie de la tuberculose. — **M. SOUZA** (de Paris) reconnaît la nécessité de désinfecter les crachats; mais il se demande si les moyens préconisés sont bien pratiques. Le Congrès ne pourrait-il pas mettre à l'étude cette question des moyens simples et faciles à employer, pour désinfecter, dans la clientèle pauvre, les expectorations de ces malheureux phthisiques?

M. LAQUERRIÈRE (de Paris) proteste contre la façon dont se fait l'inspection des vacheries industrielles de Paris. Il n'y a que

quatre vétérinaires-inspecteurs pour le département de la Seine, encore ce service n'est-il pas le seul qu'on leur demande. N'y aurait-il pas lieu de modifier et de rendre plus efficace cette inspection des vacheries industrielles peuplées, comme chacun le sait, de vaches presque toutes tuberculeuses.

M. GIRARD (d'Arpajon) proteste contre le vote fait dans la première séance et demandant la saisie totale. Dans les tuberculoses locales et, en particulier, dans les tuberculoses ganglionnaires, la viande n'est pas infectée.

Propositions sur l'emploi des sels de cuivre contre la tuberculose. — M. LUTON (de Reims). *Première proposition.* — L'emploi des sels de cuivre dans la tuberculose, sans être une nouveauté, s'appuie sur l'action topique desdits sels appliqués aux manifestations extérieures du bacille pathogène tuberculeux.

Deuxième proposition. — L'efficacité de la médication cuprique dans la tuberculose est d'autant plus évidente, que la maladie est encore plus rapprochée de son origine.

Ce fait est d'ordre général et dépend de la participation plus ou moins avancée de l'économie au mal primitif.

Troisième proposition. — La nécessité de reconnaître la tuberculose le plus près possible de son début s'impose donc plus que jamais aux praticiens.

Ceux-ci s'appuieront dans leurs recherches sur les diverses circonstances suivantes :

1° L'étiologie, qui évoque l'hérédité, la contagion, l'affaiblissement de l'organisme, etc., etc.

2° L'examen des produits pathologiques, dans lesquels on pourra découvrir le bacille.

3° La clinique, qui nous fait diagnostiquer la tuberculose par des signes précoces et peu équivoques.

Quatrième proposition. — Un grand nombre de maladies de l'appareil respiratoire, hémoptysies, apoplexies pulmonaires, bronchites capillaires, pleurésies, pneumonies ; des fièvres continues, dites muqueuses ; des fièvres cérébrales, etc., ne sont que des manifestations secondaires de l'affection tuberculeuse.

C'est au milieu de ces états symptomatiques, plus ou moins compliqués, qu'il faut savoir trouver la véritable cause qui les produit, pour les combattre efficacement ; et les effets avantageux du phosphate de cuivre contre ces maladies, ramenées à leur nature réelle, sont encore une preuve de plus en faveur de leur pathogénie.

Cinquième proposition. — La condition essentielle de la tolérance des sels de cuivre est l'atténuation de la dose. Mais alors les propriétés inhérentes au remède doivent en quelque sorte être rehaussées par l'intervention du phosphore.

Il y a là un principe de thérapeutique d'une grande valeur ; et le phosphore lui-même, conformément à ses deux états isomériques, peut être actif ou inactif, et faire plus ou moins sentir son influence.

Sixième proposition. — Les formules et la posologie du phosphate de cuivre se réduisent aux données les plus simples.

M. Luton propose, pour fixer les idées, la dose d'un centigramme, comme point de départ, et comme unité thérapeutique. Cette dose peut être facilement portée à 5 centigrammes chez un adulte.

Le remède est administré indifféremment, en pilules, en potions, en mixture avec la glycérine ou la vaseline liquide, pour injections hypodermiques.

Septième proposition. — Aucune manifestation, ni physiologique, ni tonique, ne paraît se rattacher à l'effet utile du médicament proposé. L'état nauséeux doit lui-même être évité, autant que possible.

Huitième proposition. — L'action des sels de cuivre, dans la tuberculose, paraît donc d'ordre antiseptique ou zymoticide.

Cela rentre dans les faits connus à d'autres points de vue ; mais pour le bacille de la tuberculose, une démonstration directe sera nécessaire, si les succès thérapeutiques encouragent à l'entreprendre.

Neuvième proposition. — Étant donné que le phosphate de cuivre est un remède vraiment efficace contre les formes initiales de la tuberculose, on peut espérer, par l'emploi de certains adjuvants, dont nous ne refusons jamais le bénéfice à nos malades, conquérir un jour les formes avancées de l'affection.

Sous ce rapport, les préparations de noyer sont des auxiliaires tout indiqués de notre sel de cuivre : elles en complètent les effets, et elles les suppléeraient au besoin.

M. LEGROUX (de Paris) vient recommander le traitement de la tuberculose par la vaporisation de créosote dans un milieu confiné. Il présente au Congrès des courbes thermométriques et des observations fort encourageantes. Cette question se trouve d'ailleurs entièrement traitée dans la thèse de M. le docteur Aiguilhon.

MM. JORISSENNE et **CHAUVIN** pensent que l'iodoforme doit être employé dans le traitement interne de la tuberculose pulmonaire, et que son usage parvient à enrayer les hémoptysies.

M. FRÉMY (de Nice) demande aux médecins de n'envoyer dans les climats reconnus bons pour la cure des phthisiques que les suspects, les tuberculeux en puissance ; mais le phthisique véritable doit être envoyé dans un établissement fermé où il sera astreint à une thérapeutique raisonnée et à une hygiène rigoureuse.

M. DAREMBERG répond qu'il a visité, en Suisse, les établissements pour la cure des phthisiques, qu'il a été émerveillé des résultats obtenus, résultats qu'on jamais obtenus jusqu'ici par n'importe quelle thérapeutique. Il engage vivement les médecins à visiter ces établissements.

M. BRÉMONT (de Paris) fait connaître sa méthode de traitement par les bains térébenthinés.

M. RAIMONDI (de Paris) lit une statistique sur le traitement de la phthisie par les inhalations d'acide fluorhydrique.

M. SANDRAS (de Paris) fait une communication sur l'antisepsie des voies respiratoires par les vapeurs balsamiques.

Thérapeutique chirurgicale de certaines affections tuberculeuses. — M. BARETTE (de Paris). Pour se limiter aux affections tuberculeuses du squelette, celles-ci sont justiciables de deux principales méthodes : l'incision suivie du grattage, l'injection d'éther iodoformé.

L'auteur a observé que l'injection d'éther iodoformé prépare avantageusement l'autre pratique opératoire. Une injection d'éther iodoformé, faite huit jours avant le grattage, empêche le pus de se reformer dans la poche, rend les parois de celle-ci granuleuses, rouges, faciles à gratter et à réunir.

Enfin, l'injection d'éther iodoformé seule rend de grands services dans certains cas ; on peut observer, toutefois, quelques accidents, d'ordinaire sans signification fâcheuse : de petites eschares, des hémorrhagies de la paroi quand on pratique le grattage, enfin, des phénomènes généraux que l'auteur a vu aller jusqu'à la syncope.

M. LÉON PETIT annonce au Congrès qu'on a fondé une œuvre charitable, dite « Œuvre des candidats à la tuberculose », qui a pour but de recueillir, dès le bas âge, les enfants pauvres, issus de parents tuberculeux, afin de les élever avec hygiène et de les conduire à l'état adulte. L'Œuvre possède aujourd'hui deux hôpitaux : l'un à Ormesson, près de Paris ; l'autre à Valescure, au bord de la Méditerranée.

Il est à souhaiter que la charité étende le pouvoir de cette œuvre qui a tenu à se mettre, dès sa naissance, sous le couvert scientifique du Congrès de la tuberculose.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL lit un mémoire sur les voies de propagation des bacilles de la tuberculose, de M. le docteur Pierre de Toma (de Lesa). En voici les conclusions :

Dans l'infection tuberculeuse produite par l'inoculation, on trouve toujours établie à ce point une production du tubercule avec infiltration de même nature dans les tissus voisins, d'où les bacilles de la tuberculose se portent vers d'autres organes éloignés par la voie des vaisseaux lymphatiques, ce qui a lieu aussi

en grande proportion au moyen des cellules lymphatiques, parce qu'elles renferment aussi plusieurs bacilles de la tuberculose.

On ne doit pas considérer ce dernier fait comme secondaire, car lesdites cellules se démontrent telles lorsqu'elles sont en pleine activité physiologique.

Lorsque enfin l'infection tuberculeuse se trouve à un certain degré de développement, les vaisseaux sanguins peuvent à leur tour transporter les bacilles de la tuberculose.

M. L.-H. PETIT donne également lecture d'un travail de M. Quenu (de Paris) sur le traitement des tuberculoses locales par des solutions d'acide fluorhydrique.

Les essais ont été faits au dispensaire Pereire. Il paraît en résulter que ces solutions sont inefficaces contre les altérations osseuses; mais qu'elles peuvent être utilement employées contre les tuberculoses des parties molles, et, en particulier, contre les productions fongueuses. Immédiatement après ces applications, les fongosités s'affaissent et se recouvrent d'une sorte de liquide brunâtre. Le lendemain et les jours suivants la surface devient rouge et de meilleur aspect.

Il faut dire que l'application de ces solutions fluorhydriques contre les polypes tuberculeux de l'oreille moyenne n'a pas été encourageante.

La partie du Congrès ayant trait aux discussions et aux communications est déclarée close, et **M. LE PRÉSIDENT** met aux voix les propositions qui ont été émises et que la Commission a groupées en cinq propositions principales :

1° Il y a lieu de rédiger des instructions simples qu'on répandrait à profusion dans les villes et les campagnes, et dans lesquelles on indiquerait les moyens à employer pour se mettre à l'abri des dangers d'infection tuberculeuse par l'alimentation, — particulièrement avec le lait, — et pour détruire les germes virulents contenus dans les crachats, linges, literie, etc., des tuberculeux.

2° (La deuxième proposition est celle votée par le Congrès dans sa deuxième séance) [voy. *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 808].

3° Il y a lieu de soumettre à une surveillance spéciale les vacheries destinées à la production industrielle du lait pour s'assurer que les vaches ne sont pas atteintes de maladies contagieuses susceptibles de se communiquer à l'homme.

4° Il y a lieu de placer, dans les attributions des conseils d'hygiène, toutes les questions relatives aux maladies contagieuses des animaux domestiques, y compris celles qui ne semblent pas, quant à présent, transmissibles à l'homme. A la vaccine, la morve, la rage, le charbon, la tuberculose, peuvent, en effet, s'ajouter plus tard d'autres maladies infectieuses communes exigeant également une protection commune.

5° Que la tuberculose soit inscrite dans les lois sanitaires de tous les pays du monde parmi les maladies contagieuses nécessitant des mesures prophylactiques spéciales.

Ce dernier vœu a été adopté sur la proposition de M. Laho (de Bruxelles).

M. SOLLES, au nom des médecins et chirurgiens de Bordeaux, propose que le prochain Congrès mette à son ordre du jour la question de l'hospitalisation des tuberculeux.

La prochaine session du Congrès est fixée à deux ans.

Le Congrès, par acclamation, désigne M. Villemin comme président du futur Congrès.

Le vendredi matin 27 juillet, les membres du Congrès se sont rendus au laboratoire de M. Cornil; le dimanche, M. Nocard les recevait à l'École d'Alfort, et enfin, le lundi soir, un banquet, où l'entrain le plus cordial n'a cessé de régner, les réunissait à la même table. On peut dire que ce premier Congrès de la tuberculose a réussi au delà de toutes les espérances, et il faut encore féliciter M. le secrétaire général de la part qui lui revient dans ce succès.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1887-1888.

328. M. ARGUEYROLLES. Contribution à l'étude de l'œdème et de l'anasarque de nature rhumatismale. Coexistence de la dilatation de l'estomac. — 329. M. GAIFFE. Des phénacétines. — 330. M. GOURNIAC. Du délire hypochondriaque (valeur séméiologique). — 331. M. CARRIÈRE. Du rétrécissement pulmonaire congénital chez l'adulte. — 332. M. MERCIER. Fièvre typhoïde avec lésions prédominantes du gros intestin. — 333. M. BORIES. Aperçu médical sur la maison départementale de Nanterre. — 334. M. LAUZIT. Aperçu général sur les écrits des aliénés. — 335. M. PISON. De l'asymétrie fronto-faciale dans l'épilepsie. — 336. M. FOURIAUX. Contribution à l'étude du traumatisme dans ses rapports avec l'aliénation mentale. — 337. M. EYMERY. Étude sur la dyspnée dans les maladies du cœur et de l'aorte. — 338. M. DELACROIX. Contribution à l'étude du strophantus. — 339. M. THIBAL. Sclérose tubéreuse ou hypertrophique. — 340. M. PIERRE. Quelques considérations sur la présence des larves de la *docilia ismivera* dans les fosses nasales. — 341. M. LAUGIER. De la dilatation du cœur dans les maladies aiguës. — 342. M. JACQUOT. De l'infection tuberculeuse par voie génitale. — 343. M. JACQUET. Des syphiloïdes postérieures évasives. — 344. M. BAUDIER. Du traitement des plaques muqueuses hypertrophiques persistantes, chez les femmes. — 345. M. PUIG. De la fièvre et des complications dans la varicelle. — 346. M. BOISVERT. Étude clinique des formes atténuées de la paralysie alcoolique. — 347. M. QUIROGA. Étude sur l'ulcère gastro-duodénal d'origine infectieuse. — 248. M. JACOB. Exploration du conduit auditif et de l'oreille moyenne. Diagnostic des affections de la caisse du tympan. — 349. M. CHAMPEIL. Contribution à l'étude des cystites tardives dans la blennorrhagie. — 350. M. TOURNIER. Essai sur les labiélites tertiaires. — 351. M. VANNEUFVILLE. Étude clinique et expérimentale sur la néphrorrhapie. — 352. M. VILDERMANN. Signes et diagnostic des grossesses triples. — 353. M. WAYNBAUM. Des différentes manœuvres employées pour dégager la tête dernière, arrêtée sur le plancher périnéal, et leur comparaison avec les applications du forceps. — 354. M. DIEUDONNÉ. Quelques cas de fausse gangrène du poumon. — 355. M. CAUSIT. Du sourd-muet et de sa prédisposition à contracter la phthisie. — 356. M. D'OGER DE SPEVILLE. La maladie de Morvan. — 357. M. FAUVEL. Étude de quelques cas de cirrhose atrophique sans ascite. — 358. M. VAUTHRIN. Dosage de l'hémoglobine par la méthode spectroscopique du docteur Hénocque. Ses applications à la clinique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 31 juillet 1888, les officiers du corps de santé militaire dont les noms suivent, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir :

MM. les médecins-majors de deuxième classe Bouvier, pour le 94e d'infanterie; Vilmain, pour le 12e dragons.

— Par arrêté ministériel, en date du 28 juillet 1888 :

Des concours s'ouvriront à Paris, en 1889, pour neuf places d'agrégés des écoles supérieures de pharmacie, à répartir de la manière suivante, entre les écoles ci-après désignées :

École de Paris. — Section de physique, 1; section de chimie et toxicologie, 2; section d'histoire naturelle, 2; section de pharmacie, 1.

École de Nancy. — Section de chimie et toxicologie, 1; section d'histoire naturelle, 1; section de pharmacie, 1.

Ces concours s'ouvriront : le 17 février 1889, pour la section de physique, chimie et toxicologie; — le 1er mai 1889, pour la section d'histoire naturelle et de pharmacie.

Des deux agrégés de chimie et toxicologie institués à la suite du concours pour l'école de pharmacie de Paris, le premier res-

tera en exercice pendant dix ans, le second pendant cinq ans.

L'agrégé de chimie et toxicologie institué pour l'école de pharmacie de Nancy restera en exercice pendant cinq ans.

Des deux agrégés d'histoire naturelle institués près l'école de pharmacie de Paris, le premier restera en exercice pendant dix ans, le second pendant cinq ans.

— Par arrêté ministériel, en date du 1er août 1888, des concours s'ouvriront :

1° Le 21 février 1889, à la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen ;

2° Le 25 février 1889, à l'École supérieure de pharmacie de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen.

Les registres d'inscription seront clos un mois avant l'ouverture desdits concours.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Un congé est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, pendant l'année scolaire 1888-1889, à M. Lannelongue, professeur de pathologie chirurgicale.

M. Bouilly, agrégé, est chargé, pendant l'année scolaire 1888-1889, d'un cours de pathologie chirurgicale.

MM. les professeurs Verneuil et Charcot sont dispensés du service des examens pendant l'année scolaire 1888-1889.

— *Hospices civils de Marseille.* — Un concours public sera ouvert à l'Hôtel-Dieu, le lundi 19 novembre 1888, à trois heures, pour trois places de majors pour l'Hôtel-Dieu, l'hôpital de la Conception et l'hospice de la Charité.

Le lundi 10 décembre 1888, à trois heures, un concours pour une place de médecin-adjoint des hôpitaux, sera ouvert au même établissement.

Le registre d'inscription sera clos huit jours avant la date fixée pour l'ouverture de chaque concours.

— Les concours des clinicats de la Faculté de médecine de Montpellier viennent de se terminer par la nomination de M. le docteur Diffre, comme chef de clinique obstétricale, et de M. le docteur Estor, comme chef de clinique chirurgicale.

— Des concours pour les prix à décerner en 1888 à MM. les élèves internes de quatrième année, en fonctions dans les hôpitaux de Paris, s'ouvriront le lundi 3 décembre 1888 à quatre heures : à l'Hôtel-Dieu, pour le concours de médecine ; — à l'hôpital de la Charité, pour le concours de chirurgie et accouchement.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du 1er au 15 octobre inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuves de ces concours devra être déposé au secrétariat général avant le 15 octobre, dernier délai.

Les épreuves de ces concours, récemment modifiées, sont réglées ainsi qu'il suit :

1° Un mémoire soit de médecine, soit de chirurgie, basé sur les observations recueillies dans les services pendant l'internat. Ce mémoire sera remis ouvert et devra être déposé au secrétariat général de l'administration le 15 octobre au plus tard.

2° Une épreuve théorique orale sur un sujet de pathologie interne pour le concours de médecine, ou sur un sujet de pathologie externe pour le concours de chirurgie et accouchement. Il sera accordé à chaque élève quinze minutes pour développer la question, après quinze minutes de réflexion.

3° Une composition écrite sur un sujet d'anatomie, de physiologie et de pathologie soit interne, soit externe, suivant la nature du concours, et pour laquelle il sera accordé trois heures.

— La « Revue illustrée de polytechnique médicale » a pris l'initiative d'établir à l'Exposition universelle qui doit s'ouvrir à Paris en 1889, une vitrine destinée à contenir les instruments ou appareils que les médecins et fabricants voudront bien lui confier.

Les demandes de renseignements doivent être adressés, dans le plus bref délai possible, à la maison Devauchelle, 85, rue Lafayette, à Paris, laquelle se charge de tous les détails relatifs à cette Exposition, ou aux bureaux de la Revue, 53, rue d'Hauteville, à Paris.

— M. le docteur Kirmisson, professeur agrégé, suppléant M. le professeur Le Fort, commencera des leçons de clinique chirurgicale, jeudi 9 août 1888, à neuf heures du matin, à l'hôpital Necker, et les continuera les mardis et les jeudis suivants à la même heure.

— M. le docteur Prengrueber, remplaçant M. le docteur Péan, commencera des leçons de clinique chirurgicale, samedi 11 août 1888, à neuf heures et demie du matin, à l'hôpital Saint-Louis, et les continuera les samedis suivants à la même heure, pendant les mois d'août et de septembre 1888.

— M. le docteur Latteux, chef du laboratoire d'histologie de la Faculté, à l'hôpital de la Charité, commencera un nouveau cours particulier de technique microscopique, le jeudi 23 août, à quatre heures, dans son laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, n° 5, et le continuera tous les jours, excepté le samedi.

Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter les analyses microscopiques exigées journellement par la profession médicale.

Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences.

Les microscopes et autres instruments sont à leur disposition.

On s'inscrit chez M. le docteur Latteux, 17, rue du Louvre, de midi à deux heures.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser directement aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La semaine qui vient de s'écouler ayant appartenu au Congrès pour l'étude de la tuberculose, nous avons ajourné le compte rendu de la séance de l'Académie, désirant avant tout tenir nos lecteurs au courant de cette actualité médicale, dont le succès a dépassé toutes les espérances. Le moment est venu maintenant de nous mettre en règle avec l'Académie.

La séance du 31 juillet a été presque entièrement remplie par la lecture d'un rapport magistral de M. Besnier sur la pelade. Avec cette conscience qu'il apporte dans tous ses travaux, M. Besnier a fait une histoire complète de cette affection et il est arrivé à cette conclusion que la pelade, au moins une certaine pelade, est contagieuse ; que cette contagion est bien plus souvent médiate qu'immédiate, et qu'elle se transmet surtout par les objets de toilette, la literie, les vêtements. Partant de ce principe, et désirant, autant que possible, concilier l'intérêt commun avec l'intérêt particulier des peladeux dans les établissements publics, les écoles, les lycées, les écoles supérieures, etc., M. Besnier propose les excellentes mesures de prophylaxie qu'on trouvera au compte rendu. Il est inutile d'ajouter que les conclusions de ce rapport ont été adoptées par l'Académie.

Dans la même séance, a été continuée la discussion sur le traitement des anévrysmes. M. Constantin Paul condamne avec M. Verneuil la méthode de Moore, et abandonne comme M. Dujardin-Beaumetz l'électropuncture et a recours à un procédé particulier d'acupuncture qui lui donne quelques bons résultats. Signalons encore, dans cette séance, une intéressante communication de M. Babès, sur la morve aiguë, où il résulte que la morve peut être transmise par la pénétration du bacille spécifique dans la peau intacte.

On se rappelle qu'il y a un an, M. Luys est venu porter à la connaissance de l'Académie la relation de ses expériences sur les effets des médicaments à distance. Ces faits étranges, dont on avait déjà parlé d'ailleurs, dans d'autres sociétés savantes, en particulier à la Société de biologie, ont causé un tel émoi au sein de l'Académie que, contre tous les usages, elle a nommé une commission chargée d'examiner et de contrôler les expériences de M. Luys. Cette communication, par l'organe de son rapporteur M. Dujardin-Beaumetz (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 257), a formulé des conclusions fort différentes de celles de M. Luys. Celui-ci est venu aujourd'hui, un peu tardivement, défendre la valeur de ses expériences. Si l'on en juge par les nouvelles protestations de MM. Brouardel, Dujardin-Beaumetz, Féréol et Gariel, M. Luys, nous semble-t-il, aura bien de la peine à faire partager ses convictions à l'Académie.

HOPITAL NECKER. — M. KIRMISSON.

De la guérison de l'anus contre nature.

Le hasard fait qu'en ce moment nous ne sortons pas des affections chirurgicales de l'intestin. Dernièrement j'ai eu à pratiquer la création de deux anus artificiels sur des malades atteints de cancer du rectum, et dont le néoplasme remontait à une grande hauteur dans l'intestin. Aujourd'hui il s'agit de la guérison de l'anus contre nature, dont nous avons deux exemples dans nos salles.

Le premier est un vieillard de soixante-quatre ans, couché au n° 33 de la salle Saint-Pierre. Son histoire est fort simple. Depuis de longues années cet homme avait une hernie inguinale du côté droit, pour laquelle il portait un bandage. Mais, à un moment donné, le bandage étant usé, il ne voulut pas le renouveler et abandonna sa hernie à elle-même. Celle-ci contracta des adhérences avec le sac et, par suite, ne fut plus que partiellement réductible. Cependant il n'en éprouvait pas de douleurs proprement dites, mais seulement une gêne plus ou moins grande en marchant, lorsque, il y a deux mois, sa hernie s'étrangla, donnant lieu à tous les phénomènes de l'étranglement herniaire. Deux jours plus tard le malade entrait dans le service, et la kélotomie était immédiatement pratiquée.

La disposition des anses intestinales était très complexe, L'une d'elles adhérait avec le sac, tandis que, en haut, plus près de l'anneau, une seconde anse, retombant au-devant de la première, présentait une petite plaque de sphacèle. Le chirurgien donna à son niveau un coup de ciseau et y établit un anus artificiel. Les choses ont été très simples. Comme toujours, en pareil cas, le malade est resté très faible pendant quelques jours, puis, peu à peu, le collapsus se dissipant, il s'est rétabli, l'appétit est revenu, et aujourd'hui son état général est assez satisfaisant.

Mais, depuis l'opération, ni gaz ni matières fécales n'ont passé par le rectum et l'anus naturel; les matières, toujours liquides, sortent par l'anus artificiel créé sur l'intestin grêle. Ce flot à peu près continu de matières liquides, au lieu de selles plus ou moins périodiques et mieux formées, distingue l'anus placé sur l'intestin grêle de celui du gros intestin; il est surtout plus abondant peu de temps après les repas. De plus, certains aliments sont rendus beaucoup plus vite et moins digérés que les autres, ce sont les légumes, par exemple, ainsi que le lait, qui sont légèrement colorés par la bile, tandis que le pain et la viande sont conservés plus longtemps. C'est là d'ailleurs la règle, ainsi que Lallemand l'a parfaitement formulée autrefois.

Si on examine maintenant la région inguinale droite, on y trouve une ouverture à travers laquelle fait saillie une sorte de bourgeon rougeâtre, tomenteux, qui n'est autre que la muqueuse de l'intestin, formant une sorte de bourrelet ou prolapsus, et sur cette saillie on aperçoit deux orifices : celui du bout supérieur et celui du bout inférieur de l'intestin.

Mais contrairement à ce que l'on observe le plus souvent, c'est le bout inférieur et non le supérieur qui forme surtout le prolapsus. Cette disposition explique parfaitement pourquoi les matières fécales continuent à sortir par le bout supérieur et ne s'engagent pas dans le bout inférieur.

J'ajoute que le prolapsus de la muqueuse est très facile à réduire avec les doigts et à rentrer en dedans.

C'est donc contre ce prolapsus que notre opération doit lutter, afin d'arriver à rendre libre le passage des matières à travers le bout inférieur, si celui-ci jouit de sa perméabilité complète, et à fermer ensuite l'anus artificiel. Or, une grosse sonde en caoutchouc rouge, n° 19 ou 20, a pu pénétrer très facilement jusqu'à 30 centimètres de profondeur, et une injection de 125 grammes d'eau introduite dans le rectum par ladite sonde, a été rendue par l'anus normal. Le bout inférieur de l'intestin est donc entièrement libre, et, par suite, il nous est permis de procéder à l'opération destinée à réunir les deux bouts supérieur et inférieur de l'intestin et à fermer l'orifice artificiel.

Je rapprocherai de ce cas celui d'une femme de quarante-huit ans, entrée le 28 avril dernier, à la salle Sainte-Marthe, n° 5, pour une petite fistule stercorale de l'ombilic.

L'histoire ici est également très simple. Depuis quatre ans cette femme portait une hernie ombilicale de moyen volume, lorsqu'est survenu un étranglement herniaire avec tous ses phénomènes ordinaires, puis tension, rougeur de la tumeur et phlegmon stercoral, qui s'est ouvert spontanément, donnant issue à du pus et des matières fécales.

Autrefois nombre de chirurgiens se refusaient, vu les dangers à faire courir aux malades, à opérer ces hernies et les abandonnaient à elles-mêmes, comptant sur la formation d'un phlegmon stercoral et, par suite, sur la guérison spontanée. Aujourd'hui, grâce à l'antisepsie, l'opération est possible dans des conditions déterminées.

Cette femme, après la période de prostration et d'affaiblissement consécutive à son phlegmon, se remit assez bien; mais l'anus contre nature, suite de ce phlegmon, persista, donnant issue aux matières stercorales dont rien ne passa plus par le gros intestin. Cependant, au bout de trois mois, l'orifice se rétrécit, de telle sorte qu'à l'anus ombilical succéda une fistule; en même temps les matières commencèrent à passer *partiellement* par le bout inférieur de l'intestin. Mais cinq mois plus tard le rétrécissement de l'orifice ne faisant plus aucun progrès, la fistule persistant, la malade entra dans le service de M. Le Fort.

La fistule était située sur une partie élevée de l'intestin grêle et laissait écouler des matières liquides mêlées de bile. On sentait, entre les deux bouts de l'intestin, un éperon assez prononcé. M. Le Fort eut d'abord recours à un procédé palliatif, espérant, le cours des matières étant *partiellement* rétabli, dans la fermeture de la fistule, et plaça un opercule en gutta percha, parfaitement moulé sur l'orifice ombilical.

Le résultat ayant été négatif, le 26 mai il procédait à une première opération consistant dans l'avivement du pourtour de l'orifice, la suture des parties profondes et la suture cutanée après incisions libératrices pour éviter les tiraillements sur la suture. Le succès fut encore nul; quelques jours après, les matières coulaient par la fistule. Alors, sans attendre la cicatrisation de la plaie, M. Le Fort procéda au grattage des fongosités et passa trois points de suture. Nouvel échec.

Enfin le 19 du mois dernier, il recommença la première opération : avivement, suture profonde, suture superficielle, incisions libératrices.

Le succès *immédiat* fut nul, car dès le lendemain les matières liquides filtraient par l'orifice fistuleux, à travers les fils de la suture. Mais, lorsque je vis la malade treize jours plus tard pour la première fois, je trouvai un orifice petit, déprimé, avec des bourgeons charnus profonds, à travers lequel quelques matières liquides coulaient encore. Depuis lors, la situation s'est améliorée, l'orifice tend à se rétrécir, au point que le crayon de nitrate d'argent pénètre difficilement, et l'écoulement stercoral diminue notablement.

Cette dernière opération de M. Le Fort a donc eu un résultat réel, qui permet d'espérer la guérison de la fistule ombilicale de cette malade sans nouvelle opération sanglante, et en nous bornant seulement à des cautérisations destinées à faciliter l'occlusion complète.

Ces deux faits nous conduisent à jeter un coup d'œil rapide, sur les procédés employés pour la guérison de l'anus contre nature. Ces procédés peuvent être classés en deux groupes, selon qu'ils s'adressent directement à l'intestin ou qu'ils le laissent de côté.

Dans le premier groupe, rentrent les procédés dans lesquels on ne touche pas à l'intestin, mais aux tissus environnants, c'est-à-dire à la peau et à l'infundibulum, situé entre l'intestin et la peau. C'est à ce groupe, qu'appartient l'opération que M. Le Fort a pratiquée sur cette femme. Dans ce même groupe rentrent les opérations d'autoplastie. Mais ces procédés ne réussissent que dans les cas où il n'existe pas d'éperon et aucune saillie de la muqueuse.

Le second groupe renferme les procédés qui s'attaquent à l'intestin. Le premier de ceux-ci est la section de l'éperon avec l'entérotome de Dupuytren destinée à rétablir le passage des matières du bout supérieur dans le bout inférieur. Un autre procédé est celui de Malgaigne, dans lequel on attaque les deux bouts de l'intestin, alors qu'il n'y a pas d'éperon ou que celui-ci a été détruit. On dissèque l'intestin sur une étendue de 1 centimètre environ, afin de le rendre libre, d'en pratiquer la suture suivie de la suture cutanée. Mais, l'écueil est l'ouverture possible de la cavité péritonéale pour peu qu'on aille un peu loin. C'est pourquoi Denonvilliers a modifié le procédé de Malgaigne en se bornant à disséquer seulement la muqueuse intestinale,

au lieu de toute l'épaisseur de la paroi de l'intestin, à suturer la muqueuse seule et, par-dessus, la peau.

Dans ces dernières années, les méthodes antiseptiques ont permis de tenter une opération plus grave et dangereuse, qui consiste à disséquer les deux bouts de l'intestin, réséquer le mésentère attenant et réunir les deux bouts par la suture de Lembert. Quand on réussit, c'est parfait, mais l'opération est d'une haute gravité, même entre les mains des chirurgiens les plus habiles, et a été suivie d'un grand nombre d'insuccès et de morts. C'est ainsi, qu'on peut lire, dans le *Centralblatt* du 6 août, une statistique comparée donnant 27 p. 100 de mortalité, à la suite de la résection de l'intestin, au lieu de 4 p. 100 par le procédé de Dupuytren.

Est-ce à dire, pour cela, qu'il faille rejeter absolument la résection? Non, mais il faut n'y avoir recours que dans les cas où elle est applicable, c'est-à-dire lorsqu'il n'y a pas d'éperon et que les deux bouts de l'intestin sont disposés de telle sorte qu'on ne peut pas les mettre en rapport. Dans tous les autres cas, le procédé qui convient est la section de l'éperon et l'opération autoplastique.

Chez notre homme à l'anus contre nature, suite de kélotomie, avec prolapsus de la paroi postérieure de l'intestin sans éperon et très facile à réduire, j'aurai recours au procédé de Malgaigne, modifié par Denonvilliers.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 juillet 1888. — Présidence de M. Hérard.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend une lettre de M. le docteur Marquez, dans laquelle l'auteur donne un exposé sur l'affaire des vins empoisonnés d'Hyères.

LECTURE

La morve aiguë. — M. BABÈS lit une note sur ce sujet. Il dit que la morve en Roumanie se distingue de la même maladie, dans d'autres pays, par sa virulence. Souvent l'homme en est atteint. Il a eu l'occasion de faire l'examen des productions morveuses de trois individus morts de la morve.

Dans ces trois faits, il y avait des masses de bacilles dans les produits caractéristiques et dans le sang.

La morve peut être produite par la pénétration du bacille spécifique dans la peau intacte. Des expériences personnelles et des expériences de contrôle faites au laboratoire de M. Cornil ont donné les mêmes résultats. M. Babès a mêlé les bacilles avec l'huile de vaseline. Il a frotté la peau de cobayes avec ce mélange. Dans un cas, sur trois, la morve s'est déclarée. Il s'est formé un ulcère morveux au lieu du frottement; les ganglions lymphatiques sont devenus caséeux; le testicule, le foie et la rate contenaient des masses de tubercules morveux suppurés.

Autour de l'abcès, il y avait des follicules contenant des bacilles. Ces bacilles étaient répandus autour des vaisseaux lymphatiques dont les cellules épithéliales sont gonflées.

Ces faits montrent que le bacille de la morve peut entrer dans les follicules pileux; qu'il s'y multiplie, traverse les couches épithéliales et pénètre ensuite dans les fentes lymphatiques.

Dans la partie du derme qui entoure les follicules, on trouve entre les fibres et les cellules quelques bacilles. On peut constater que ce sont surtout les vaisseaux en rapport avec certains follicules pileux qui sont le plus affectés. D'ordinaire ces follicules sont entourés d'une zone de cellules embryonnaires.

En outre, l'auteur a trouvé, dans un cas, sur la peau, des petites papilles, point de départ des ulcères morveux. En les examinant on voit que la couche cornée est normale ainsi que la couche de Malpighi. Les papilles sont basses et les vaisseaux qui y entrent entourés de cellules fixes gonflées et de quelques éléments polynucléaires.

Les bacilles de la morve sont libres ou inclus dans ces cellules. Ordinairement on ne trouve plus de bacilles au milieu de l'infiltration cellulaire qui entoure le foyer affecté.

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection de deux membres correspondants étrangers (première division).

La commission avait classé les candidats dans l'ordre suivant :

En première ligne : M. Vanlair (de Liège); en deuxième ligne : M. Cantani (de Naples); en troisième ligne, *ex æquo* : M. Rommelaere et M. Warlomont (de Bruxelles).

MM. Vanlair et Cantani ont été élus.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DES ANÉVRYSMES

M. C. PAUL a pratiqué plusieurs fois l'électropuncture et a dû y renoncer pour des raisons graves, pour des dangers de deux ordres. Lorsqu'on introduit l'électrode positive dans une poche anévrysmale on voit les acides et l'oxygène se déposer autour de cette électrode. C'est là que la coagulation se fait, mais c'est un caillot mou, albumineux, dissociable, spongieux. Ce n'est pas un caillot fibrineux; c'est simplement de la graine d'embolie. D'autre part, il faut isoler l'aiguille dans une certaine étendue pour éviter une eschare dangereuse; il faut faire pénétrer l'aiguille au delà de la partie isolée. Dans ce cas, le caillot est fatalement mobile.

C'est pour cette double raison qu'il a renoncé à l'électropuncture. Mais on sait que le traumatisme pur et simple détermine une inflammation de la paroi de la poche, inflammation qui aboutit à l'épaississement et à la résistance plus grande de la paroi. Partant de ce point de vue, M. Paul a songé à substituer l'acupuncture à l'électropuncture et c'est elle qu'il vient défendre.

Il faut avoir soin de ne pas dépasser la mesure sous peine de voir l'inflammation se terminer par suppuration. Il se sert d'aiguilles japonaises, extrêmement fines. Pour les faire pénétrer dans la tumeur, on place d'abord un conducteur, dans ce conducteur une aiguille, et par un mouvement brusque celle-ci s'enfonce facilement. Il applique sur la poche trois, quatre, cinq aiguilles; il les laisse un quart d'heure environ et en les retirant on ne voit sortir aucune goutte de sang. Quelques jours après il se produit une inflammation, puis tout rentre dans l'ordre. Consécutivement, la paroi s'épaissit et oppose ainsi une digue à la rupture.

Sur cinq malades traités par cette méthode, M. C. Paul a obtenu quatre succès. Chez une malade atteinte d'un anévrysme de la crosse, il a pratiqué cette opération à quatre reprises différentes. Depuis, la tumeur a cessé de croître; la peau et les tissus sous-jacents sont absolument sains. Il a vu, par contre, quelques anévrysmes se développer par la suite vers l'intérieur et aboutir à une rupture interne.

En résumé, il réserve l'acupuncture à une indication spéciale et dans un but donné : opposer une digue à une rupture qui menace de se faire à l'extérieur.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ est de l'avis de M. Paul quant à l'action de l'électropuncture, mais sa méthode n'en reste pas moins purement palliative et pour une indication exceptionnelle : la rupture à l'extérieur. Rend-on un service véritable au malade en opposant une barrière infranchissable à la rupture externe? Ne favorise-t-on pas la rupture de l'anévrysme dans l'intérieur de la cavité thoracique? Quoi qu'il en soit, la méthode curative reste toujours à trouver.

Prophylaxie de la pelade. — M. BESNIER lit un rapport dont les conclusions sont ainsi formulées :

INSTRUCTIONS PROVISOIRES SUR LES MESURES A PRENDRE A L'ÉGARD DES SUJETS ATTEINTS DE PELADE.

I. *Mesures de prophylaxie générale.* — 1° Dans tous les établissements publics, asiles, écoles municipales, pensions, lycées, écoles

supérieures, corps de troupe, administrations, aucun sujet atteint de pelade ne peut réclamer son admission ou sa conservation comme un droit. Cette admission ou cette conservation restent subordonnées aux résultats de l'enquête ouverte par les médecins particuliers à chacun de ces groupes.

Pour les cas où l'intéressé n'accepterait pas la décision de ces médecins, ou si ceux-ci déclinaient la responsabilité à encourir, la question serait portée devant une commission compétente nommée par l'autorité supérieure.

2° Les mesures de prophylaxie générale doivent être dirigées de manière à protéger les sujets sains contre les contacts médiats ou immédiats avec les régions atteintes de pelade.

Les contacts immédiats seront évités en maintenant la tête des peladiques couverte, ou tout au moins en oblitérant exactement la surface malade; les bonnets, les perruques partielles ou totales, les emplâtres agglutinatifs, les enduits de collodion, etc., peuvent être utilisés suivant les diverses circonstances.

Sans parler du mode de traitement à employer qui doit être laissé à la direction absolument indépendante du médecin traitant, il est nécessaire de dire que l'exécution de ce traitement a une importance de premier ordre dans la prophylaxie générale de la pelade. Le sujet peladique, régulièrement traité et soumis à des mesures de propreté convenables, représente le minimum possible de danger pour les sujets sains, avec lesquels il peut être mis en rapport.

Concourent au même but, tous les moyens de nettoyage et de propreté qui doivent être strictement appliqués aux peladiques : pendant toute la durée de la maladie, ils auront les cheveux tenus courts; la barbe sera rasée ou coupée rase aux ciseaux; chaque matin les parties malades seront exactement lavées à l'eau chaude et au savon. Ces mesures ont pour seul but d'éliminer régulièrement de la surface de la tête tout élément qui pourrait être un agent de transmission.

On s'attachera avec autant de soin à mettre les sujets sains à l'abri du contact, particulièrement sur la tête ou sur la face, avec les objets ayant été en rapport avec les parties malades. On interdira et on préviendra par des mesures appropriées, soit dans les familles, soit dans les divers établissements, l'échange des coiffures, la communauté des objets de literie, particulièrement les oreillers, traversins, lits de camp, appuis de tête divers, et l'on devra au moins les recouvrir, si l'on est obligé de s'en servir, de linge appartenant au sujet sain. Tous les objets ayant été en contact avec la tête des peladiques seront désinfectés, sinon détruits. Cette mesure est nécessaire, même pour le peladique, qui peut être réinfecté par ses propres coiffures.

Les objets de toilette du malade doivent lui être réservés exclusivement; il ne serait pas inutile d'aviser les coiffeurs que cette mesure est de rigueur pour tout client sur la tête duquel existe une plaque de pelade. Dans les agglomérations où la tondeuse est en usage, celle-ci sera momentanément abandonnée; en tout temps il serait bien de la désinfecter par immersion dans l'huile ou la glycérine portée à ébullition; les ciseaux ordinaires imbibés d'alcool pourront être aisément et rapidement flambés.

II. *Mesures de prophylaxie spéciale.* — Chaque sujet atteint de pelade sera l'objet d'une enquête médicale qui aura surtout pour but de rechercher, par une analyse attentive du cas particulier, les conditions dans lesquelles la maladie s'est développée, ses origines probables ou certaines. L'ancienneté de l'affection, son état stationnaire, le bon état du cuir chevelu en dehors de la portion dénudée, sa réparation manifestement en voie d'exécution sont au nombre des conditions qui permettront l'admission ou la conservation sous certaines réserves qui seront formulées. Les circonstances opposées (début récent, multiplicité des plaques, etc.) motiveront la non-admission, le renvoi ou l'isolement temporaire.

Pour les asiles et écoles de la première enfance, la non-admission, l'exclusion ou l'isolement effectif seront la règle.

Dans les écoles primaires, on pourra admettre les peladiques, à la condition qu'ils demeurent séparés pendant les classes, isolés pendant les récréations, soumis à un traitement approprié, enfin qu'ils auront la tête couverte.

Pour les externats, les peladiques peuvent être admis aux classes et aux cours à des conditions analogues. Les élèves auront la tête couverte par une perruque si les plaques peladiques sont nombreuses et étendues, ou par un bonnet dans les cas reconnus intenses.

Pour les internats, écoles supérieures, etc., on ne prononcera la non-admission ou l'exclusion temporaire que rarement et pour des cas particulièrement intenses.

Presque toujours les peladiques pourront être conservés à la condition que leurs parents acceptent les mesures auxquelles ils devront être soumis, la surveillance et les soins du médecin de l'établissement, qu'il soit pris, aux récréations ou au dortoir, des mesures de précaution, et qu'ils auront la tête couverte d'une perruque ou d'un bonnet.

Si ces mesures, dont le degré sera réglé par l'intensité de la maladie, ne sont pas applicables dans un établissement particulier, on aura toujours la ressource de conserver les peladiques comme externes.

Dans les agglomérations militaires, l'exécution des règlements en vigueur permet de donner satisfaction à toutes les exigences du service et de préserver les sujets sains, ainsi que cela se pratique dans l'armée de terre et dans l'armée de mer.

M. OLLIVIER. Je remercie l'Académie et la commission de l'intérêt qu'elles viennent de témoigner aux lycéens; je les remercie surtout d'avoir adouci les mesures draconiennes jusqu'ici en vigueur dans les écoles.

Quant à la question doctrinale, je ne veux pas y revenir. Des recherches nouvelles feront la lumière sur ce point.

Néanmoins il résulte de tout ce qui a été dit qu'il existe deux formes de pelade : l'une contagieuse, l'autre qui ne l'est pas. Je reste partisan de la seconde théorie, en me basant sur les observations que j'ai pu recueillir. Mais je ne saurais nier que d'autres ont pu voir ce que je n'ai pas vu. Ainsi la question d'existence de la contagion devient une question de fréquence. La solution définitive appartient à la statistique devant laquelle nous devons tous nous incliner.

M. LE PRÉSIDENT met aux voix les conclusions du rapport de M. Besnier. Ces conclusions sont adoptées.

La séance est levée.

Séance du 7 août 1888. — Présidence de M. Hérard.

PRÉSENTATIONS

M. GIBIER présente à l'Académie : 1° un nouvel appareil à inhalations bronchiques par aspiration nasale; 2° un nouveau mode de culture sur plaques de microbes.

M. POLAILLON offre à l'Académie, de la part de J. Bœckel, un travail intitulé : « Quelques cas de résection du genou guéris sans drainage et sous un seul pansement opératoire. »

De la température du spray. — M. NICAISE. Les pulvérisations, le « spray » sont d'un usage fréquent en médecine et en chirurgie, et il y a intérêt à en déterminer la température dans des conditions variées.

Or, à 1 centimètre du bec, la température est de 45 degrés; — à 5 centimètres, 36; — à 10 centimètres, 28; — à 20 centimètres, 19; — à 50 centimètres, 15. A partir de cette distance, la température du nuage tend à se mettre au même degré que la température de la chambre. Dans les premiers centimètres, l'abaissement de la température est très rapide.

Pour une même distance, la température varie fort peu tant que l'instrument est en fonction. A 25 centimètres, les variations sont comprises entre 22 degrés et 23°,5.

L'abaissement de la température du spray varie avec la température de la chambre.

Une élévation de 5 degrés dans la température de la chambre, amène une augmentation semblable dans l'atmosphère du nuage.

Lorsque le nuage est composé exclusivement par de la vapeur, sa température s'abaisse plus vite que celle du nuage de pulvérisation.

La température du nuage de vapeur est donc au-dessous de celle du nuage de pulvérisation pour une même distance.

La température du liquide pulvérisé n'a pas grande influence sur la température du spray. Un liquide à 52 degrés donne sensiblement les mêmes résultats qu'un liquide à 12 degrés.

Ces données peuvent être utilisées lorsque les pulvérisations seront appliquées dans le traitement des maladies de la gorge, du larynx, des bronches, des yeux, etc., et que l'on désirera que le nuage ait une température déterminée au moment où il est en contact avec les tissus.

L'abaissement de la température du nuage, qui, à 50 centimètres, est de 15 degrés, explique la fraîcheur qu'il détermine sur la peau et peut-être est-ce à cette réfrigération légère, régulière, humide, que l'on doit le succès des pulvérisations dans l'anthrax.

Cet abaissement de température explique également le refroidissement des malades, les pleurésies observées par les chirurgiens qui projettent directement le spray sur le champ opératoire. On évite ce refroidissement en dirigeant le jet de façon que le spray se borne à remplir l'atmosphère autour du malade.

Des inflammations pseudo-membraneuses et ulcéreuses de l'intestin, considérées en général. — M. CORNIL. Dans les entérites intenses de l'intestin grêle et du gros intestin, quelle que soit leur cause, on rencontre souvent des fausses membranes adhérentes à la surface de l'intestin enflammé, une infiltration du chorion muqueux par des cellules rondes et des ulcérations plus ou moins profondes. Les diarrhées aiguës ou chroniques, dues à la dysentérie, à l'entéro-colite des pays chauds, la fièvre typhoïde, et, pour les animaux, la pneumo-entérite du porc, s'accompagnent de ces altérations de l'intestin.

Ce processus de la formation des pseudo-membranes n'a pas encore été décrit; il a son point de départ dans les glandes en tube. Sur une coupe de ces glandes, on voit un filament central fibrineux décomposable en plusieurs fibrilles qui vont se rendre à des cellules caliciformes, dilatées, presque sphériques. Ces cellules apparaissent appendues comme des grappes le long du filament central. Elles contiennent dans leur intérieur de petits grains et de fines fibrilles. A la périphérie de la glande, on voit le revêtement formé par des cellules cylindriques normales, pourvues de leurs noyaux ovoïdes. A une période plus avancée, les cellules caliciformes des glandes en tube sont mortifiées, et cette mortification peut gagner les cellules mêmes de la muqueuse.

Si l'on examine ces mêmes coupes colorées par les procédés qui mettent en évidence les microbes, on est étonné du nombre prodigieux de ces organismes qui siègent dans la pseudo-membrane superficielle, dans la coagulation centrale fibrineuse de la glande. Ces microbes sont de dimensions variables; à côté des bactéries qui vivent normalement dans l'intestin, on peut en rencontrer qui sont pathogènes.

Quand la maladie a duré un certain temps, en outre des altérations qui viennent d'être décrites, on voit une infiltration de la muqueuse, dans ses parties superficielles et profondes, par une grande quantité de cellules rondes, migratrices pour la plupart, accusant une inflammation très intense. La muqueuse est fortement épaissie, surtout au niveau des plaques de Peyer de l'intestin grêle.

Chez le porc on constate très bien ces lésions; au-dessous de la muqueuse on voit les follicules clos très hypertrophiés, bourrés de cellules lymphatiques. La périphérie de ces follicules se confond avec le tissu du chorion rempli aussi de petites cellules. Leur centre présente des fissures, des pertes de substance qui sont dues à leur mortification. Les vaisseaux sanguins voisins sont très dilatés.

A une période plus avancée, il se produit une perte de substance de la muqueuse et du follicule clos; et une ulcération se trouve constituée.

Des lésions analogues se rencontrent dans la muqueuse du cæcum où l'on peut les observer à tous les degrés. Nous avons constaté, M. Chantemesse et moi, dans un cas de pneumo-entérite chez le porc, une oblitération de la valvule iléo-cæcale produite par l'hypertrophie de la muqueuse. Cette hypertrophie est le résultat des altérations des glandes en tube, des follicules clos et de l'infiltration de la muqueuse.

Les ganglions lymphatiques du mésocolon, du mésentère, de la colonne vertébrale, de l'aine sont toujours très volumineux, grisâtres; souvent ils présentent des îlots caséeux à leur centre. Nous avons rencontré parfois des îlots caséeux analogues dans le foie.

Le péritoine est généralement atteint (nous avons observé ce fait dans la pneumo-entérite du porc); il est enflammé, il présente, à sa surface, un peu de liquide contenant les bactéries caractéristiques de la maladie. On retrouve ces bactéries à la surface du péritoine, en même temps que les bactéries qui existent normalement dans le suc intestinal. Ces dernières ont donc passé, grâce à l'inflammation, dans les vaisseaux lymphatiques, dans les ganglions, et de là dans l'épaisseur du péritoine lui-même. La péritonite est donc consécutive à l'entérite.

Cette entérite du porc se rapproche des entérites pseudo-membraneuses de la perdrix et de l'antilope que j'ai eu l'occasion d'étudier.

J'ai pris pour exemple les entérites des animaux, parce que, chez eux, on peut conserver les pièces aussitôt après la mort; on ne peut donc pas dire, comme on le ferait pour l'homme, que la migration des bactéries s'est effectuée après la mort.

Ces lésions observées chez les animaux se rapprochent de celles qu'on rencontre dans la dysentérie et les diarrhées chroniques des pays chauds; elles peuvent varier d'intensité suivant les sujets. Cela tient à la quantité plus ou moins grande du virus introduit, à la réceptivité variable des sujets, aux conditions hygiéniques dans lesquelles ils sont placés, mais les variations que l'on peut observer ne sont pas suffisantes pour légitimer la création de maladies distinctes.

Sollicitations des émotions chez les sujets hypnotisables. — M. LUYS, après avoir médité longuement le rapport de M. Dujardin-Beaumetz, a pensé qu'il devait à lui-même de ne pas rester silencieux devant un verdict aussi sévère. D'autres que lui ont vu leurs doctrines contestées.

Une commission a été nommée pour vérifier ses expériences. Il les a répétées devant elle et avec un plein succès. Mais la commission s'était donné un autre mandat; elle eut des défiances vis-à-vis du sujet; elle voulut dans une deuxième séance instituer des expériences contradictoires. Elle pensa que, dans une telle question, on ne saurait prendre assez de précautions. Elle fit placer dans un certain nombre de tubes diverses substances ayant un numéro d'ordre. Ces substances ignorées de tous furent préparées par une tierce personne. Ces précautions étaient régulières, logiques, justifiées. Mais l'étonnement le prit quand on parla de suggestion mentale, d'influence occulte rayonnant de l'hypnotiseur vers l'hypnotisé. C'était voisin du spiritisme, et cependant il dut se conformer à ce credo. Il fut donc convenu qu'aucun assistant n'aurait connaissance des solutions contenues dans les tubes numérotés. Mais on opérait ainsi à l'aveugle. Et cependant c'est sur cet échafaudage qu'on a bâti des expériences incertaines, contradictoires, qui seront jugées sévèrement par les hommes réfléchis; c'est sur cet échafaudage qu'ont été bâties les conclusions de la commission.

M. Luys arrive à la réfutation des observations du rapporteur. Les tubes, dit-on, n'ont pas déterminé les effets habituels. Eh bien! il maintient les faits, les expériences de la deuxième séance ont été mal faites. Il a obtenu le contraire dans son laboratoire et ses photographies en font foi. Il faut tenir compte, en effet, et de la fatigue du sujet et des traces persistantes d'un ébranlement nerveux antérieur. Il laisse le sujet se reposer et oublier l'incitation qu'il a reçue. La commission n'a pas procédé avec cette sage lenteur, c'est ce qui explique les observations confuses et infi-

dèles du rapport. En outre, il faut tenir compte des doses employées. Les doses fortes déterminent des actions violentes.

M. le rapporteur constate encore des effets différents pour les mêmes substances employées à divers jours d'intervalle. M. Luys maintient, lui, que les résultats sont identiques.

L'objection la plus sérieuse est la suivante : les mêmes tubes produisent des effets dissemblables. Il n'en est rien. Les tubes 1, 4, 7, expérimentés, ont toujours donné des contractions, des émotions identiques.

On lui a encore objecté que les médicaments employés à dix, quinze jours d'intervalle, produisaient des effets divers. Dans les deux séances on a noté des phénomènes presque identiques. L'objection tombe donc d'elle-même.

Il arrive enfin aux conclusions du rapport. Ainsi tous ces phénomènes constatés par lui et d'autres médecins sont sommairement jugés et taxés de fantaisies et de caprices. Il pense que ce jugement n'est pas sérieux et qu'il s'agit là d'impressions purement personnelles.

Ceci dit, il demande au rapporteur s'il pense avoir rempli consciencieusement son devoir, car il n'a qu'à laisser parler les faits. La commission a pu constater dans ses expériences — et les procès-verbaux en font foi — quatre-vingt-quinze manifestations symptomatiques. Ces faits étaient bien réels. Était-ce de la fantaisie, du caprice ? Il a donc été surpris de ce verdict sévère, de cette condamnation sommaire.

Il s'arrête. Il a exposé la situation qui lui avait été faite. L'avenir dira qui a vu juste. La question est posée et fera son chemin. Qu'il lui soit permis en terminant de poser ce dilemme à la commission : ou les faits somatiques dont vous avez été témoins sont vrais ou ils sont faux? S'ils sont réels, pourquoi n'en pas tenir compte? S'ils sont faux, pourquoi les avez-vous enregistrés dans vos procès-verbaux et légalisés par votre signature?

M. BEAUMETZ tient à faire tout d'abord remarquer que le rapporteur est un être impersonnel et qu'il parle au nom de la commission.

« M. Luys est étonné des mesures de précaution que nous avons prises. Mais il ne faut pas oublier que les sujets sont des hystériques et, partant, sujets à caution. Nous devions donc nous mettre en garde. Dans la première séance, nous avons constaté tous les faits annoncés par M. Luys, mais les tubes étaient connus de la malade et nous avons voulu, dans une deuxième série d'expériences, nous entourer d'une sévérité rigoureuse, scientifique.

M. Luys nous dit que, dans les deux séries d'expériences, nous avons obtenu une symptomatologie semblable. On sait que, chez ces malades, les faits observés sont toujours identiques ou à peu près.

D'autre part, nous avons constaté un certain nombre de phénomènes objectifs. C'est exact; mais ces phénomènes étaient aussi bien produits par des corps inertes que par des corps actifs. C'est donc l'interprétation de ces phénomènes qui nous sépare. Je maintiens donc les réserves de la commission.

Quant au mot caprice qui a frappé notre collègue, il va sans dire qu'il s'adresse à la malade et non à M. Luys et que rien ne s'adresse à son honorabilité ou à sa bonne foi. »

Reste la question de médecine légale? Ici il laisse la parole à M. Brouardel.

M. BROUARDEL. Lors de la communication de M. Luys à l'Académie, il y a un an, nous avons tous été émus. J'ai demandé une discussion approfondie, car en fait de médecine légale, il faut être d'une prudence extrême. J'inculque toujours à mes élèves ce principe qu'il ne faut porter au palais que ce qui est dix fois démontré. On pourrait sans cela nous accuser d'avoir fait condamner un innocent, acquitter un coupable.

Dans la question de suggestion, tout est exploité. Que M. Luys nous démontre que c'est la vérité et qu'il nous apporte des preuves convaincantes.

La première séance de M. Luys a pleinement réussi. C'est justement cet accord complet qui a inspiré nos doutes. M. Luys endormait ou croyait endormir sa malade et nous annonçait ensuite ce qui allait se passer. En effet nous pouvions le constater. Dans une seconde série, au milieu d'une ignorance parfaite et d'un silence absolu, rien ne s'est passé comme cela aurait dû se passer. Nous avons assurément observé des phénomènes objectifs, mais la jeune fille qui, pour moi, est une simulatrice, a dit au hasard et a agi de même. Jamais les signes n'ont été identiques.

Dans ces conditions, la commission a pensé que les faits annoncés par M. Luys n'étaient pas démontrés et qu'il n'y avait pas lieu d'en tenir compte.

M. FÉRÉOL. Un fait l'a frappé dans cette discussion. C'est que M. Luys fait en quelque sorte le programme à l'avance.

Il lui demandera en outre s'il fait en ce moment, dans son service, l'expérience dite du parapluie : on met au sujet un parapluie dans la main, à distance M. Luys souffle sur sa propre main et le parapluie tombe.

M. LUYS. Ce fait n'étant pas en discussion, il n'y répondra pas.

Malgré les opinions de MM. Beaumetz et Brouardel, il maintient ses affirmations. M. Luys trouve qu'il n'y a pas, dans les deux séries d'expériences dont ils parlent, la discordance qu'ils indiquent. Il affirme de plus que sa malade dormait.

M. FÉRÉOL revient au parapluie. Il parait que M. Luys, non seulement opère lui-même, mais qu'il fait opérer. Récemment, son interne a fait, sur sa demande, l'expérience du parapluie. Il a oublié de souffler sur sa main et le parapluie est tombé tout de même des mains du sujet.

M. GARIEL. M. Luys nous dit que nous avons expérimenté sur des sujets fatigués. Mais la faute lui en revient, car nous lui avons demandé le moment opportun pour intervenir et nous nous sommes conformés à son opinion. La commission est donc dégagée.

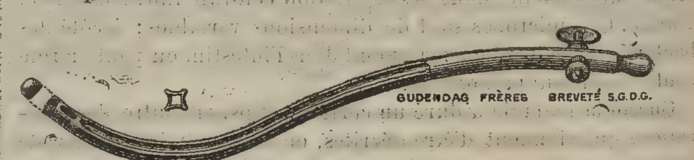
La séance est levée.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Sonde à injections intra-utérines

Du docteur Ad. Olivier, ancien interne de la Maternité.

Notre sonde à injections intra-utérines, construite par MM. Gudendag frères, n'est point une sonde à double courant. Ainsi qu'on peut le voir en examinant la figure, le reflux du liquide est assuré au moyen de quatre cannelures qui partent des yeux de la sonde et se terminent à l'union du tiers moyen et du dernier tiers. On se rendra compte de la disposition et de la profondeur de ces cannelures sur la coupe placée au-dessus de la figure d'ensemble. Avec cette disposition on est sûr que si un caillot vient à boucher une ou deux des cannelures, l'écoulement se fera par les autres.



La plupart des sondes en usage aujourd'hui présentent un vice capital, on ne peut les nettoyer et on ne peut acquérir la certitude qu'elles sont absolument aseptiques et cela, parce que leur extrémité est fermée et que les yeux sont placés à un ou deux centimètres de cette extrémité. Il existe donc en ce point un cul-de-sac dans lequel des éléments septiques peuvent se loger. La nouvelle sonde fait disparaître ce grave inconvénient; elle est en effet coupée au delà des yeux. L'extrémité qui est pleine est reliée au corps de la sonde au moyen d'un pas de vis. La surface extérieure de cette extrémité est arrondie, hémisphérique, la surface qui regarde l'intérieur de la sonde est plane; de la sorte aucun élément septique ne peut s'y loger. L'extrémité se dévissant, on peut laver le canal de la sonde à grande eau, le brosser même avec un balai de crin s'il était nécessaire.

Il est quelquefois difficile de faire pénétrer dans l'utérus les sondes qui ne présentent qu'une courbure; celle-ci en possède deux, elle a été construite sur le modèle des sondes de Sims et de Bozemann. L'introduction en est extrêmement facile. Enfin à l'origine se trouve un robinet qui permet de modérer à volonté et d'arrêter l'écoulement du liquide.

Cette sonde a été construite en métal nickelé et en caoutchouc durci. Les sondes métalliques ne permettant pas l'emploi des solutions de sel de mercure aujourd'hui d'un usage général en obstétrique, sous peine de destruction rapide, force nous a été de chercher une substance inattaquable par ces sels, c'est le caoutchouc durci que nous avons choisi. Cette substance permet de construire des sondes qui ont la solidité nécessaire en même temps qu'une certaine souplesse. Si on plonge la sonde dans l'eau bouillante on peut en modifier à volonté les courbures. Enfin, on peut sans inconvénient laisser l'instrument d'une façon permanente dans une solution de sublimé, ce qui en assure l'asepsie absolue.

En résumé, notre sonde présente les avantages suivants : elle est d'un nettoyage facile; elle assure le reflux du liquide et elle permet l'emploi des solutions antiseptiques quelles qu'elles soient.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 6 août 1888, a été nommé dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. le docteur Charrin, médecin de deuxième classe de la marine, démissionnaire.

— Par arrêtés ministériels, en date du 7 août 1888, des concours s'ouvriront, savoir :

Le 18 février 1889 à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens.

Le 18 mars 1889, à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques à ladite école.

Les registres d'inscription seront clos un mois avant l'ouverture desdits concours.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — Les récompenses suivantes viennent d'être décernées pour l'année scolaire 1887-1888 :

Première année : prix, M. Coupry; mention honorable, M. Riffé; — deuxième année: prix, M. Pepin; pas de mention honorable; — troisième année : prix, M. Lacaze ; mention honorable, M. Baudet; — quatrième année : prix, M. Lespinasse; pas de mention honorable; — prix du Conseil général, prix de 300 francs : M. Daraignez.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — Les récompenses suivantes ont été décernées à la suite des concours de fin d'année :

Médecine. — Première année : prix, M. Roux (Jean); — deuxième année : pas de prix ; mention honorable, M. Bourdin ; — troisième année : prix, M. Chatin.

Pharmacie. — Première année : pas de prix ; mention honorable, M. Maurice ; — deuxième année : prix, M. Moreau ; — troisième année : prix, M. Ducher.

— *École de médecine de Caen.* — M. Pauchon, docteur ès sciences physiques, est nommé professeur de physique.

— Le concours, ouvert le 1er août, devant la Faculté de médecine de Nancy, pour un emploi de professeur suppléant d'anatomie et physiologie, à l'école de médecine de Besançon, s'est terminé par la présentation de M. Édouard Bolot.

— M. le docteur Brousse est nommé membre du comité d'inspection et d'achats de livres près la bibliothèque de Bourganeuf.

— Nous apprenons avec regret, la mort de M. le docteur E. Decaisne, rédacteur scientifique de la *France*, décédé, à Paris, le 6 août 1888, à l'âge de soixante et un ans.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

48

FARINE MALTÉE DEFRESNE

NUTRIMENT COMPLET

COMPARABLE AU LAIT MATERNEL DESSÉCHÉ

Farine maltée		Lait maternel desséché	
Erythrodextrine	22 »	*Aliments protéiques*	12.70
Aliments protéiques	14.63	*Aliments gras*	29.50
Aliments gras	10.59	*Sucre-Lactose*	54.35
Sucre et Maltose	49 »	*Acide phosphoriq.*	0.88
Acide phosphoriq.	0.68		

Cette délicieuse farine, dont le gluten et l'amidon ont été rendus assimilables par la germination du blé, emprunte au jaune d'œuf ses matières grasses émulsionnées et son phosphate de chaux.

La Farine maltée Defresne supplée à l'insuffisance du lait maternel, elle prévient le danger que présente le brusque passage de l'élevage au sein à l'alimentation ordinaire. Avec la **Farine maltée**, il n'y a plus à redouter les **entérites** ni les **affections gastro-intestinales**, si meurtrières chez les nourrissons. — PRIX : 2 francs.

DEFRESNE, auteur de la *Pancréatine* et Phies.

99

TABLETTE ROUSSEAU

BŒUF CONDENSÉ

Aliment reconstituant par excellence ; valeur nutritive sans égale. — *Anémie*. — *Dyspepsies*. — *Convalescences*. — Paris, 3 *bis*, rue Bleue.

50

MALADIES DU CŒUR

Palpitations, Affections mitrales ou aortiques, Anévrysmes, Hydropisies, guéris par **DRAGÉES TONICARDIAQUES LE BRUN (caféine iodoformée)**. Dépôt Gral : Phie Cie Fg Montmartre, Paris.

13

VÉRITABLES GRAINS DE SANTÉ

DU DOCTEUR FRANCK (*Codex* n° 603).

Aloès et Gomme-Gutte

Le plus commode des **Purgatifs**, très imité et contrefait.

Exiger le mot véritable sur l'étiquette, imprimée en 4 *couleurs* et sur des *boîtes bleues*.

Dépôt : Phie LEROY, 2, r. Daunou, et toutes phies.

46

VICHY, PASTILLES DIGESTIVES

Fabriquées à Vichy, avec les Sels extraits des Eaux. Elles sont d'un goût agréable et sont prescrites contre les aigreurs et les digestions difficiles.

Boîtes de 1, 2 et 5 fr.

SELS DE VICHY POUR BAINS

Le rouleau pour un bain, 1 fr. 25.

SUCRE D'ORGE DE VICHY

Excellent Bonbon digestif. Boîtes de 1, 2 et 3 fr.

Exiger sur les produits ci-dessus les marques de la Compagnie.

A Paris, 8, boulevard Montmartre ; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré, où se trouvent à prix réduits toutes les eaux minérales naturelles sans exception.

91

L'EAU DE LÉCHELLE

HÉMOSTATIQUE.

Combat efficacement les *hémorrhagies utérines* et intestinales, l'hémoptysie, l'atonie des organes, les affections des muqueuses. *Leucorrhée*, diarrhée, catarrhe, etc.

Dépôt général : 378, rue Saint-Honoré, Paris.

66

PILULES DE BLANCARD

A L'IODURE FERREUX INALTÉRABLE

Approuvées par l'Académie de médecine de Paris

Employées dans **l'anémie**, la **chlorose**, la **leucorrhée**, **l'aménorrhée**, la **cachexie scrofuleuse**, la **syphilis constitutionnelle**, le **rachitisme**, etc., etc.

N. B. — Exiger toujours la signature ci-contre. Blancard

Pharmacien, 40, rue Bonaparte, Paris.

21

PASTILLES MARIANI A LA COCA

ET AU CHLORHYDRATE DE COCAINE

Les propriétés toniques de la COCA, unies aux propriétés analgésiantes et anesthésiques de la COCAINE, font de ces pastilles le médicament le plus rationnel pour combattre les affections des voies respiratoires et digestives.

Ces pastilles renferment : 10 *centigr. d'extrait de Coca et 2 milligr. de chlorhydrate de Cocaïne.*

DOSE : **6 à 8 pastilles par jour.**

MARIANI, phien, 41, Brd Haussmann et ttes Phies.

96

Gouttes, Gravelles,

Coliques hépatiques, néphrétiques, Cystite

CONTREXÉVILLE

SOURCE DU PAVILLON

seule décrétée d'intérêt public.

Dépôt central : ADAM, bvard des Italiens, 31, Paris.

Exiger la source du **Pavillon.**

74

SOLUTION PAUTAUBERGE

au chlorhydro-phosphate de chaux créosoté

Chaque cuillerée contient 10 centigrammes de créosote et 50 centigrammes de sel de chaux ; elle doit être prise dans de l'eau sucrée.

Bien tolérée par les voies digestives, cette Solution est facilement acceptée et complètement absorbée ; très efficace dans les **Tuberculoses, Affections chroniques broncho-pulmonaires, Scrofules, Rachitisme.**

L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César, Paris.

70

CACHETS DIGESTIFS H. MOURRUT

PEPSINE ET DIASTASE

Les cachets Mourrut sont la préparation la plus convenable pour administration de la Pepsine et de la Diastase. Ces deux ferments digestifs sont insolubles dans l'alcool, qui les précipite de leur dissolution dans l'eau ; on ne doit donc pas les administrer dans un liquide alcoolique (BOUCHARDAT, *Annuaire*, 1880, p. 138).

Phie CHAMPIGNY, 57, r. Clichy ; 10, r. Port-Mahon.

92

SULFONAL RIEDEL

NOUVEAU REMÈDE **soporifique** ET **calmant.**

Ne cause aucun trouble et n'affecte ni les organes digestifs ni ceux de la respiration.

Dépôt chez *tous les droguistes et comres.*

67

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents ou valétudinaires**, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

42

SIROP POLYPHOSPHATÉ, ÉLIXIR POLYPHOSPHATÉ

VIN LOGEAIS POLYPHOSPHATÉ

aux PHOSPHATES de POTASSE et de SOUDE et à la NOIX de KOLA.

Un verre à liqueur représente 0,70 centigr. de phosphates combinés.

Réparateur des Os, des Muscles, du Sang.

Paris, 37, avenue Marceau, et toutes pharmacies.

15

VIN DU DOCTEUR FORESTIER

(Quinquina, pyrophosphate de fer, écorces d'oranges amères et Malaga.)

Voir : *Traité de thérapeutique*. Trousseau et Pidoux ; Commentaires du *Codex*, Gubler.

Fabrication : J.-B. BOSREDON aîné, Brive (Corrèze).

22

LE PHOSPHATE MONO-CALCIQUE

CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.
Vin id. id. à 1 — 60.

Paris, 145, r. de Belleville, et bonnes phies.

47

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

65

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

23

NÉVRALGIES, MIGRAINES, FIÈVRES.

PILULES DE SAINT-CLOUD

Chaque pilule contient 1/5e de milligramme d'*Aconitine*, du *Valérianate de Quinine* et du *Valérianate de zinc.*

Phie DUFILHO, Saint-Cloud, et ttes phaamacies.

52

MALADIES DE POITRINE

CRÉOSOTE DE GOUDRON DE HÊTRE

Vin, Huile et Sirop } **créosotés.**
Capsules d'huile de faînes
Id. d'huile de foie de morue

Seules formules vraies des docteurs Bouchard et Gimbert. — Phie H. MAYET, 9, rue St-Marc.

72

PILULES SUISSES

(*Pilules de coloquinte composées*)

PURGATIVES, LAXATIVES, DÉPURATIVES

MM. les médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. HERTZOG, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

43

Eau minérale

ARSENICALE, FERRUGINEUSE, MAGNÉSIENNE

FARETTE

Anémie, gastralgie, convalescence, maladies de la peau.

22, rue du Quatre-Septembre, Paris.

20

L'ERGOTININE DE TANRET

LAURÉAT DE L'INSTITUT

Alcaloïde et principe actif de l'ergot, s'emploie dans tous les cas où celui-ci est indiqué. L'auteur en prépare un **Sirop** à 1/4 miligr. la cuillère à café — (dose : de 1 à 6 par jour) et une **Solution** hypodermique à 1 milligr. le cent. cube — (dose : de 3 à 10 gouttes). — **L'Ergotinine de Tanret** ne produit jamais d'accidents locaux.

Gros : Ch. TANRET, 14, r. d'Alger, Paris.

Détail à Paris : Phie, 64, rue Basse-du-Rempart.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Des troubles musculaires consécutifs aux arthrites.

Par M. Victor WALLICH,
Interne des hôpitaux.

I

A la suite d'une arthrite, quelle que soit sa nature, on peut voir survenir, dans les muscles voisins de l'articulation malade, des troubles sous forme d'atrophie, de paralysie, de contracture. Ces troubles musculaires, très anciennement connus, ne furent l'objet d'une description et d'une interprétation qu'au XVIIIe siècle, par John Hunter (1). Pour cet auteur, « la perte d'action des muscles par lésions des articulations » et « le raccourcissement des muscles dans les lésions des articulations » étaient l'effet de la sympathie des muscles, qui cessaient d'agir ou se contractaient instinctivement, pour ne pas mouvoir ou afin d'immobiliser les jointures malades. Pour Malgaigne, les atrophies et les paralysies constatées à la suite des luxations de l'épaule n'étaient que le résultat de tiraillements, de déchirures et de commotion des nerfs. J. Roux (2) étudie l'atrophie du deltoïde dans l'hydarthrose de l'épaule et en fait le résultat de la compression excentrique exercée par le liquide intra-articulaire sur le muscle. Bonnet (3) signale l'atrophie musculaire qui accompagne les entorses. Empis, dans sa thèse (Paris 1850), étudie une atrophie du deltoïde survenue à la suite d'une luxation de l'épaule. M. Charcot (4) étudie les déformations du rhumatisme chronique et les attribue à des contractions musculaires d'origine réflexe, ayant un point de départ dans les articulations affectées; Duchenne (de Boulogne) avait donné la description d'une contracture ascendante réflexe d'origine articulaire, dans son *Traité de l'électrisation localisée;* mais, à part ces deux auteurs, personne ne songea à voir dans ces troubles musculaires le résultat de phénomènes réflexes. Les thèses de Jasseron (Paris 1862) et de Beziel (Paris 1864), sur les paralysies observées dans le rhumatisme articulaire aigu, attribuent les troubles musculaires à une localisation du rhumatisme sur les centres nerveux, les nerfs, les muscles, ou à une dénutrition générale. M. Ollivier, dans sa thèse d'agrégation (Paris 1869), consacre un chapitre spécial aux atrophies musculaires d'origine articulaire. En 1872, M. le professeur Le Fort fait une communication à la Société de chirurgie sur les succès obtenus en traitant les atrophies musculaires, consécutives aux arthrites, par les courants continus faibles et permanents. M. Sabourin, dans sa thèse (Paris 1873), envisage les troubles musculaires observés au voisinage des articulations, frappées de rhumatisme, comme l'effet de l'irritation des tissus péri-articulaires, propagée aux muscles et même aux nerfs. Vulpian, en 1875, dans ses leçons sur l'appareil vaso-moteur, prend la défense de la théorie réflexe. La thèse de M. Valtat (Paris 1877), étude très complète sur tous les points de la question de ces paralysies et de ces atrophies, mérite de faire date. Les thèses de MM. Darde et Berguien (Paris 1877), Bocquet, Urdy (Paris 1878), portent sur plusieurs points particuliers de ce sujet. Une autopsie très minutieusement faite, dans un cas de rhumatisme chronique, par M. Debove (1), confirme les résultats négatifs des recherches de M. Valtat, l'absence de lésions de la moelle et des nerfs. Il reste encore à citer les thèses de MM. Descosses, Vignes et Christin (Paris 1880), de M. Antelmy (1881), le travail de M. Picqué (2), une thèse sur les atrophies réflexes de M. Guichard (Bordeaux 1881), l'article de MM. Guyon et Féré (3) et la thèse de M. Mondan (Lyon 1882).

M. le professeur Verneuil appelle l'attention de la Société de chirurgie sur les troubles musculaires, suivant la coxalgie et pouvant simuler une récidive (4). Cette communication donne lieu à une intéressante discussion, et fait l'objet d'une revue critique de M. Masse (5). M. Charcot, dans ses leçons (*Progrès médical*, juin et juillet 1882), étudie en détail les divers phénomènes musculaires consécutifs aux arthrites et institue une nouvelle méthode de traitement. M. Mous-

(1) John Hunter. *Œuvres complètes*, traduction Richelot, 1839.
(2) Roux. *Annales de la chirurgie*, Paris 1845, t. XV.
(3) Bonnet. *Traité des articulations*, 1845.
(4) Charcot. Thèse de Paris, 1853.

(1) Debove. *Progrès médical*, 1880.
(2) Picqué. *Gazette médicale de Paris*, 1881.
(3) Guyon et Féré. *Progrès médical*, 1881.
(4) Verneuil. *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1881, t. VII, p. 744.
(5) Masse. *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, novembre et décembre 1881.

sous (1) étudie la question au point de vue anatomo-pathologique. Une intéressante communication de notre collègue Klippel (2), à la Société anatomique, et la thèse de M. Blocq (3), sur les contractures, sont les travaux les plus récents sur l'étude de ces troubles musculaires.

II

Les troubles musculaires succédant aux arthrites peuvent affecter différentes formes : atrophie, paralysie, contracture. Ces formes peuvent se montrer isolées ou associées. Le plus souvent, l'atrophie et la paralysie se montrent ensemble, à des degrés différents; on les voit quelquefois évoluer d'une façon indépendante l'une par rapport à l'autre. La contracture peut se montrer seule ou accompagner les deux formes précédentes. Ces troubles sont généralement précoces et presque contemporains du début de l'arthrite, mais ils peuvent exister après la disparition de celle-ci. Ils affectent des localisations presque constantes. Enfin les muscles frappés dans leur fonctionnement ou leur nutrition offrent, en présence des excitants électriques, des réactions spéciales, qui viennent ajouter un caractère de plus à leur individualité. On peut voir, associés à ces troubles musculaires, certains troubles de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, des modifications dans les réflexes tendineux. L'intégrité de la sensibilité cutanée, souvent constatée, peut être considérée comme un caractère important. Ces phénomènes, étudiés en particulier, présentent des caractères spéciaux qui les distinguent des troubles musculaires développés sous une influence différente. Leur ensemble constitue une série de troubles nettement déterminés, et dont l'examen seul pourrait rappeler la cause, si l'arthrite originelle avait disparu ou passait inaperçue devant l'intensité des désordres constatés dans la vie des muscles.

L'atrophie est le phénomène capital, et, dans la plupart des cas, il est certainement le plus frappant. Le muscle ou les muscles atteints présentent une diminution de volume parfois considérable. Cette atrophie présente, comme particularité remarquable, sa rapidité d'évolution. C'est ainsi que, dans certains cas expérimentaux, relatés par M. Valtat, on percevait cette atrophie dès les premiers jours qui suivaient la lésion articulaire et, si l'animal était sacrifié huit jours après l'opération, on constatait des différences non seulement de volume, mais aussi de poids entre le membre sain et le membre malade, différences qui ont pu être évaluées jusqu'à 45 p. 100, quatorze jours après l'opération. Cette atrophie, non seulement s'établit rapidement, mais évolue en très peu de temps. Sa marche est progressive, mais seulement dans les muscles primitivement atteints, sans présenter de tendance à la généralisation. Le siège de prédilection de ces atrophies est sur les muscles extenseurs de la jointure malade : le deltoïde pour l'épaule, les muscles fessiers pour la hanche, le triceps crural pour le genou. On observe encore ceci de spécial que l'atrophie peut ne pas se montrer à un même degré d'intensité sur les différentes parties d'un seul muscle ou sur les divers muscles d'un groupe musculaire extenseur. On a ainsi noté que, pour le triceps crural, l'atrophie portait principalement sur le faisceau antérieur et sur le faisceau externe, paraissant épargner parfois le vaste interne. Mais d'une façon générale on a observé, lorsque l'atrophie frappait partiellement ou à des degrés différents un même muscle, que les lésions n'allaient nullement en décroissant des parties du muscle les plus voisines de l'articulation vers celles qui en étaient les plus éloignées. La constatation de ce fait peut être opposée à l'idée de considérer l'affection musculaire comme une propagation de l'affection articulaire.

(1) Moussous. Thèse de Bordeaux, 1885.

(2) Klippel. *Bulletins de la Société anatomique*, novembre 1887 et janvier 1888.

(3) Blocq. Thèse de Paris, 1888.

L'atrophie n'est pas toujours exactement limitée aux seuls muscles voisins de l'articulation; elle peut se montrer dans les muscles de tout un membre. Aussi à un point de vue plus général, on peut dire, avec Vulpian (1), que l'atrophie se trouve localisée dans les muscles situés au-dessus de la jointure. Pourtant, dans ces cas où l'atrophie se montre aussi sur d'autres muscles que les extenseurs, on a remarqué que ces derniers présentaient une atrophie plus accentuée.

En résumé, cette atrophie présente, comme caractères particuliers, sa rapidité d'apparition, puis d'évolution, sa localisation sur les muscles extenseurs : « Cette relation entre le siège de l'affection articulaire et la localisation de l'atrophie musculaire est même assez régulière pour être utilisée dans les cas de diagnostic difficile (2). »

III

A la suite d'affections articulaires, les muscles peuvent présenter des troubles non seulement dans leur nutrition, mais aussi dans leurs fonctions : on observe des paralysies et des contractures, et entre ces phénomènes d'aspect si différent, comme lien de transition et témoin de l'intervention du système nerveux, l'exagération des réflexes tendineux.

Ces paralysies affectent les mêmes localisations que l'atrophie et se montrent principalement sur les muscles extenseurs de l'articulation malade. Souvent ce sont les phénomènes paralytiques qui appellent les premiers l'attention. Ils peuvent apparaître au lendemain de l'affection articulaire, alors même qu'il est impossible, sinon de prévoir, du moins de constater encore la moindre atrophie au début. Dans certains cas, la paralysie peut constituer le seul trouble musculaire.

La paralysie se présente à des degrés très variables. Le plus souvent elle est incomplète : le muscle ou les muscles frappés ne se contractent qu'imparfaitement, lors d'un mouvement voulu et sous l'influence d'un effort plus considérable. Dans d'autres cas, la paralysie est complète, les efforts du malade sont impuissants à faire durcir le muscle ou les muscles atteints. Si la paralysie porte sur le deltoïde à la suite d'une arthrite de l'épaule, le bras est pendant le long du tronc; il ne peut être étendu, alors que tous les autres muscles du bras et de l'avant-bras ont conservé leur volume et leur force. A la suite d'une arthrite du genou, les troubles paralytiques portent sur le triceps crural, le malade ne peut marcher ni se tenir debout; il sent son membre inférieur se dérober sous lui, et, comme nous l'avons dit pour l'atrophie, on est frappé de la localisation de ces troubles et de leur apparition précoce.

Quel rapport peut-on établir entre l'atrophie et la paralysie? Il est incontestable que, d'une façon générale, comme

(1) Vulpian. *Maladies du système nerveux*, t. II, Paris 1886.

(2) Charcot. *Progrès médical*, juin 1882.

l'a fait remarquer M. le professeur Charcot, l'impuissance motrice se montre d'autant plus accentuée que l'amyotrophie elle-même est plus marquée. Mais on peut parfois observer que ces troubles ont une certaine indépendance, l'un par rapport à l'autre. Il est des cas où la paralysie se produit à la suite d'arthrites aiguës, dès le lendemain du début de l'arthrite, pour augmenter ensuite ou décroître. Le malade qui fait le sujet de l'observation I de la thèse de M. Valtat en est un bel exemple : Un homme de trente ans reçoit un coup de pied de cheval sur le genou ; une hydarthrose considérable se développe. Dès le lendemain, le triceps crural est flasque, aplati, étalé. Non seulement le malade ne peut étendre sa jambe si on la fléchit, mais en faisant tous ses efforts il ne peut parvenir à faire durcir son muscle.

Dans des cas semblables, il est impossible de considérer la paralysie, l'impotence fonctionnelle, comme l'effet de l'atrophie, qui n'a été apparente chez ce malade que quelques jours plus tard, alors que la paralysie était en décroissance, ainsi que nous le dit l'observation.

Il est certain que, en dehors de toute paralysie, le malade, qui souffre de son articulation, évite de la mouvoir, mais alors il peut, si on l'y invite, contracter, faire durcir le muscle soupçonné, sans aller jusqu'à lui faire exécuter un mouvement douloureux. Or, malgré tous ses efforts il ne peut souvent y parvenir, et ces efforts deviennent incontestables, si, en contractant d'autres muscles, les fléchisseurs intacts, par exemple, il opère des mouvements qui sont, eux aussi, des causes de douleurs dans sa jointure malade. Du reste, cette impotence localisée peut survivre à la douleur, et même persister lorsque tous les signes de l'arthrite ont disparu. Dans les cas semblables à celui de M. Valtat, la nature paralytique de ces troubles est incontestable et ne peut pas encore être mise sur le compte d'une immobilisation prolongée.

IV

L'examen de la sensibilité électrique des muscles fournit des renseignements précieux. On se trouve en présence de caractères particuliers, qui, ajoutés aux signes précédents, contribuent à donner à ces troubles leur individualité, Empis a noté, dans sa thèse (1), qu'il avait observé avec Duchenne chez son malade une diminution de l'excitabilité électrique, en présence des courants interrompus. Rumpf et Erb (2) ont étudié ces modifications de l'excitabilité électrique des muscles paralysés et atrophiés à la suite d'affections articulaires.

Si l'on explore la sensibilité aux courants interrompus, soit du muscle malade, soit du nerf qui l'innerve, on est frappé de la diminution de l'excitabilité, qui contraste avec l'excitabilité normale des muscles voisins, non malades. Cette diminution peut aller jusqu'à la disparition complète de l'excitabilité. L'exploration faite avec les courants continus conduit à des résultats semblables, diminution ou abolition complète de l'excitabilité, le muscle ne se contracte pas, quelle que soit la force employée, ou à quelque moment que ce soit de l'application du courant.

Donc, en présence de courants soit interrompus, soit continus, le muscle ne donne pas des réactions modifiées, il n'offre aucune réaction. On dit alors qu'il y a diminution quantitative de l'excitabilité électrique. Dans un grand nombre d'affections du système nerveux central ou périphérique, on observe, au niveau des muscles malades, des réactions différentes de celles que l'on constate à l'état normal, en présence des courants continus ; ce sont des divergences relatives à la loi de secousse, à la forme des secousses. L'on est alors en présence de modifications qualitatives de l'excitabilité électrique. Ces modifications ne se rencontrent pas dans les paralysies et les atrophies d'origine articulaire, pas plus que la réaction de dégénérescence qui comprend, selon la définition générale de Erb, « tout un cycle de variations quantitatives et qualitatives».

Il est donc un fait saillant et d'observation facile, c'est la diminution de l'excitabilité directe et indirecte des muscles, par les courants continus et par les courants interrompus : modification purement quantitative, facilement appréciable, car il semble, suivant l'expression de M. Charcot, que les muscles sont absents. Ces modifications quantitatives de l'excitabilité distinguent ces altérations musculaires, atrophies simples, de l'atrophie dégénérative, où les réactions électriques présentent des modifications qualitatives, ou à la fois qualitatives et quantitatives, comme dans la réaction de dégénérescence.

Si alors, ainsi que l'a indiqué M. Charcot (1), on place le malade sur un tabouret de verre, et qu'on le mette en communication avec une machine à électricité statique, en tirant des étincelles, au niveau des muscles malades, on les voit se contracter sur le point excité. Nous verrons à propos du traitement quelles importantes déductions on a pu tirer de ces phénomènes.

En résumé : absence de réaction de dégénérescence, perte ou diminution de l'excitabilité par les courants continus ou interrompus, contractions sous l'influence de l'électricité statique, tels sont les caractères qui appartiennent à ces troubles musculaires.

V

La paralysie n'est pas le seul trouble, qui puisse survenir dans le fonctionnement des muscles au voisinage d'une articulation malade ; on voit fréquemment certains muscles ou groupes musculaires entrer en contracture. On attribue aujourd'hui un rôle prépondérant à ces contractures dans la production des attitudes vicieuses et des déformations, se montrant sur des membres atteints d'arthrite.

On trouve dans les œuvres de Hunter un chapitre intitulé (2) : « Du raccourcissement des muscles des articulations malades ». « Lorsque les articulations sont malades, elles se mettent naturellement dans un état qui tient le milieu entre la flexion et l'extension, et comme les articulations sont passives, ce mouvement ne peut être exécuté que par une action volontaire ou involontaire des muscles. Cette raideur est la conséquence de la contraction involontaire des muscles et la conséquence de leur sympathie avec l'articulation. »

Ces contractures ont été étudiées par Duchenne (de Boulogne) sous le nom de contracture ascendante réflexe, par M. Charcot dans sa thèse, et dans ses leçons cliniques de 1882. Enfin, tout récemment l'étude des contractures d'origine articulaire a été reprise par M. Blocq, qui les a présentées comme le type des contractures vraies ou spasmodiques.

(1) Empis. Loc. cit.
(2) Erb. *Traité d'électrothérapie*, traduction Rueff, 1884.

(1) Charcot. *Progrès médical*, 1882.
(2) Loc. cit., p. 374.

Cet état de contracture peut s'observer à différents degrés dans toutes les variétés d'arthrites. Un premier fait très fréquent, et constituant une ébauche de la contracture, est ce que M. Blocq a proposé de classer sous le nom de spasme de défense : une contracture instinctive, involontaire, des muscles voisins d'une articulation malade et douloureuse, lorsqu'on cherche à lui faire opérer des mouvements. Cette contraction de passagère peut devenir permanente, et alors on se trouve en présence d'une véritable contracture, s'exaspérant, lorsque l'on veut lutter contre elle, et pouvant, comme le dit M. le professeur Duplay, faire croire à une ankylose (1).

Parfois on rencontre ce que Duchenne (de Boulogne) a plus spécialement décrit sous le nom de contracture ascendante réflexe, d'origine articulaire. A la suite de violences exercées sur une articulation, principalement sur celle du poignet, on voit apparaître quelquefois, peu de temps après que l'articulation n'est plus douloureuse, ou même paraît complètement guérie, des contractures siégeant sur les muscles moteurs de cette articulation. Mais ces contractures peuvent s'étendre aux muscles moteurs d'autres jointures du membre du même côté. Un phénomène particulier, sur lequel insistait Duchenne, était la douleur qui se montrait dans les muscles contracturés, surtout dans ceux qui étaient primitivement affectés; cette douleur pouvant survivre aux contractures, se propager vers l'origine des nerfs du membre, semblant « être symptomatique d'un état morbide de la moelle à ce niveau ».

A côté de la contracture qui s'installe ainsi, brusquement, à la suite d'un traumatisme articulaire, il y a la contracture, qui naît insidieusement dans les arthrites, à évolution lente, comme dans le rhumatisme chronique et les tumeurs blanches. Mais ici, il y a lieu d'établir une différence entre les phénomènes du début de la maladie et les phénomènes terminaux, entre ce qui est le fait de la contracture, et ce qui dépend d'autres causes. D'abord, y a-t-il vraiment contracture? Cela a été nié. L'attitude demi-fléchie que prennent les membres aux jointures malades n'était pour Bell que le fait d'une position instinctive, prise par le malade, pour mettre l'articulation dans le relâchement et calmer la douleur. Bonnet regardait ces attitudes comme le fait de l'action exercée sur les ligaments distendus par le liquide épanché dans l'articulation, phénomènes qu'il reproduisait expérimentalement sur le cadavre. Mais en admettant l'exactitude possible de ces théories dans certaines arthrites très douloureuses, on à épanchement considérable, elles n'expliquent en aucune façon les contractures observées dans les arthrites non douloureuses, et dans les arthrites se présentant avec peu, ou point d'épanchement.

L'accord semble fait aujourd'hui pour reconnaître aux attitudes vicieuses, consécutives aux arthrites, l'action simultanée de plusieurs facteurs. Le principal est la contracture. Elle apparaît dès les premiers temps de l'arthrite, c'est elle qui marque le sens de la déviation, qui donne la direction de l'attitude vicieuse. Pendant longtemps on peut en rester là, mais au voisinage d'une articulation chroniquement malade, on voit d'autres phénomènes se produire. Les parties péri-articulaires s'épaississent, deviennent fibreuses, cette transformation frappe les insertions tendineuses des muscles, et même les portions charnues de ceux-ci. Ce nouveau processus fixe les muscles contracturés dans l'état où ils se trouvent, ce sont là les phénomènes décrits par M. le professeur Charcot, sous le nom de rétraction fibro-tendineuse (1); phénomènes, qui n'ont pas besoin pour leur développement d'une propagation inflammatoire venue de l'articulation, mais qu'on a vus aussi succéder à des contractures d'origine hystérique. Dans les tumeurs blanches, à la contracture musculaire, à la rétraction fibro-tendineuse, il faut ajouter l'influence des lésions destructives des os, auxquelles on peut devoir non seulement des déviations et des déformations, mais encore des luxations (2).

Si l'on fait abstraction de tout ce qui n'est pas la contracture, de tout ce qui la complique, on voit que la contracture d'origine articulaire est bien définie; elle entre dans la catégorie des phénomènes compris, par M. Charcot, sous le nom de contracture spasmodique, et répondant au type décrit par M. Blocq, sous le nom de contracture vraie, par opposition aux pseudo-contractures (3). Selon la proposition de ce dernier auteur, la contracture est « un état pathologique, caractérisé par une contraction involontaire et durable des muscles », manifestation plus avancée d'un état spasmodique, d'un éréthisme médullaire, dont on trouve le premier degré dans l'exagération des réflexes tendineux, alors que la contracture est à l'état latent; contracture vraie, dont les caractères peuvent être ainsi résumés : « sensation de résistance élastique du muscle, — résolution de la contracture sous le chloroforme, par l'application de la bande d'Esmarch un temps suffisant; — réactions normales à l'exploration électrique, exagération des réflexes tendineux » (Blocq).

Ces contractures sont localisées généralement sur les muscles entourant l'articulation, mais certains groupes musculaires peuvent être plus frappés que d'autres, et l'on peut voir réalisé, ce que M. Charcot décrivait à propos du rhumatisme chronique dans les extrémités du membre supérieur : des types d'extension et de flexion.

La contracture peut donc frapper les muscles avec une intensité très variable, mais avant même les formes de contractures les plus légères, les formes ébauchées, il est un état, que MM. Charcot et Blocq comprennent sous le nom de contracture latente, qui est révélé à l'examen par l'exagération des réflexes tendineux, et parfois par la trépidation spinale. Il est des cas, où cette exagération des réflexes tendineux est le seul signe prémonitoire de l'invasion de la contracture. Il est facile de l'observer lorsque la contracture est naissante, mais sa recherche devient difficile, même impossible, lorsque la raideur musculaire est très intense.

A côté des cas où les troubles musculaires doivent aboutir à la contracture, et présentent des exagérations des réflexes tendineux, il en est d'autres où les troubles musculaires se bornent à l'atrophie et à la paralysie, et où, suivant Vulpian, l'on trouve les réflexes tendineux affaiblis, quelquefois abolis. Mais cet auteur avait remarqué que les

(1) Follin et Duplay. *Pathologie externe*, t. III.

(1) Charcot. *Bulletin médical*, 23 mars 1887.

(2) Th. Anger. *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1881, t. VII, p. 778.

(3) M. Gilbert Ballet a présenté, à la Société médicale des hôpitaux, le 8 juin 1888, les observations de deux malades, atteints de rhumatisme chronique, et présentant, l'un dans les muscles de l'épaule et du bras, l'autre dans les masséters, des spasmes intermittents à récidives fréquentes. L'auteur considère ces spasmes comme des troubles musculaires d'origine articulaire.

réflexes, en particulier celui de la jambe, quoique se faisant avec moins d'amplitude, se produisaient plus facilement, plus rapidement, « comme s'il y avait un peu d'exagération du pouvoir réflexe médullaire (1) ».

A côté de ces troubles musculaires sur la nature et l'origine desquels il est important de ne point se méprendre, il est bon d'exposer rapidement les phénomènes, qui peuvent les accompagner. D'une façon générale, la sensibilité cutanée est conservée intacte, mais dans certains cas, on l'a vu troublée, on a observé aussi des névralgies [Descosse, Darde, Vulpian] (2). On a noté des troubles trophiques, caractérisés par une adipose sous-cutanée [Collette (3), Descosse]; des troubles vasculaires et thermiques, des troubles de nutrition portant sur la peau et ses annexes, enfin des atrophies des os et de membres entiers à la suite d'arthrites de l'enfance [Berguien] (4).

VI

Ces divers troubles musculaires, développés à la suite d'arthrites, sont très fréquents, constants pour certains auteurs. C'est ainsi que M. J. Paget (5) fait, de ces troubles musculaires, le critérium de la simulation d'une arthrite. C'est peut-être aller un peu loin, que de poser une telle affirmation, et si fréquentes que soient ces myopathies, les faits négatifs ne manquent pas, où l'on voit les arthrites évoluer sans troubles musculaires. La plupart des auteurs ont étudié ces troubles, comme une complication, plutôt que comme un symptôme des arthrites. En faisant ces réserves, on peut se demander quelles sont les arthrites qui s'accompagnent le plus souvent de troubles musculaires? A cet égard, l'on n'a rien pu formuler de précis. Les conditions étiologiques se trouvent-elles dans la nature de l'arthrite, dans son intensité, dans son siège? Quelle part doit-on faire aux conditions individuelles ; âge, sexe, état constitutionnel? Toutes ces questions n'ont pas encore reçu de réponse catégorique.

La nature de l'arthrite paraît indifférente à la production des troubles musculaires ; et ceux-ci semblent plutôt liés au fait même de l'arthrite, qu'aux influences qui la produisent. On a observé des troubles musculaires à la suite de toutes les variétés d'arthrites : à la suite d'arthrites aiguës, traumatiques, entorses, luxations, à la suite d'arthrite blennorrhagique, dans le rhumatisme articulaire aigu, et dans les accès de goutte [Cornillon (6), Bouloumié (7)].

Les troubles musculaires ne sont pas moins fréquents dans les arthrites chroniques. M. Charcot a bien mis en lumière les troubles musculaires observés dans le rhumatisme chronique. On voit des troubles musculaires accompagner les hydarthroses. L'aplatissement des muscles de la fesse, dans la coxalgie, était un fait d'observation très ancienne, mais il n'avait pas été établi de corrélation entre cet état musculaire et l'état de l'articulation. Les observations de troubles musculaires dans le cours des tumeurs blanches sont banales. On a aussi observé des troubles musculaires à la suite d'arthrites syphilitiques (8), et d'arthropathies ataxiques (1). Les troubles musculaires observés dans ces diverses arthrites présentent de très grandes variétés de forme et d'intensité, ne paraissant pas dépendre de la nature de la lésion articulaire. Bien qu'on voie les myopathies les plus durables, succéder aux arthrites les plus légères et même leur survivre, les troubles musculaires paraissent plutôt subordonnés à l'intensité et surtout à la durée de l'arthrite.

Le siège de l'arthrite crée-t-il une condition favorable au développement des troubles musculaires? Les arthrites des grandes et des petites articulations peuvent donner naissance à des troubles musculaires. Peut-être est-il à noter une étendue plus grande de ces troubles, à la suite d'arthrites des grandes articulations, comme le genou, l'épaule, la hanche.

Les troubles musculaires, consécutifs aux arthrites, s'observent à tous les âges, mais, étant donnée leur intensité très variable, suivant les sujets, intensité ne paraissant pas toujours répondre à celle de l'arthrite, il est à croire qu'il faut tenir compte de la susceptibilité individuelle, d'une certaine aptitude, quelque chose comme ce qu'en d'autres circonstances, M. Charcot a compris sous le nom « d'opportunité ». La facilité avec laquelle se produisent les troubles moteurs chez les hystériques à la suite d'un traumatisme périphérique quelconque, semble exposer particulièrement ces malades aux troubles musculaires à la suite d'arthrites.

VII

Des recherches ont été faites sur les lésions, qui pouvaient accompagner ces troubles musculaires chez l'homme et chez les animaux. On a examiné, dans ce but, l'état des muscles, des nerfs et de la moelle. En ce qui concerne les muscles, il est bon de distinguer les observations faites sur les muscles frappés d'atrophie et de paralysie, et sur ceux atteints de contracture.

Les muscles atrophiés et paralysés sont flasques, diminués de volume, et présentent une couleur feuille morte. A l'examen histologique, par dissociation, on trouve des petites fibres, très nombreuses, dont la striation est conservée ; Moussous (2) n'a jamais rencontré de transformation graisseuse, mais il a trouvé quelquefois des granulations protéiques, solubles dans l'acide acétique. Sur les coupes, les petites fibres, très nombreuses, apparaissent sous forme de points rouges (picro-carmin); on rencontre de la lipomatose bien nettement interstitielle, si la coupe est bien dirigée. Enfin, M. Debove (3), dans son observation, a constaté une sclérose du tissu conjonctif, les processus atrophiques et scléreux se montraient parallèlement. Ces lésions peuvent être inégalement réparties sur les divers points d'un même muscle : atrophie simple du droit antérieur, par exemple, fibres en dégénération granuleuse, avec multiplication des noyaux pour les fibres des vastes interne et externe [cas de Klippel] (4). Mais le plus souvent les lésions d'atrophie simple, non dégénératives, sont dominantes.

Quant à la contracture, suite de lésions articulaires, elle ne s'accompagne jamais de lésions appréciables des fibres

(1) Vulpian. Loc. cit., p. 550.
(2) Descosse. Thèse de Paris, 1880. — Darde. — Vulpian. Loc. cit.
(3) Collette. Thèse de Paris, 1872.
(4) Berguien. Thèse de Paris, 1877.
(5) J. Paget. *Clinique chirurgicale*, 1877.
(6) Cornillon. *Progrès médical*, mai 1883.
(7) Bouloumié. Société de thérapeutique, 25 mai 1884.
(8) Méricamp. Thèse de Paris, 1883.

(1) Vignes. Loc. cit.
(2) Loc. cit.
(3) Debove. Loc. cit.
(4) Klippel. Loc. cit.

musculaires (Blocq), et les lésions qui pourraient survenir dans les muscles n'y paraîtraient, suivant cet auteur, que par suite de complication, ou à titre de combinaison, mais ne seraient jamais le fait du spasme lui-même. Il faut ajouter, comme complication anatomique, les brides fibreuses, les épaississements des tissus péri-articulaires, pouvant survivre à la contracture et remplacer ses effets.

L'examen des nerfs a été fait sur les nerfs musculaires, les troncs nerveux, les racines. MM. Valtat et Debove n'ont pas trouvé de lésions dans leurs cas. M. Moussous a observé, mais d'une façon inconstante, des lésions sur les nerfs intra-musculaires. Au milieu de fibres saines, il a trouvé des petites fibres et sur d'autres fibres de la fragmentation de la myéline, des étranglements, des renflements sur leur trajet, de la turgescence des noyaux inter-annulaires, la disparition partielle et parfois complète du cylindre axe. Klippel n'a constaté dans son observation qu'un nombre plus grand de fibres grêles, paraissant saines, sans dégénérescence, mais avec augmentation du tissu conjonctif interstitiel.

Jusqu'à la récente communication de Klippel (1) à la Société anatomique, on n'avait pas constaté d'altérations dans la moelle, aussi bien dans les cas observés chez l'homme que chez les animaux (Valtat, Debove, Moussous). Klippel, dans un cas d'arthrite chronique du genou droit avec atrophie et paralysie du triceps crural, a trouvé dans la moelle les altérations suivantes : diminution du nombre et du volume des cellules de la corne antérieure, avec granulations dans le contenu et diminution du volume du noyau; ces cellules avaient des prolongements mousses, diminués ou absents. Dans les cornes postérieures, les cellules avaient conservé leur volume et leur nombre, mais manquaient de prolongements, avaient des noyaux granuleux et faiblement colorés par le carmin. On trouvait les mêmes caractères atténués à mesure qu'on s'élevait dans la moelle ; la lésion paraissait symétrique, légèrement prédominante à droite dans la corne postérieure. Ce fait est en contradiction avec ce que l'on avait observé jusqu'alors, mais il serait peut-être prématuré de se hâter de conclure à la présence constante d'une lésion qui aurait échappé aux diverses recherches. De nombreux et nouveaux examens doivent être faits dans cette direction, avant que l'on puisse en tirer un enseignement utile.

En résumé, la plupart des observations anatomiques nous montrent que l'on se trouve en présence d'une atrophie simple, non dégénérative du muscle, s'accompagnant parfois de lésions très rares, de filets nerveux intra-musculaires, mais se montrant le plus souvent avec une intégrité anatomique du système nerveux central et périphérique.

VIII

Comment les lésions d'une articulation peuvent-elles entraîner des troubles si importants dans la vie et la fonction de certains muscles de son voisinage? La théorie de J. Roux qui fait de l'atrophie du deltoïde dans l'arthrite scapulo-humérale le résultat de la compression de ce muscle par le liquide intra-articulaire, ne pourrait expliquer les atrophies du triceps crural par la compression qu'exercerait sur ce muscle une hydarthrose du genou, et encore moins les atrophies se montrant en dehors de toute hydarthrose. La théorie qui fait de ces troubles musculaires le résultat d'une inflammation propagée de l'articulation aux muscles, ne peut être conciliée avec ce fait, que les lésions se présentent à un degré aussi avancé dans les portions du muscle les plus éloignées de l'articulation et dans les parties les plus voisines ; de plus, ces lésions ont les caractères d'une atrophie simple, et non pas ceux d'une véritable inflammation. L'atrophie et la paralysie ont été mises sur le compte de l'immobilisation que le malade s'impose d'instinct, ou que l'on établit dans un but thérapeutique. Mais on voit des troubles musculaires à la suite d'arthrites non douloureuses pour lesquelles une immobilisation instinctive n'a pas de raison d'être, et des arthrites où les troubles musculaires apparaissent d'une façon si précoce, qu'il n'est pas possible d'en accuser une immobilisation faite depuis la veille dans un but thérapeutique.

(1) Loc. cit.

Les troubles musculaires observés dans le rhumatisme ont été attribués à une dénutrition générale, aux localisations du rhumatisme sur les muscles, sur les nerfs ou sur les centres nerveux. On a voulu voir, dans les troubles musculaires survenant à la suite d'une arthrite traumatique, le fait de contusions, déchirures ou commotion des nerfs. On ne peut nier l'intervention de certains de ces facteurs dans certains cas particuliers : l'influence sur l'atrophie de l'immobilisation prolongée, les diverses localisations possibles du rhumatisme, et il est souvent difficile d'établir la limite des désordres causés par un traumatisme, quoique l'on puisse établir une distinction entre les symptômes des troubles musculaires d'origine articulaire et les symptômes des divers troubles, succédant aux lésions des nerfs périphériques.

Hunter semble le véritable précurseur des théories généralement admises aujourd'hui, qui considèrent ces troubles musculaires comme des phénomènes réflexes. La sympathie entre les muscles et l'articulation était pour lui si frappante, qu'il voyait en elle les apparences de la raison (1). Duchenne (de Boulogne), M. Charcot, Vulpian, Erb, ont placé dans la catégorie des phénomènes réflexes ces troubles musculaires, qui ne seraient que l'expression d'un état médullaire, né lui-même de la transmission par voie nerveuse des phénomènes irritatifs articulaires. On se trouve ainsi conduit à admettre qu'il existe dans la moelle une certaine relation entre les cellules d'origine, des nerfs centripètes articulaires, et les cellules d'origine des nerfs moteurs des muscles, sur lesquels se localisent les divers troubles observés. Quelle est cette modification subie par la moelle? est-ce une altération anatomique?

Les recherches faites dans ce but ont donné des résultats négatifs ; ce qui, d'après M. Charcot, pouvait être pressenti; car l'absence de réaction de dégénérescence, et le retour possible de l'excitation électrique, même considérablement diminuée, ne pouvait être en rapport avec une altération profonde de la moelle. La modification se bornerait à une inertie, une stupeur de l'élément cellulaire, pour ce qui regarde la paralysie et l'atrophie; une exaltation au contraire de cet élément, pour ce qui concerne la contracture; et ces deux phénomènes : dépression ou exaltation, seraient les « deux phases extrêmes d'un même processus morbide ».

(1) Dans un autre chapitre, Hunter donne la définition suivante de la sympathie : « On désigne sous le nom de sympathie, parce qu'on ne peut l'appeler autrement... un principe d'action en vertu duquel il se forme secondairement, et sans impression immédiate, une action dans une partie qui agit simultanément avec celle qui a reçu l'impression, ou même qui assume toute l'action sur elle-même. » Loc. cit., p. 365.

Jusqu'à l'observation de Klippel, on n'avait pas constaté d'altérations de la moelle; ce fait vient-il détruire les théories précédentes? En attendant de nouvelles preuves, il semble permis de considérer ce fait comme un fait isolé, et peut-être comme un exemple de transformation d'une lésion *sine materia*, dite dynamique, en une lésion organique, matérielle. Toutefois ce fait est instructif en ce qu'il montre vérifiée l'intervention du système nerveux central, dans la production des troubles musculaires d'origine articulaire.

IX

Il est des cas où ces troubles musculaires attirent vivement l'attention, mais parfois il faudra les rechercher au milieu des phénomènes développés autour d'eux, et les différencier des troubles musculaires ayant une autre origine. L'atrophie pourrait échapper à l'examen, soit à son début, lorsqu'elle est encore peu apparente, soit lorsqu'elle est dissimulée sous un épaississement adipeux du tissu cellulaire sous-cutané, comme cela a été observé quelquefois. Une impotence volontaire, pour éviter la douleur d'un mouvement, pourrait donner l'illusion de la paralysie, mais dans ce dernier cas le malade ne pourrait même pas contracter, faire durcir le muscle soupçonné, si on l'y invitait, et l'erreur n'est pas possible dans les cas où l'arthrite n'est pas douloureuse.

La contracture ne sera pas toujours facile à reconnaître, surtout dans ses formes « latentes » (exagération des réflexes tendineux), et dans ses formes compliquées. Dans ce dernier cas, le diagnostic entre ce qui est la contracture et ce qui n'est pas elle, devient très important au point de vue du traitement (1). L'anesthésie chloroformique amènera la résolution de la contracture, et permettra d'observer ce qui dépend des troubles articulaires, et péri-articulaires.

La localisation généralement limitée de ces troubles musculaires, leur rapidité d'apparition et d'évolution, leur peu de tendance à la généralisation, suffisent déjà à les distinguer des troubles musculaires consécutifs à une lésion des centres nerveux. Deux autres caractères les différencient, non seulement de ces affections, mais aussi des troubles succédant aux maladies des nerfs périphériques. Ce sont : l'absence habituelle de troubles de la sensibilité cutanée, et l'absence de réaction de dégénérescence dans les muscles.

Ces troubles musculaires sont très durables. Ils s'étendent rarement en surface, mais progressent sur le point qu'ils ont frappé, et il peut arriver un moment où les désordres sont tels, que tout retour à l'intégrité est devenu impossible. Il est hors de doute que la durée de l'arthrite causale exerce une influence sur la durée des troubles musculaires, et l'on peut dire que les troubles musculaires disparaissent difficilement avant l'arthrite dont ils dépendent, mais on a pu constater aussi que ces troubles peuvent survivre à l'arthrite, ou même en être un effet tardif. On peut observer un certain nombre de cas, où les choses ne se passent pas comme l'avait prétendu Hunter, lorsqu'il disait que le meilleur signe de la guérison d'une arthrite était le retour dans la fonction des muscles. La guérison de l'arthrite doit être le but des efforts du médecin, et les différentes méthodes de traitement de ces troubles musculaires n'ont d'efficacité réelle que lorsque la cause qui les a produits, l'arthrite, n'existe plus.

(1) Verneuil. Loc. cit.

X

Contre les paralysies et les atrophies, les douches, le massage, les excitations cutanées, peuvent avoir une action salutaire, mais les meilleurs résultats ont été obtenus en y joignant le traitement électrique. De nombreuses méthodes ont été proposées, on a successivement recommandé l'emploi des courants interrompus, des courants continus, et plus récemment de l'électricité statique. Ces méthodes, d'une façon générale, exigent, de la part de celui qui les emploie, des connaissances et une éducation spéciales. Aussi, parmi les procédés de traitement, faut-il apprécier ceux qui paraissent présenter de grands avantages par les résultats qu'ils donnent, et aussi par leur facilité d'application, accessible à tous les praticiens. La méthode de M. le professeur Le Fort consiste dans l'application faible et permanente des courants continus, avec application passagère des courants interrompus.

En cas d'atrophie très ancienne, on soumet les malades, jour et nuit, à l'application du courant; après une certaine amélioration, les rhéophores ne sont plus appliqués que la nuit, et l'on pratique, de temps en temps, des séances de faradisation. Les courants dont se sert M. Le Fort sont produits par deux ou trois éléments Callot-Trouvé associés en tension. Les électrodes sont placés de façon à obtenir un courant descendant. M. Valtat, en exposant les divers points de la méthode, dit qu'il est bon de ne pas intervenir, pendant la période des accidents aigus de l'arthrite. Cette méthode a donné de nombreux résultats, publiés par son auteur et son élève M. Valtat. L'emploi de l'électricité statique, recommandé par M. le professeur Charcot, exige un matériel peut-être plus important, mais présente une grande facilité d'application, et a fourni de brillants résultats (1).

La contracture est difficilement combattue, les douches, le massage, l'emploi de l'électricité statique, n'ont pas une très grande action contre elle. C'est surtout à la cause locale, arthrite, ou à l'état général nerveux, qu'il faut s'adresser. On a recommandé l'application des courants interrompus (Duchenne [de Boulogne], et Erb), des courants continus (Legros et Onimus), mais d'une façon générale, on dispose de peu de ressources contre la contracture, si l'arthrite est persistante. Les courants agissent efficacement sur les formes de contractures, dont on trouve le type dans la contracture ascendante de Duchenne. Dans les arthrites chroniques, la contracture se complique presque toujours de rétraction fibro-tendineuse. Cette dernière peut même survivre à la contracture, elle peut être alors combattue directement par le redressement après ténotomie, suivant la méthode employée par M. Terrillon (2), sur des rétractions fibro-tendineuses, consécutives à des contractures hystériques. Mais dans les arthrites anciennes il ne peut être question, la plupart du temps, de traiter spécialement l'état des muscles, qui, avec l'articulation, et les tissus péri-articulaires, sont le siège de lésions sans retour. Il faut alors avoir recours soit aux divers procédés orthopédiques d'extension, de redressement, soit à une intervention radicale : résection d'une articulation ou amputation d'un membre dévié, déformé, atrophié, devenu inutile et gênant, quand il n'est pas en même temps une cause incessante de douleurs.

(1) Charcot. *Progrès médical*, 1882, et *Leçons cliniques sur les maladies du système nerveux*, t. II, note du docteur Vigouroux.

(2) Terrillon. *Bulletin de la Société de chirurgie*, avril 1883.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 juillet 1888. — Présidence de M. POLAILLON.

COMMUNICATIONS

Ascite chyliforme. — **M. TERRIER** revient sur la communication faite par M. Terrillon à la dernière séance, d'autant mieux qu'il avait, antérieurement à lui, observé la malade qui a fait l'objet de la discussion. Le liquide retiré par lui, à cette époque, et examiné par M. Patein, contenait des matières fixes en telle quantité, que celui-ci se refusa à croire à l'existence d'une ascite; d'après l'opinion de ce chimiste, un liquide aussi riche en matériaux solides ne pouvait appartenir qu'à un kyste. Le fait a prouvé le contraire et l'opinion de M. Terrier à ce sujet s'en trouve, par la suite, confirmée. Il croit, en effet, qu'entre le liquide de l'ascite et celui des kystes, on doit trouver tous les intermédiaires comme densité et comme teneur en matériaux fixes. M. Letulle, dans un travail récent, donne l'explication de ce fait. Selon lui, les ascites chyliformes ne sont que l'état *résidual* d'une ascite antérieure ayant revêtu un caractère inflammatoire particulièrement marqué et dont les exsudats fibrineux auraient subi une régression, telle que la limpidité du liquide en fût troublée. M. Terrier admettrait plus volontiers cette interprétation, qui se tire d'une modification des matériaux de l'ascite, que celle qui s'appuie sur une transsudation ou encore une rupture hypothétique des chylifères.

M. TILLAUX ne relèvera, dans l'argumentation de M. Terrier, que ce qui a trait à l'examen chimique du liquide devant servir comme base au diagnostic; estimant qu'il ne faut pas trop se fier aux résultats de l'analyse chimique, qui, dans un cas, l'a égaré complètement. Il s'agissait d'un liquide noirâtre que M. Méhu affirmait devoir appartenir à un kyste, tandis qu'il provenait d'une ascite symptomatique d'une tumeur de l'épiploon.

M. TERRILLON a donné l'hypothèse des ruptures lymphatiques dans le cas d'ascite chyleuse, parce que M. Straus a pu la vérifier par l'observation directe, ainsi qu'il l'a rappelé. De plus, chez la malade en question, la formation du liquide ascitique remontait à huit années, et cette longue période de temps serait plutôt contraire à l'idée d'une ascite régressive.

M. QUENU dit que la défiance de M. Tillaux, vis-à-vis des résultats de l'analyse chimique, est certainement exagérée. Seulement, la formule qui sert de base aux jugements des chimistes est un peu trop étroite. M. Méhu, par exemple, admet qu'au delà de la quantité de soixante ou quatre-vingts parties de matières fixes dans un liquide, il faut compter avoir affaire à un liquide de kyste. Pour être plus vrai, il faudrait dire que le chiffre des matériaux solides, dans l'ascite, peut aller jusque vers le chiffre cent.

M. TERRIER fait observer que le correctif de M. Quenu est tout à fait juste. Les chimistes ont le tort de prendre pour étalon la composition d'une ascite pure, puis celle d'un liquide kystique également typique. Il y a, dans de telles conditions, deux types très tranchés, à la vérité; mais, dans la pratique, il existe de nombreux intermédiaires, surtout en ce qui concerne la densité et la quantité des matériaux fixes.

Fistule pyo-stercorale; guérison par entérorrhaphie. — **M. TRÉLAT** vient de traiter dans son service deux faits de fistule pyo-stercorale.

Dans l'un de ces cas, il s'agit d'un jeune homme de seize ans, qui, à la suite d'une fièvre typhoïde, contractée il y a six ans, fut atteint d'un empâtement dans la région de la fosse iliaque avec quelques phénomènes inflammatoires. Pendant une période de cinq ans, la maladie a persisté, en offrant des alternatives d'amélioration et d'aggravation, et l'année dernière une fistule s'établissait. Depuis cette époque, elle s'est fermée et rouverte à plusieurs reprises, puis a guéri spontanément.

Il n'en est pas de même du second malade, âgé de vingt-trois ans, qui, en 1886, fut atteint d'accidents, que l'on rapporta à une typhlite. Après quelques phénomènes subinflammatoires, le gonflement de la fosse iliaque ayant notablement diminué, le malade put se rendre en province. En janvier 1888, il rentrait dans le service de M. Trélat, le lendemain du jour où l'ouverture d'un foyer purulent venait d'avoir lieu. Ayant acquis la certitude que l'abcès était en communication avec l'intestin, M. Trélat put constater sur ce malade les lésions ordinaires de ces foyers purulents. Après quelques jours, ce malade maigrissait, présentait des accès fébriles, et l'affection n'ayant aucune tendance à disparaître, il prit la résolution de tenter quelque opération. Il se décida à ouvrir le foyer purulent tout en réservant la conduite ultérieure suivant l'état des parties profondes. Toutes les précautions antiseptiques ordinaires étant prises, il fit avec soin le lavage et le nettoyage de la cavité de l'abcès, puis en explora le fond : il n'y avait nulle part d'adhérences, mais il y avait une sorte de diverticule qui paraissait se diriger vers la paroi abdominale. En explorant très doucement ce diverticule, il en provoqua la rupture et vit aussitôt paraître l'épiploon, la cavité péritonéale venait donc d'être ouverte. L'intestin fut bientôt visible et dans un point on découvrit une collerette formée par la muqueuse.

Comme s'il n'existait pas d'adhérences, il fut aisé d'attirer l'intestin, et, après avoir bien libéré et bien disséqué au niveau de l'orifice les parties malades, M. Trélat appliqua la suture à deux étages; neuf points de suture furent placés sur la muqueuse, et onze sur la séreuse. L'intestin et l'épiploon étant ensuite réduits, une suture profonde de la paroi abdominale fut tentée, mais en vain, à cause de l'altération qu'elle avait subie; il fit alors une suture totale, en plaçant aux deux extrémités deux mèches de gaze iodoformée comme drains. Le cinquième jour, le malade rendait des selles; le dixième jour, le drainage était supprimé et la guérison suivait de près.

Ce cas d'intervention heureuse est le cinquième; deux autres appartiennent à Ridel, le troisième à Julliard et le quatrième à M. Horteloup; mais dans ces quatre cas, il y a eu un échec primitif opératoire; aucun d'eux n'a réussi dans les premières tentatives de suture de l'orifice intestinal.

Ce ne sont pas, d'ailleurs, les seuls essais qui aient été faits en vain. Mais pourquoi y a-t-il eu succès? Uniquement parce qu'on négligeait de libérer l'intestin et de l'amener au dehors. C'est là le point important, la condition du succès.

Ces considérations cliniques font facilement prévoir que toute fistule ne doit pas être traitée de la même façon. Si la fistule ne dépend pas d'un vieux foyer suppuré intra-abdominal, mais qu'elle soit consécutive à une pérityphlite, ce qui est assez fréquent, il faut déterger la cavité de l'abcès et examiner les parties profondes.

Un seul orifice se présente sans induration de voisinage, il faut alors libérer la muqueuse, suturer et réduire l'intestin; la paroi abdominale est ensuite traitée comme l'a fait M. Trélat.

Au contraire, a-t-on affaire à un orifice intestinal à peine visible ou trop large, ou en pomme d'arrosoir, on se contentera de bourrer l'abcès de gaze iodoformée et l'on attendra. Plus tard, lorsque la cavité de l'abcès aura bourgeonné, une nouvelle inspection sera faite et peut-être alors sera-t-il possible de pratiquer l'entérorrhaphie.

Dans le cas où l'on est en présence d'orifices multiples avec empâtement et adhérences, il faut avoir recours aux moyens qui étaient autrefois la méthode de choix : cautériser la cavité de l'abcès avec le thermocautère et chercher à obtenir la guérison par rétrécissement de l'abcès et de l'orifice abdominal, ainsi que l'ont fait M. Verneuil et quelques autres opérateurs.

Mais toutes les fois que cela sera possible, il vaut mieux faire appel à l'entérorrhaphie, soit primitive, soit secondaire. C'est un procédé qui donne une guérison parfaite et plus rapide. D'ailleurs ces faits se multiplieront le jour où l'on ne se contentera plus de publier des observations sans les discuter, mais où l'on spécifiera quand, comment et pourquoi l'on a échoué ou réussi.

M. ROUTIER a eu à soigner le malade de M. Horteloup; lorsqu'il l'a observé, il présentait au niveau de la fosse iliaque un énorme trou mesurant 14 centimètres de largeur. Le cæcum

offrait une brèche considérable et était entouré d'un vaste abcès. En présence de cette grande perte de substance intestinale, M. Routier n'a pas osé pratiquer l'entérorrhaphie totale : il s'est contenté d'en faire une partielle qui a dû faciliter l'opération finale.

M. TILLAUX ne fera qu'une remarque à propos de la suture de l'intestin. M. Trélat a fait une suture à deux étages. Or, d'après les préceptes auxquels on se conforme d'habitude, il est de règle qu'aucun fil ne pénètre dans la cavité intestinale; n'y a-t-il pas danger ou au moins inutilité à faire un double plan de suture pour ce qui regarde l'intestin?

M. TRÉLAT, jusqu'à ce jour, a eu l'occasion de suturer dix fois l'intestin, et chaque fois il n'a appliqué qu'un seul plan de sutures; si, pour le cas actuel, il a modifié son manuel opératoire, il n'a agi ainsi que dans le but de déterminer un rapprochement plus exact des lèvres de la plaie, qui était ronde et assez large, et par suite de rendre plus facile la suture de Lembert; il n'a aucune autre raison de défendre la suture à deux étages, à laquelle il ne tient pas.

(La Société reprendra ses séances à partir du mercredi 3 octobre 1888.)

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Souvenirs d'Algérie (1879-1885) : De Constantine à Biskra.

Par M. le docteur Badour, médecin principal.

I

Vous n'êtes pas, amis lecteurs, de ceux qui passent mille fois par une même rue, sans en savoir le nom. Vous n'êtes pas non plus de ceux qui, voyageant par ordre ou par plaisir, ne diraient pas deux mots des pays qu'ils ont vus; car il y a des gens de cette force-là. Je puis donc espérer, qu'à vouloir bien me suivre en des contrées nouvelles, vous trouverez quelques nouveaux loisirs.

Ce sera cette fois sur la voie du désert, ce qui est facile aujourd'hui par cette province de Constantine, où il est si proche et si vrai et où sa défloration, par le chemin de fer, ne tient plus qu'à un rail. La locomotive, qui ne respecte rien, ne court plus seulement par les vallées, sautant sur les ravins, éventrant les rochers : la voilà qui s'élance dans le Sud, jalouse de mêler son souffle de vie au simoun meurtrier.

Nous sommes à la mi-mars, quand les pluies hivernales ont balayé les miasmes et submergent encore les vases putrescibles. Les brouillards du matin vont bientôt disparaître. L'air est sain; tout est vert, là où le roc n'est pas nu et le sol sablonneux. C'est le moment propice, surtout s'il suit de près une série de jours à ondées, pour qu'il n'y ait ni boue où l'on pourrait rester, ni poussière que le soleil, toujours chaud, reproduit vite sur ces terres poreuses.

Sur la place du théâtre, de ce théâtre neuf, anguleux et carré, auquel, si l'on y avait pensé, on aurait dû donner quelque cachet s'harmonisant avec le rocher qui le porte, les souvenirs romains qui l'entourent et l'atmosphère arabe qui l'enserre, nous prenons le fiacre vulgaire, que tirent prestement deux chevaux efflanqués et néanmoins très vifs. On risque d'accrocher en descendant la rue qui conduit à la gare, tant s'y pressent le monde et les choses n'ayant que cette voie pour entrer ou sortir. Nous franchissons le pont (*el Kantarah*) et jetons un regard sur le gouffre qu'il surplombe. Nous prenons nos billets; le train siffle, on démarre.

Il serait oiseux, n'est-ce pas? d'éplucher par le menu le matériel quelconque, le service et les incidents divers qui tiennent au transport. Là-bas, où nous emportons toutes nos habitudes et où nous les gardons, bâtissant des maisons à cinq et six étages, avec de petites pièces où l'on étouffe et beaucoup de fenêtres par où l'on brûle, nous avons des chemins de fer sur lesquels il semble, quand le paysage s'y prête, que l'on soit en quelque coin de la métropole. La seule différence est dans la longueur des arrêts et dans la sage lenteur qui règle les mouvements, la consigne, en ces lieux, étant de marcher au grand jour dans la défiance du sol qui n'est pas sûr. On se traîne un peu, puisqu'on met près de six heures à parcourir les 120 kilomètres qui vont jusqu'à Batna; et voilà tout. Mais cet inconvénient, si c'en est un, quand on n'est pas pressé, est largement compensé par le plaisir de pouvoir juger des changeantes perspectives.

II

En quittant Constantine, on serpente au travers de côteaux qui tombent abrupts dans l'étroite vallée du Bou-Merzouck, affluent du Rhummel. La remonte de Sidi-Mabrouck, ses bouquets d'arbres, son vert hippodrome d'un côté, de l'autre des arcades ruinées d'aqueduc romain et un immense bâtiment, espèce de caserne, qui est un séminaire, tirent l'œil au passage. Au ruisseau des Chiens, profonde ravine que coupe un viaduc, une échappée laisse voir les crêtes du Djebel Ouache, que couronnent quelques grosses vapeurs. C'est la montagne aux deux lacs, à la forêt de pins et aux buissons de roses où les ombres seraient douces, s'il ne fallait y grimper.

Au tournant d'une courbe, regardez en arrière. Constantine apparaît tassée sur son rocher et se profilant sous les strates de Sidi-M'cid dans la trouée du ravin, à travers laquelle un lointain bleuâtre dessine les montagnes kabyles. C'est un spectacle unique, qui ne manque pas de charme et de grandeur.

Et nous sommes au *Kroubs*, le premier bourg de quelque importance qui se présente sur la route. Des roseaux et des saules, des prairies et des vignes, en ornent les abords. Il est en belle place, au point d'intersection de trois grandes vallées, et c'est le rendez-vous de marchés très suivis. Aussi, il est joli et il paraît prospère. On s'y croirait d'ailleurs, par l'église, l'école, les maisons et les rues, autre part qu'en Afrique, si l'air, les alentours, les guenilles arabes ne rappelaient bien vite à la réalité.

C'est de là qu'on part pour Bône et Tunis, pour Aïn-Beïda et Tébessa, pour Sétif et Alger, pour Batna et Biskra. On s'y croise, on s'y arrête et l'on y commerce; la position l'exige, et c'est pourquoi à quelques lieues du Kroubs, plus rien ne va et tout rentre dans le calme des champs.

Le train qui roule, une voiture, quelques passants animent seuls la station subséquente des *Ouled Ramoun*, où les maisons se vident des gens qui se figurent qu'on vit à ne rien faire.

Sur cette terre d'Afrique qui ne demande qu'à être remuée pour centupler la semence, ce sont des bras intelligents, vigoureux et bûcheurs, et non des mercantis ou trop de fonctionnaires, qu'il faut aux centres d'exploitation. Et il y faut aussi des instructions précises avec lesquelles le travailleur sache se préserver des malfaisances locales.

Sur les collines, d'où l'eau part d'elle-même, la santé est relativement facile, à moins que l'humus n'y soit fouillé pour la première fois; dans la plaine, aux bas-fonds où le marécage est la chose commune, la buée, même invisible, est prête à vous saisir sans d'incessantes précautions. Quels beaux accès s'y couvent et tout ce qui s'ensuit! Je sais des chasseurs de bécasses qui s'y sont laissé prendre, et j'en ai vu venir des ouvriers malades qui, malgré tous les soins, succombaient dans nos mains impuissantes! A l'automne de 1884, au moment où le choléra faisait quelque bruit sur le littoral voisin, des cas d'algidité de cette provenance jetèrent, dans Constantine, des craintes superflues; l'ignorance profane pouvait seule s'y méprendre, et le scalpel, du reste, en fit prompte justice.

Bref, pour subsister dans ce pays riche, mais malsain, il faut de la vertu, au sens du mot latin, qui exprime la force de l'âme pour tout bien, soit qu'il faille entreprendre, soit qu'il faille souffrir.

III

Voyez à *El Guerrah* où la voie se bifurque et où l'on a le temps de manger et de boire avant d'aller plus loin. Il y a là une agglomération de petites maisons qu'on pourrait dire préconçues. On les a faites avant de savoir si elles seraient habitables, non par elles-mêmes, mais par le sol et l'air, et il m'a bien semblé qu'il n'y avait personne.

C'était une habitude dans notre colonie : on choisissait un endroit qui paraissait à peu près convenir par le site, par la commodité des communications ; on y établissait un village et on y envoyait du monde. Le malheur était d'abord que ce monde, les neuf dixièmes du temps, n'était pas du tout celui qu'il y fallait, et ensuite et surtout que la situation n'était guère tenable. Ce n'est plus de la vertu qu'il est besoin d'avoir pour vivre à El Guerrah ; ce serait le contraire, si c'était possible.

Toutefois, une gare très active aux heures de passage y entretient une animation de colis, de buffet et autres nécessités qui font attendre que le transbordement puisse s'effectuer.

C'est en ce point, sur cette ligne, que commence à se dessiner la configuration spéciale aux plateaux algériens et si remarquablement juste en basse Tunisie : configuration qui consiste en surfaces plus ou moins vastes, plates comme la main et séparées par des massifs distincts, plus ou moins étendus.

Laissant à droite la plaine qui s'étend vers Sétif, on s'engage dans celle qui par Aïn M'lilah, un bourg en plein marais, conduit à la région des *Lacs*. Il n'est pas rare alors de piétiner dans l'eau qui vient baigner les rails, surtout après l'hiver, quand les alluvions à fond argileux, à plans horizontaux, sont abreuvées par les neiges fondues.

Certaines dépressions y entretiennent des lagunes qui ne contribuent pas peu dans toute la contrée à y favoriser les pacages et, par conséquent, l'élève du bétail. Ces mares sont remarquables par la quantité de sel qu'elles contiennent, du moins à la station des Lacs, où l'on peut voir de véritables buttes de chlorure sodique, qu'on en extrait régulièrement.

Ne manquez point, par exemple, d'admirer la surface de celle que vous longez. Rien n'est joli comme cette nappe d'eau qui se perd insensiblement dans la plaine, par delà de plantureux roseaux, et sur laquelle, comme de petites nacelles, glissent des flamants au long cou : ces grands échassiers blancs que je vous souhaite, comme il nous est arrivé à mes compagnons et à moi, de voir par rangs compacts s'envoler au soleil avec leurs ailes rouges.

Il faut aussi vous prévenir qu'à une heure de là vous devez vous pencher, tandis que le train marche, pour fixer sur votre gauche un antique monument dont la silhouette, comme par un fait exprès, se détache admirablement sur le ciel à petite distance. C'est une ruine singulière que j'ai entendu dénommer le tombeau de Syphax, un roi numide qui régnait deux cents ans avant l'ère actuelle. C'est peut-être plus ancien ; en tout cas, cela date d'une époque où l'indigène n'avait en esthétique architecturale que de lourdes idées. Beaucoup de grosses pierres, superposées par assises parallèles en une masse cylindro-conique, constituent cet édifice qui ressemble assez bien à une grande ruche et qui n'a résisté au temps et à la dévastation que parce qu'il n'y offrait, en quelque sorte, aucune prise. Il n'en est pas moins fissuré en tous sens, et je crois me rappeler que, sur une des fissures du cône, un petit arbre balance une tête touffue.

On est bientôt après au pied des monts Aurès, que désormais on suit jusqu'à l'entrée du désert. La vallée, rétrécie aux approches de Batna, est semée de fermes où la culture paraît florissante, et, de chaque côté, les escarpements sont couverts de conifères, dont la verdure sombre repose le regard. Le cèdre y est l'essence dominante ; son bois dur, carbone condensé et de résine imprégné, est fort apprécié aux jours froids de ces hautes altitudes. J'en ai fait l'expérience à Constantine, où son feu facile, lent et ardent, nous frappa tout de suite.

Puis on traverse des roches où la trépidation produit un bruit d'enfer ; l'espace s'élargit, on arrive à *Batna*.

IV

Cette ville, dont les nécessités stratégiques ont déterminé l'emplacement, commande le débouché qui du Nord conduit au Sud, entre le massif des Aurès et celui de l'Atlas. Elle est plane comme une carte et a la forme d'un rectangle parfait de 1 kilomètre de long sur 300 mètres de large. Un mur crénelé, suffisant contre des hordes, en marque les limites. Sur le milieu de chaque face, une porte bastionnée ouvre l'accès d'une rue tirée au cordeau. Toutes les rues d'ailleurs sont également alignées et rien, maisons, boutiques, hôtels, église, n'y diffère de ce que vous imaginez, étant donnée notre manie de tout faire, partout, comme nous faisons chez nous.

La seule particularité est qu'une muraille coupe le tout en deux, dont une moitié est ce que je viens de dire, tandis que l'autre est le *camp*, le quartier militaire où, toujours en vertu du même principe d'identité ubiquitaire, vous ne serez pas étonnés de trouver des casernes monumentales et un grand hôpital avec des cours où la pluie, quand il en tombe, fait de la boue à revendre et où, quand le soleil darde, il ne faut se risquer qu'avec des précautions.

Comme l'altitude y mesure 1100 mètres, l'air y est relativement sain, le miasme tellurique y étant bien moins actif ; et les ardeurs de l'été n'y sont pas trop pénibles, les nuits pouvant y être bonnes. Pour le même motif la petite bête y est moins agaçante, quoique, en visitant le camp, si vous prenez la peine de jeter un coup d'œil sous les gouttières des hautes toitures, vous remarquiez, les unes aux autres collées, des rangées de nids qu'y bâtit l'hirondelle, cette intéressante créature sans laquelle la vie serait peut-être difficile, à la longue saison des mouches et moustiques.

Trois à quatre mille habitants, moitié Européens, moitié Arabes, y compris quelques Juifs pour le petit commerce, vivent dans ce milieu où, sans autre examen, on peut certifier que jamais la folie n'agita ses grelots.

Je ne vous parle pas du village nègre qui est tout près, hors des murs, village ainsi nommé parce qu'il n'est peuplé que d'indigènes. C'est un assemblage informe de cahutes hideuses où l'on trouve des nègres. C'est là qu'est la mosquée, une baraque sombre avec un minaret du haut duquel cinq fois par jour le muezzin jette au vent la prière. Si le cœur n'y est pas et si le temps vous presse, n'en prenez nul souci : vous verrez mieux plus loin.

Ce qu'il faut aller voir, c'est à dix kilomètres, par une route plane, dans la direction Est, la ruine imposante de *Lambèse*, située sous la montagne verte, d'où s'échappe un courant d'eau limpide. Là, sur le sol où tant de générations ont laissé les traces d'une tragique succession de gloires et de douleurs, et où maintenant la charrue peut creuser son sillon suivant la malédiction des temps barbares, sont épars les souvenirs antiques, temples divers, arcs de triomphe, mausolées, aqueducs, bains, voies dallées. Entre les murs restaurés d'un immense édifice, le prétoire, gisent statues, colonnes, chapiteaux, pierres à inscriptions qu'on y a amassés. Une mosaïque qui représente une allégorie champêtre, en grandeur naturelle, est conservée dans un coin de rustique jardin. On s'arrête devant d'énormes pierres qui formaient des angles de frontons et à propos desquelles on se demande par quels moyens elles étaient hissées. L'entablement presque intact du temple d'Esculape est au pied des colonnes qui le supportaient et existent encore en partie, etc.

Et l'on est saisi d'admiration pour le génie du peuple romain, et d'écœurement à la pensée des causes qui ont anéanti toutes ces belles œuvres.

Autrefois c'était à Lambèse que siégeait le gouvernement de la contrée, c'était de ce chef-lieu que divergeait, sur tout le territoire, les nombreuses cohortes de la troisième légion Augusta. Aujourd'hui, près de ces vastes ruines s'élève une prison qui en abrite d'autres, encore pires. Quelques petites maisons sont à deux pas groupées en un petit village qui, dérisoirement, porte le nom ancien. *Et obitum omnium sic conficit natura.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Lille. — M. Duhem est nommé aide-préparateur de matière médicale, en remplacement de M. Gillon, démissionnaire.

M. Locquette, est nommé aide-préparateur des travaux pratiques de physique, en remplacement de M. François, démissionnaire.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. le docteur Bertin-Sans est nommé, pour trois ans, chef des travaux pratiques de physique, en remplacement de M. Laurent, dont le temps d'exercice est expiré.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — Sont nommés pour l'année scolaire 1888-1889 :

Laboratoire de chimie : MM. Thorion, chef des travaux chimiques; Fistié, préparateur de chimie; Voirin, préparateur des travaux pratiques de chimie.

Laboratoire de physique : M. Bagnéris, agrégé, chef des travaux de physique.

Laboratoire d'hygiène : M. le docteur Vallois, chef des travaux.

M. Prautois est nommé prosecteur, en remplacement de M. Remond, démissionnaire.

MM. Crepet et Frœlich sont nommés aides d'anatomie, en remplacement de MM. Janot et Sturel, dont le temps d'exercice est expiré.

— *École de médecine d'Alger.* — M. Merz, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale, est chargé, pendant l'année scolaire 1888-1889, d'un cours de clinique obstétricale et de gynécologie.

M. Guillemin est maintenu, pour l'année scolaire 1888-1889, dans les fonctions de suppléant des chaires de physique et de chimie, et chargé, à ce titre, d'un cours de physique.

— *École supérieure de pharmacie de Montpellier.* — M. le professeur Jeanjean, membre du Conseil général des Facultés, est nommé assesseur du directeur.

M. le docteur Paris, médecin adjoint du lycée de Versailles, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. le docteur Ozanne, démissionnaire. — M. le docteur Védrine est nommé médecin adjoint.

— MM. les docteurs Chertier et Janot sont nommés membres du comité d'inspection et d'achats de livres, près la bibliothèque de Nogent-sur-Seine.

— La Société d'hygiène publique de Bordeaux décernera, en 1889, un prix de 500 francs au meilleur travail qui lui sera présenté sur un sujet d'hygiène déterminé. Elle a décidé aussi de décerner, chaque année, une médaille d'argent et une médaille de bronze, aux deux meilleures thèses présentées devant la Faculté de médecine de Bordeaux sur un sujet d'hygiène.

— M. le docteur G. Ballet, professeur agrégé, suppléant M. le professeur Peter, commencera des conférences de clinique médicale le vendredi 24 août 1888, à neuf heures du matin, à l'hôpital Necker, et les continuera les mardis et les vendredis suivants à la même heure. La visite dans les salles a lieu chaque jour à neuf heures du matin.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Maladies de l'appareil digestif, leçons faites à la Faculté de médecine de Montpellier, par le docteur Saumel, professeur agrégé, etc., tome II, pathologie des annexes, 1 vol. in-8°, avec 3 planches lithographiées. — Prix : 8 francs; prix de l'ouvrage complet : 2 vol. in-8°, 17 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Manuel d'hygiène militaire, suivi d'un précis des premiers secours à donner en attendant l'arrivée du médecin, par le docteur Ch. Viry, médecin-major de première classe, 2e édition revue et augmentée, 1 vol. in-18 avec 68 figures intercalées dans le texte. — Prix : 4 fr. 50. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Des déformations de la cloison du nez et de leurs traitements chirurgicaux, par le docteur Rosenthal. In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Leçons de clinique chirurgicale, par le professeur Dubreuil, 3e fascicule in-8°, t. II. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de l'Assomption, le journal ne paraîtra pas jeudi.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. POTAIN.

Atrophie du foie par intoxication saturnine.

Le malade, couché au n° 11 de la salle des hommes, est un exemple fort intéressant de diminution du volume du foie. Cet homme n'a pas d'antécédents morbides, il n'est pas alcoolique, et il avait toujours été bien portant, quand, il y a un peu plus d'un an, il commença à avoir tous les matins des pituites, mais sans vomissements, et sans que son appétit ordinaire en fût en quoi que ce soit diminué. Puis, de loin en loin, il éprouva des crampes d'estomac, puis encore des douleurs au niveau du creux épigastrique, enfin des vomissements alimentaires, peu abondants, il est vrai, mais revenant, soit immédiatement après le repas, soit peu de temps après. A dater de ce moment, et sous l'influence de phénomènes dyspeptiques continus, il a maigri et pâli, surtout dans ces derniers temps. Ces différents symptômes, auxquels nous devons ajouter une tuméfaction du ventre, constituent ses seuls antécédents morbides.

Cet homme forcé enfin, il y a une huitaine de jours, par son état général, de cesser le métier de culottier qu'il exerce depuis longues années, s'est décidé à entrer, mardi dernier, à l'hôpital, où nous l'avons trouvé dans l'état suivant :

Pouls mou, régulier, apyrétique; pas de tendance au refroidissement des extrémités; ventre gros, étalé sur les côtés; ascite, œdème des membres inférieurs; région épigastrique saillante, sonore à la partie moyenne, mate latéralement et inférieurement. Cette matité se déplace selon les diverses attitudes du décubitus du malade et confirme l'existence de l'ascite. L'estomac n'est pas très dilaté malgré des apparences contraires, la sonorité a des tonalités différentes, selon les points que l'on percute, pas de clapotement à la succussion gastrique. Bref, je le répète, il n'y a pas de dilatation notable de l'estomac, et la distension apparente de cet organe est due à la diminution de tonicité des muscles droits. A la palpation on ne sent ni tumeur, ni dureté; la rate est grosse et ne mesure pas moins de 16 à 17 centimètres de longueur dans son plus grand diamètre. Par contre, le foie est très petit, il ne mesure plus que 0m,055 dans la ligne mammaire au lieu de 0m,12. Le système circulatoire et l'appareil respiratoire sont sains : pas de bruits anomaux, pas de souffles cardiaques. Bref, tout ce que nous trouvons c'est de l'ascite, une rate volumineuse, un foie très petit, très atrophié et probablement cirrhotique.

Toute atrophie du foie n'implique pas la cirrhose; en effet, nous avons une atrophie simple, sans altération de sa texture, sans aucune modification autre qu'une diminution de volume. L'atrophie se rencontre chez le vieillard comme celle de tous les autres organes, par le fait même d'une sénilité avancée, et peut aller jusqu'à une diminution de moitié du volume du foie. Elle peut se produire aussi par inanition, par insuffisance alimentaire prolongée. Je puis vous citer trois observations où le poids de l'organe hépatique était tombé de 1500 grammes, chiffre normal moyen, à 1190, 982 et même 907 grammes. Cette inanition peut être la conséquence, entre autres causes, d'un rétrécissement cancéreux de l'œsophage, d'un cancer du cardia, etc.

Il est aussi des cas où l'atrophie hépatique est secondaire de certaines affections du cœur, de fièvre intermittente de date ancienne comme début, d'oblitération de la veine porte. Ce dernier cas est rare et d'ailleurs dure fort peu, la mort étant alors des plus prochaines.

Enfin, nous connaissons diverses variétés de cirrhose dont le travail de prolifération conjonctive reconnaît des causes très différentes, telles par exemple que : 1° l'irritation des voies biliaires par propagation, dans le cours de l'ulcère simple de l'estomac, de la gastrite chronique ; 2° la syphilis (gommes, hépatite interstitielle, périhépatite); 3° la leucocythémie dans quelques cas ; 4° l'alcoolisme principalement, c'est-à-dire l'ingestion habituelle d'alcool dans l'estomac à jeun. Appliquant ces données à notre malade nous voyons tout d'abord : 1° qu'il ne s'agit pas de sénilité véritable, puisqu'il n'a encore que cinquante-neuf ans ; 2° l'inanition serait possible, si les vomissements avaient été plus considérables et si cet homme n'avait pas conservé un assez bon appétit et continué à manger suffisamment; 3° il n'a pas d'affection du cœur et le pouls veineux constaté du côté des jugulaires n'est qu'apparent et non réel, il n'existe pas la moindre insuffisance tricuspidienne ; 4° il n'a jamais eu de fièvres intermittentes, et, bien que sa rate soit assez grosse, son volume n'est pas exagéré ; 5° nous ne trouvons rien du côté de la veine porte.

Reste donc, comme cause possible de sa cirrhose, quelque maladie infectieuse ou toxique. Cependant il n'a jamais eu la syphilis; il n'a pas de leucocythémie, son sang est presque normal (1 globule blanc sur 430 globules rouges, 2230000 globules rouges); l'hémoglobine seule a son chiffre diminué, 45 au lieu de 125, de sorte que cet homme est seulement très anémié, mais non pas leucocythémié. S'agirait-il d'alcoolisme? Non, il est sobre et exerce une profession qui ne conduit généralement pas, comme tant d'autres, à l'alcoolisme. Tous ces divers points examinés et ces différentes causes éliminées, nous serions fort embarrassés si nous ne savions que le saturnisme peut entraîner la cirrhose du foie. Cette influence n'est pas encore très bien connue. J'ai eu cependant l'occasion d'observer en 1867 un fait de coliques de plomb ayant amené la diminution du foie. Aujourd'hui je trouve, sur une liste de 47 cas de saturnisme, 29 faits de diminution de volume du foie.

Du reste, nous savons que le foie est à la fois un lieu de passage et de fixation pour les poisons en général et pour le plomb en particulier. Nous savons aussi que cet agent toxique détermine la rétraction des vaisseaux capillaires, une diminution de vascularité. De plus, dans l'estomac, l'absorption du plomb est rapide lorsque le suc gastrique est très acide. Bref, l'influence de ce métal sur l'organe hépatique est absolument démontrée, et lorsqu'une certaine quantité se trouve introduite dans l'organisme, elle amène une rétraction du foie, plus ou moins prononcée selon les sujets.

Il y a quelques années, j'ai eu l'occasion de rectifier le diagnostic de cancer de l'estomac, chez un photographe de Montmartre qui n'avait, en réalité, qu'une atrophie du foie tenant au saturnisme. J'ai vu aussi, à Necker, deux malades présentant, sans raison notable, des phénomènes gastriques très accentués, de l'ascite, une anémie profonde; il s'agissait de deux peintres en bâtiment, nullement alcooliques, mais se trouvant sous l'influence de l'intoxication saturnine.

Notre malade d'aujourd'hui n'est ni un photographe maniant des substances plombiques, ni peintre en bâtiment, il ne travaille pas dans le plomb, et cependant le bord des gencives présente une coloration grise ardoisée. Mais il est culottier, et se sert, pour coudre, de soie et de fil noirs imprégnés de plomb, fil et soie qu'il casse avec ses dents.

Or, ce fait m'a rappelé celui d'un autre individu, un homme de soixante-six ans, couturier, devenu depuis six mois — quand je le vis — dyspeptique, avec douleurs vagues à l'épigastre, tuméfaction du ventre, ni buveur, ni syphilitique, que l'on avait considéré comme atteint de cancer de l'estomac; sa femme s'était trouvée aussi dans les mêmes conditions, après avoir longtemps travaillé à une machine à coudre; tous deux cassaient leur fil avec les dents, tous deux avaient le foie très petit, la rate très grosse et le liseré saturnin des gencives.

En résumé, je crois pouvoir conclure de tout ceci, et par exclusion, que l'atrophie hépatique de notre malade pourrait bien reconnaître, comme origine, l'intoxication saturnine.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. A. Poncet.

Tumeurs de la glande sous-maxillaire.

(Observations recueillies par M. A. Chaintre, interne des hôpitaux.)

Les tumeurs de la glande sous-maxillaire paraissent être rares, à en juger par le petit nombre d'observations publiées dans la littérature chirurgicale. La récente thèse de M. Jouliard (1), sur le cancer de la glande sous-maxillaire, renferme seulement neuf cas de tumeurs malignes, trois carcinomes vrais (Gluge, Jobert, Trombetta), trois épithéliomes (Verneuil, Prengrueber, Heurtaux, in Th. de Perrochaud) et trois sarcomes (Perrochaud, Marchand, Gross).

M. Delorme (2) cite une observation de Schral, relative à un lympho-sarcome de la glande.

Les observations de tumeurs bénignes ne sont pas plus nombreuses. Dans un travail publié en 1879 dans les *Bulletins de la Société de chirurgie*, M. Nepveu (3) ajoute de nouveaux faits à ceux déjà cités dans la thèse de M. Talazac (4), il analyse huit cas d'adéno-chondrome, dus à Stromeyer, Scholtz, Jungken, Bruns, Gussaud, Pozzi, de Marignac. Dans la discussion qui suivit la communication de M. Nepveu à la Société de chirurgie (5), M. Périer cite un enchondrome qu'il a opéré il y a quatre ans, et qui n'a pas récidivé. M. Lannelongue a opéré un malade à peu près semblable.

En 1883, M. Tillaux (6) a enlevé un myxome de la glande.

Les ouvrages classiques donnent peu de renseignements sur les tumeurs de cette région. Poulet et Bousquet indiquent la rareté de l'adénome vrai des glandes salivaires en général. Il en existe un très petit nombre de faits, si l'on met à part deux observations anciennes de Duke et Bérard, au moins sujettes à caution; on trouve cependant quelques cas qui ne peuvent laisser aucun doute. M. Duplay (7) a publié dans les *Archives générales de médecine*, en 1875, une observation de tumeur de la glande sous-maxillaire, que l'examen histologique, pratiqué par M. Ranvier, a montrée être un adénome. Wolfler (8) rapporte un second cas d'adénome pur, du volume du poing, chez un homme de cinquante ans. L'extirpation pratiquée par Billroth fut difficile et incomplète. La récidive survint deux ans après. Nouvelle extirpation par Mikulicz, et nouvelle récidive un an et demi après, sans métastase ni engorgement ganglionnaire, cette fois inopérable. L'examen histologique fut pratiqué par Wolfler et démontra qu'on avait affaire à un adénome pur. Au point de vue clinique, il faut avouer que cet adénome a suivi une marche bien singulière.

Nous avons eu récemment l'occasion d'observer une tumeur de la glande sous-maxillaire, dans le service de M. le professeur Poncet. Notre maître attira notre attention sur la rareté de ces néoplasmes, et nous communiqua une seconde observation tirée de sa pratique civile. La rareté de ces faits nous a engagé à les publier : ils sont, du reste, intéressants, soit au point de vue clinique, soit au point de vue anatomo-pathologique.

Observation I. — *Adéno-chondrome de la glande sous-maxillaire gauche.* — M. P..., voyageur de commerce, âgé de trente-cinq ans, est envoyé à M. Poncet au commencement de janvier 1886, par M. le docteur Boyer (de Saint-Jean-des-Ollières).

Il est, depuis huit ans, porteur d'une petite tumeur de la région sous-maxillaire gauche. Cette tumeur, dont le volume est celui d'une noix ordinaire, s'est accrue insensiblement; cependant, depuis dix-huit mois son développement aurait été plus rapide,

---

(1) *Du cancer de la glande sous-maxillaire*, Thèse de Paris, 1888.
(2) Article Salivaire. *Dict. des Sciences médicales.*
(3) *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1879, p. 699.
(4) Thèse de Paris, 1869.
(5) *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1879, p. 696.
(6) *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1884, p. 262.
(7) *Archives générales de médecine*, 1875, t. I, p. 601.
(8) *Arch. für Klin. chir.*, 1883, b. XXIX, p. 81.

dans ce laps de temps elle se serait accrue de moitié. Elle occupe exactement la place de la glande sous-maxillaire correspondante, glisse sous la peau et paraît très mobile. De forme arrondie, elle est un peu irrégulière, bosselée, d'une consistance dure, uniforme — pas de douleur, soit spontanée, soit à la pression — pas de ganglions.

Le malade indique, comme cause probable de sa tumeur, la pression répétée du violon dont il jouait, au moins une fois par jour, pendant une heure.

M. Poncet diagnostique une tumeur adénoïde de la glande sous-maxillaire.

Opération le 9 janvier 1886. Incision de 7 centimètres, parallèle à la branche horizontale du maxillaire inférieur et répondant directement à la tumeur. Cette dernière appartient manifestement à la glande sous-maxillaire, elle lui est adhérente par un pédicule d'apparence glandulaire, très vasculaire, du volume d'une petite plume d'oie.

La tumeur, très facilement énucléable, est enlevée après ligature préalable et section du pédicule. Pas d'hémorrhagie, aucune ligature n'est nécessaire.

Réunion par suture métallique des bords de la plaie. Drainage.

Guérison complète dix jours après l'opération. M. Poncet a eu des nouvelles de son opéré au mois de mars 1888, la guérison s'était maintenue, pas de récidive, vingt-six mois après l'opération.

A la loupe, la tumeur est dure, renfermant à son centre un îlot cartilagineux de 8 à 10 millimètres de diamètre; au pourtour, substance d'apparence glandulaire, très vasculaire à la périphérie, capsule d'enveloppe mince, de teinte rosée.

Examen histologique. — L'examen fait au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté de médecine, dirigé par M. le professeur agrégé Bard, a donné les résultats suivants :

A un faible grossissement (obj. 2 de Verick), la tumeur est constituée par des boyaux épithéliaux anastomosés entre eux, à continuité en quelque sorte arborescente, fortement colorés par le carmin et disséminés dans une gangue conjonctive, colorée en rose pâle. Les deux tissus ne sont pas en égale proportion : le tissu épithélial forme à lui seul les trois cinquièmes de la tumeur.

A un fort grossissement (obj. 6 de Verick), on voit que les boyaux épithéliaux sont formés par des cellules arrondies, juxtaposées, présentant les caractères suivants : en certains points où les cellules sont relativement moins nombreuses, on voit qu'elles sont formées par une zone large de protoplasma translucide, avec un noyau multinucléolé et fortement coloré. En d'autres points les cellules sont beaucoup plus nombreuses, en quelque sorte tassées, et la zone protoplasmique est réduite à une mince auréole entourant le noyau. Le tissu conjonctif prend en certains points, sous forme d'îlots, l'aspect cartilagineux, comme dans les enchondromes des glandes salivaires. Par place on trouve des fragments de glande normale, ayant résisté à l'envahissement. La tumeur peut donc être considérée comme un adénome de la glande sous-maxillaire, toutefois la multiplication cellulaire active démontrée par la confluence extrême, et le petit volume des cellules en certains points, d'autre part, le volume considérable des amas épithéliaux, obligent à faire des restrictions. Au moment de son ablation, la tumeur paraît être en voie d'accroissement rapide, et suspecte d'évolution maligne, ce qui concorderait avec la marche du néoplasme qui est resté pendant sept ans stationnaire, et qui a eu une poussée active depuis dix mois.

D'après M. Bard, l'examen de la tumeur laisse des doutes, il est difficile, au simple examen, de se faire une opinion sur son évolution; ce n'est pas seulement la nature d'une tumeur, mais aussi son siège, qui peut modifier le pronostic. Il a vu un néoplasme du même genre, qui avait pris l'apparence d'une tumeur maligne.

Quoi qu'il en soit, le malade a été revu vingt-six mois après l'opération, la récidive n'était pas survenue, il y a donc bien grande chance pour qu'il soit à l'abri d'une nouvelle poussée néoplasique. Cliniquement la tumeur peut être considérée comme bénigne, et c'est en somme le point le plus important. Il est, du reste, parfois assez difficile de se prononcer sur la marche ultérieure de l'affection, et, dans bien des cas, c'est sur le processus antérieur que l'on devra se guider pour formuler un pronostic. Dans le cas que nous venons de citer, l'examen histologique pouvait faire penser à une tumeur maligne, dont l'hypothèse semblait devoir être rejetée si l'on s'appuyait seulement sur les caractères cliniques. L'absence de récidive est venue donner raison au pronostic porté par M. Poncet. Il existe cependant des faits où l'évolution ultérieure du néoplasme a brusquement changé de tournure. M. Mollière, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, nous citait naguère l'exemple d'un homme présentant un enchondrome typique de la glande sous-maxillaire. L'examen microscopique de la tumeur, après ablation, avait confirmé le diagnostic, et cependant, six mois après, le malade rentrait à l'hôpital avec une récidive inopérable, et des signes manifestes d'une cachexie néoplasique à laquelle il devait rapidement succomber. Il est évident que, dans ce cas, on ne pouvait s'attendre à une semblable évolution. La tumeur primitive renfermait-elle le germe d'une tumeur maligne, ou celle-ci ne s'est-elle développée que secondairement ? Il est bien difficile d'en juger; on se heurte d'ailleurs à cette question restée insoluble jusqu'à maintenant : de la transformation maligne des néoplasmes bénins. Dans le même ordre de faits, nous pourrions citer le cas d'un malade que nous avons vu récemment, malade qui avait été opéré il y a deux ans, par M. le professeur Poncet, d'un enchondrome de la parotide à marche extrêmement lente, et qui est venu à l'Hôtel-Dieu il y a quelque temps réclamer un traitement pour des douleurs névralgiques atroces. Ce malade présentait des signes indéniables d'une tumeur de la base du crâne, siégeant dans la région post-orbitaire du côté où siégeait la tumeur autrefois opérée : ajoutons que la cicatrice parotidienne n'offrait rien de particulier. Cet homme commençait à se cachectiser, et en fouillant avec soin dans ses antécédents, il était impossible de trouver trace ni de tuberculose ni de syphilis. Il est donc bien permis de se demander si chez lui la tumeur cérébrale ne doit pas être rattachée au néoplasme primitif de la glande parotide. Nous ne nous dissimulons pas que c'est là une hypothèse : mais, quoi qu'il en soit, ces faits sont de nature à modifier singulièrement le pronostic des tumeurs dont nous venons de parler. L'observation de M. Prengrueber, relatée dans la thèse de M. Jouliard (1) a trait à une tumeur de la glande sous-maxillaire, considérée cliniquement comme bénigne, et que l'examen histologique montra être un épithéliome des conduits excréteurs de la glande. L'observation de Wolfler, que nous citions plus haut, est au contraire un exemple d'une tumeur histologiquement bénigne, qui paraît plutôt avoir évolué dans le sens de la malignité.

Obs. II. — *Adénome de la glande sous-maxillaire droite.* — Mlle L..., religieuse, est envoyée à M. Poncet par M. le docteur Brizard. Le début de la tumeur remonte à huit ans, ou plutôt à une époque indéterminée, car la malade ne s'en est aperçue que lorsqu'elle avait déjà atteint le volume d'une noisette. Rien qui puisse, d'après les renseignements fournis, expliquer son apparition. La malade n'a aucun antécédent, elle n'a pas reçu de coup dans la région sous-maxillaire. La tumeur est restée stationnaire pendant plusieurs années, sans occasionner aucun autre trouble qu'une

(1) Loc. cit.

salivation abondante, surtout pendant la nuit. Cet hiver, son volume s'est accru du double, sans donner lieu à aucun symptôme fonctionnel nouveau. Elle n'a jamais été douloureuse à la pression, elle ne l'est pas non plus à l'heure actuelle : de loin en loin seulement, la malade a eu quelques douleurs fugitives irradiées dans le côté correspondant du cou. La tumeur a toujours été très dure. Depuis qu'elle a subitement augmenté de volume, elle gêne légèrement la mastication.

La malade a consulté plusieurs médecins. La base du traitement institué a toujours été, jusqu'à maintenant, l'huile de foie de morue, la liqueur de Fowler et des frictions avec des pommades iodurées.

On constate à l'heure actuelle l'existence d'une tumeur de la région sous-maxillaire droite, répondant exactement à la situation normale de cette glande. Elle présente deux parties comme divisées par une bride fibreuse, l'une de ces parties, à proprement parler, sous-maxillaire, qui semble être la glande hypertrophiée, l'autre, un peu aplatie, descendant jusqu'au niveau de l'os hyoïde. Elle est dure, résistante, d'une consistance uniforme, non douloureuse, et présente le volume d'une moitié de mandarine. Nulle part d'engorgement ganglionnaire. M. Poncet pose le diagnostic d'adénome de la glande sous-maxillaire.

Opération pratiquée le 16 juin 1888. Anesthésie avec l'éther. Après l'incision du peaucier, on constate que la tumeur a une teinte grise, blanchâtre, rappelant la coloration normale de la glande. Incision de l'aponévrose d'enveloppe, énucléation avec le doigt, la tumeur se vide en partie sous forme d'une masse molle, blanchâtre, presque de consistance melicérique, et rappelant assez bien l'aspect du riz cuit.

L'examen histologique, que nous avons pratiqué au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté, sous la direction de M. Bard, chef des travaux, nous a donné les résultats suivants (1888, n° 165).

La tumeur est constituée par des formations épithéliales du type salivaire, denses et bien ordonnées en tubes réguliers. L'épithélium y est clair, le tissu conjonctif et les vaisseaux plus abondants que d'habitude : les canaux excréteurs nets et distincts. Il est donc probable qu'on est simplement en présence de vestiges glandulaires. Sur quelques points le tissu conjonctif est le siège d'une inflammation assez profonde que l'on ne retrouve pas dans la généralité des coupes.

Nous nous trouvons là, en somme, en face d'une affection assez mal déterminée, à laquelle il est difficile d'assigner une place anatomiquement parlant. Il est difficile de ranger parmi les tumeurs un néoplasme dans lequel on ne trouve pas une prolifération cellulaire assez abondante pour indiquer un adénome. D'un autre côté, quelle dénomination lui donner ? Si, à l'examen anatomique, l'affection semble au moins bizarre et s'écarte plus ou moins du type adénoïde, il n'en est pas moins vrai qu'au point de vue clinique, elle est parfaitement assimilable à un adénome, et c'est là la chose importante. Le mode de début, l'évolution, sont absolument les mêmes, et c'est exclusivement sur ce point que nous voulons insister, d'autant mieux que M. Poncet considère ce néoplasme, au point de vue clinique, comme étant une tumeur adénoïde.

Il nous a paru que l'on pourrait tirer quelques considérations intéressantes de la comparaison de ces deux cas avec les observations déjà publiées, en laissant complètement de côté toute considération anatomo-pathologique. D'après M. Nepveu, sur les huit tumeurs relatées dans son travail, deux seulement auraient été diagnostiquées par MM. Verneuil et Anger. C'est dire que le diagnostic en est considéré comme des plus difficiles : il nous semble qu'on a exagéré ces difficultés. Nous laisserons de côté le signe différentiel donné par M. Talazac pour reconnaître une tumeur de la glande elle-même. Un stylet étant enfoncé dans le canal de Warthon, si on imprime des mouvements à la tumeur, ces mouvements se transmettront au stylet. Ce signe ne nous paraît pas être démonstratif. En effet, on devra fatalement le rencontrer dans toute tumeur un peu volumineuse de la loge sous-maxillaire, et même dans des néoplasmes adhérents à l'aponévrose d'enveloppe de la glande : les mouvements se communiquant à tout le contenu de la cavité, et de là à l'instrument contenu dans le canal excréteur. Un élément de diagnostic important, signalé par MM. Verneuil, Tillaux, Nepveu et Poncet est l'extrême mobilité de la tumeur, mobilité qui différencierait celle-ci à coup sûr d'un lympho-sarcome-ganglionnaire.

Dans les deux cas que nous publions, le diagnostic a été fait avant l'opération, et sans qu'il soit besoin de recourir à des signes spéciaux; un examen attentif nous paraît suffisant pour éviter une erreur.

Les tumeurs bénignes de la glande sous-maxillaire, soit adénome pur, soit enchondrome, soit néoplasme plus ou moins mixte, se présentent le plus souvent avec les caractères suivants :

Tumeur allongée, à grand axe un peu oblique en bas et en avant, mais se rapprochant d'une ligne horizontale, et paraissant occuper la loge de la glande sous-maxillaire. Forme généralement ovoïde, volume variable en général, celui d'un œuf ou d'une petite mandarine. Consistance dure, marche extrêmement lente, durant plusieurs années. Absence de douleurs, d'engorgement ganglionnaire et de retentissement sur l'état général. Comme symptômes inconstants, on a noté une salivation excessive, comme dans une observation de Pozzi (1) : dans notre second cas la salivation se produisait surtout la nuit. Elle est le fait, comme nous le faisait remarquer M. Poncet, de l'irritation probable des parties saines de la glande, par la tumeur. La gêne de la mastication est peu importante; elle est toute mécanique et dépend du volume de la tumeur. On la trouve notée dans une observation de Bruns (2), et dans l'une des nôtres. La douleur existe cependant quelquefois : notre malade (Obs. II) avait des douleurs névralgiques, celui de M. Lannelongue souffrait en écrivant. On ne rencontre pas beaucoup d'affections simulant les tumeurs adénoïdes de la glande sous-maxillaire. Le lympho-sarcome est rarement isolé, on trouve des masses ganglionnaires dispersées dans les autres régions du cou, et, du reste, la marche de la maladie est loin d'être la même. L'adénite chronique non tuberculeuse, qui tend du reste à disparaître du cadre de la pathologie, a débuté souvent par des phénomènes plus ou moins aigus. Quant à l'adénite tuberculeuse, elle survient chez de jeunes sujets, des scrofuleux. Il est rare de la trouver isolée, il existe habituellement des ganglions satellites plus ou moins voisins; c'est là un signe de diagnostic différentiel sur lequel M. Poncet insiste particulièrement.

Un kyste par rétention des produits de la glande, rétention causée par une obstruction du canal de Warthon, aurait un début aigu. La tuméfaction serait brusque et douloureuse. L'examen du plancher buccal fixerait d'autre part le diagnostic.

Un lipome de la région serait plus superficiel et se reconnaîtrait à sa consistance molle et lobulée.

Nous ne ferons que citer l'engorgement ganglionnaire

(1) *Bulletin de la Société anatomique*, 1872, p. 251.

(2) Krieg. *Beitrage sur Lehre von enchondrom der speicheldrüsen.* Diss. inaug. Tübingen, 1874.

secondaire aux épithéliomes des régions voisines, la confusion n'est guère possible.

On a nié l'origine glandulaire de ces tumeurs. Velpeau, là comme dans la parotide, faisait jouer un grand rôle aux ganglions : pour lui ils étaient le point de départ de la tumeur, et c'est eux qu'on enlevait en croyant enlever la glande. L'examen attentif de la région durant l'opération, et les progrès des études histologiques, ont rendu cette opinion insoutenable, bien qu'elle ait été récemment reprise. Dans le cas de M. Pozzi, la glande paraissait saine, aussi MM. Pozzi et Legros admirent-ils, dans ce cas, l'existence d'un chondrome primitif des ganglions, mais l'examen histologique, pratiqué par MM. Rendu et Malassez, démontra que l'on était en présence d'un myxo-chondrome de la glande. Il est impossible de nier le point de départ glandulaire, lorsque, comme dans une de nos observations et dans celle de M. Duplay, on voit la tumeur nettement reliée par un pédicule aux portions saines de la glande et faire partie intégrante de la glande. Dans un cas, cette dernière adhérait totalement à la tumeur (Krieg); dans le cas de Scholz (1), la glande avait complètement disparu.

Le seul traitement qui convienne à ce genre de tumeur est l'extirpation complète du néoplasme, cette opération délivre le malade d'une difformité gênante, et le débarrasse d'une affection dont, en somme, il est impossible de préciser l'évolution ultérieure. L'intervention est des plus bénignes. Une incision parallèle au bord inférieur du maxillaire et dépassant de quelques millimètres les limites de la tumeur, permettra d'arriver facilement jusqu'à elle; l'aponévrose d'enveloppe incisée, soit avec un instrument mousse, soit mieux encore avec le doigt, on isolera la tumeur.

Les auteurs parlent des dangers de l'extirpation de la glande; ils nous paraissent exagérés. La glande est, il est vrai, en rapports étroits avec l'artère et la veine faciale qui longent sa face postérieure et la contournent pour venir monter sur la branche horizontale du maxillaire inférieur, mais leur blessure peut être facilement évitée, et si par hasard on les sectionnait, le pronostic de l'opération ne s'en trouverait pas assombri pour autant. L'artère faciale envoie à la glande des branches nombreuses : il est cependant à noter que l'hémorrhagie, pendant l'opération, est absolument insignifiante. On a signalé la possibilité de la blessure de l'artère linguale à travers le muscle hyoglosse, et celle du gros tronc carotidien situé en arrière de sa partie postérieure. Avec un peu d'attention il sera facile de les ménager. La plupart des chirurgiens se sont contentés d'enlever la tumeur en laissant la portion saine de la glande. Deux cas, d'après M. Poncet, peuvent se présenter : la tumeur est plus ou moins pédiculée, une portion notable de la glande n'est pas envahie ; en pareille occurrence, l'ablation du tissu pathologique seule suffit; si, au contraire, la tumeur ne peut être aisément délimitée, si une grande partie de la glande est malade ; il ne faut pas hésiter, on doit enlever l'organe dans sa totalité.

Ajoutons, du reste, que toutes les ablations de tumeurs bénignes ont été suivies d'un succès immédiat complet. Quant au résultat définitif, sans oublier que l'on n'est jamais sûr du processus d'une tumeur, quelque bénigne qu'elle paraisse, on peut admettre qu'il sera le plus souvent excellent. La récidive n'est pas survenue, et la guérison a, en effet, persisté dans la grande majorité des observations publiées.

(1) *Uber das enchondrom.* Diss. inaug. Breslau, 1855.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 juillet 1888. — Présidence de M. SIREDEY.

Oreillons sous-maxillaires suppurés. — M. FERRAND communique l'observation d'un enfant de sept ans, qui fut pris, à la suite d'une roséole, de gonflement et de douleur au niveau de l'angle de la mâchoire. Ce gonflement et cette douleur se montrèrent presque simultanément des deux côtés : la tuméfaction s'étendit peu à peu aux joues, à la glande sous-maxillaire et à la région parotidienne. Après quelques jours on y constatait la présence du pus et on fut obligé de pratiquer une double incision. Immédiatement tous les accidents se dissipèrent, et quelques jours après ce petit garçon était complètement guéri, le pus contenait quelques microcoques, mais on n'y constata aucun des micro-organismes habituels de la suppuration.

M. BUCQUOY dit que la suppuration des oreillons est très rare, elle ne se manifeste en tout cas que très tardivement, au bout de quinze jours ou trois semaines. Il ne serait donc pas éloigné de croire qu'il ne s'agit pas réellement d'oreillons dans le cas que vient de rapporter M. Ferrand, mais bien d'une inflammation d'une autre nature. Ce qui le confirme dans cette opinion, c'est le résultat négatif de l'examen bactériologique du pus. On sait, en effet, que MM. Capitan et Charrin ont trouvé, dans le sang des malades atteints d'oreillons, une grande quantité de microbes et de bactéries. M. Bucquoy demande à M. Ferrand si les conditions étiologiques qui ont présidé au développement de la maladie sont les mêmes que celles des oreillons.

M. FERRAND sait très bien que le fait qu'il a relaté diffère de ceux qu'on observe communément et se distingue de ceux-ci par plusieurs particularités, notamment par la localisation spéciale de la maladie, par la rapidité de son évolution et sa brusque terminaison par suppuration. Néanmoins, il ne croit pas qu'on soit autorisé pour cela à rejeter le diagnostic d'oreillons, bien qu'il n'ait pu découvrir aucune cause de contamination.

Traitement du pneumothorax par l'antisepsie pleurale. — M. MOIZARD a traité deux cas de pneumothorax par les injections antiseptiques intra-pleurales.

Le premier malade était un homme de quarante-deux ans, sans antécédents héréditaires, qui contracta, à la fin de l'année 1887, une bronchite suivie d'abord d'une double pleurésie, et ensuite d'un hydropneumothorax droit. Quand il vit ce malade pour la première fois, il était plongé dans l'adynamie la plus profonde, il avait absolument l'aspect d'un typhique et répondait à peine aux questions.

En présence de la gravité de son état et de l'augmentation croissante de l'épanchement, M. Moizard résolut, s'inspirant des recherches de M. Potain, de pratiquer l'antisepsie de la plèvre et, dans ce but, il injecta dans la cavité pleurale, à l'aide de l'appareil Potain, 30 grammes d'une solution iodurée de teinture d'iode. Cette petite opération fut très bien supportée; immédiatement après, la dyspnée diminua et le soir même la fièvre tombait. Le mieux s'accentua les jours suivants, et actuellement ce malade peut être considéré comme guéri de son hydropneumothorax. Malheureusement il était et il est resté tuberculeux.

Le second malade était atteint d'un pneumothorax droit sans épanchement; par suite d'une fausse manœuvre opératoire, on injecta dans la plèvre de cet homme 70 grammes de la solution iodée au lieu de 30 grammes; il en résulta une douleur assez vive qui fut cependant vite calmée au moyen d'une injection de morphine. Momentanément aussi la dyspnée augmenta, mais bientôt ces phénomènes disparurent, la fièvre tomba ainsi que tous les accidents septiques.

L'état de ce malade alla s'améliorant pendant trois semaines environ; mais comme il était profondément tuberculeux, il finit par succomber à la suite d'une poussée de granulie. A l'autopsie on trouva les deux poumons farcis de tubercules; le poumon droit était en outre rétracté et séparé des côtes par une cavité remplie de pus et de gaz fétides.

Chez ces deux malades, on constata l'élimination rapide et massive de l'iode par les urines.

Ces deux observations semblent démontrer la parfaite innocuité des injections d'iode dans la plèvre, à la condition qu'on n'en injecte pas une trop grande quantité à la fois, ainsi que cela a eu lieu par erreur chez le second malade. Elles démontrent, en outre, que ces injections constituent un excellent moyen d'antisepsie de la cavité pleurale et, par conséquent, qu'elles sont appelées à rendre de grands services dans les cas de pneumothorax.

M. JUHEL-RENOY, chez des malades atteints de pleurésie simple qui avaient été ponctionnés déjà sept ou huit fois, a injecté aseptiquement dans la plèvre une seringue de Pravaz d'une solution de chlorure de zinc au douzième; sous l'influence de ce moyen répété tous les trois ou quatre jours, l'épanchement a complètement et définitivement disparu.

Mal de Bright d'origine infectieuse. — M. FERNET fait une communication sur ce sujet. (Sera publiée.)

Traitement de la pachyméningite hémorrhagique par la trépanation. — M. DUPONCHEL rapporte l'observation d'un malade, atteint d'une pachyméningite, qui a succombé aux suites d'une hémorrhagie sus-arachnoïdienne. La cause de la mort paraît devoir être attribuée, dans ce cas, à la compression exercée sur le cerveau par le sang épanché à la face interne de la dure-mère. Il semble résulter de ce fait qu'il y aurait avantage, en pareil cas, à donner issue au sang épanché par la trépanation : l'innocuité de cette opération a été, en effet, attestée, dans ces derniers temps, par un grand nombre de chirurgiens; il n'y a donc pas de raison pour ne pas y avoir recours, lorsqu'on se trouve en présence d'une hémorrhagie méningée. Il est vrai qu'en agissant ainsi, on ne saurait avoir la prétention de modifier la pachyméningite; mais il n'en est pas moins vrai que les accidents, le plus souvent mortels, qui résultent de l'hémorrhagie, pourraient être conjurés.

Ces prémisses posées, il convient d'examiner à quel moment l'opération devra être tentée : il est absolument exceptionnel qu'un hématome soit foudroyant; la survie est, en général, de plusieurs jours; elle a été de soixante-dix heures chez le malade de M. Duponchel; néanmoins, il serait imprudent d'attendre que les accidents soient arrivés à leur apogée pour trépaner. On se placera dans les meilleures conditions de succès, en opérant dix-huit à vingt-quatre heures après le début de l'hémorrhagie.

Reste une dernière question, celle du diagnostic : il est certain qu'on peut être embarrassé pour reconnaître le siège et l'étendue d'une hémorrhagie méningée. Il existe cependant quelques symptômes : ictus apoplectique à la suite d'un effort, trépidation épileptoïde, contracture d'un côté du corps, déviation conjuguée des yeux, etc., qui ne peuvent guère laisser place au doute. Il n'est nullement nécessaire d'ouvrir le crâne très bas pour donner issue au sang, celui-ci sera expulsé par les mouvements d'expansion du cerveau décomprimé; l'extrémité de la ligne rolandique paraît être le lieu d'élection pour l'opération.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons cliniques sur les tænias de l'homme,
par le docteur BÉRENGER-FÉRAUD (1).

Grâce à sa position de médecin en chef de l'hôpital Saint-Mandrier, M. Bérenger-Féraud a eu l'occasion d'observer un nombre considérable de malades porteurs de tænia. Il a poursuivi ces recherches pendant vingt-cinq ans, et il a pu, de cette façon, recueillir un nombre énorme d'observations. Nul mieux que lui n'était préparé à donner une étude médicale des tænias. On trouvera dans ces leçons tous les renseignements désirables sur ces parasites. De nombreuses figures viennent en aide à la description.

(1) Un vol. in-8° de 360 pages. Prix : 8 francs. — O. Doin.

Bien qu'il ne s'agisse pas d'un traité de l'histoire naturelle des tænias et que l'auteur n'ait pas oublié qu'il écrivait pour des médecins, on trouvera des détails circonstanciés sur la structure et la biologie de ces vers plats. Les chapitres consacrés à la pathologie sont particulièrement intéressants et instructifs au point de vue de la pathologie générale. On est étonné de constater de quelle variété de phénomènes nerveux la présence du parasite dans l'intestin peut être la cause directe.

Nous ne pouvons y insister, et nous ne pouvons que renvoyer à l'original. Nous croyons bien faire en résumant ici la dernière leçon consacrée au traitement. On sera sans doute curieux de connaître le *modus faciendi* d'un praticien de si grande expérience en la matière. Ce chapitre sert de conclusion à une longue et consciencieuse étude sur les médicaments et les médications tænifuges.

Tout d'abord on ne doit traiter le tænia que lorsqu'on en a vu des fragments, des cucurbitins. Il faut attendre que le parasite ait pris tout son développement : c'est le moment le plus favorable pour agir. Pour le tænia inerme, cette échéance est indiquée par l'expulsion de cucurbitins; pour le tænia armé et le bothriocéphale, cette expulsion spontanée est plus espacée, moins fréquente : on se souviendra que le parasite met deux ou trois mois pour prendre un développement favorable à l'action des médicaments.

Quelle que soit la variété du tænia, le traitement est le même.

Il importe de savoir si le malade est plus ou moins sensible à l'action des purgatifs. Il faut pouvoir obtenir à coup sûr des selles suffisantes. Il vaut mieux que l'effet purgatif soit un peu trop prononcé qu'un peu trop faible.

Le porteur du tænia se préparera seulement à l'expulsion la veille au soir. Le mieux est de le soumettre au régime lacté; M. Bérenger-Féraud pense que c'est non seulement une sorte de diète, mais une préparation utile.

Le malade restera couché pendant toute la durée des opérations. On tiendra préparés : le tænifuge, les purgatifs, de l'eau tiède pour des lavements, un vase de nuit aux trois quarts plein d'eau tiède. Le tænifuge sera constitué par la pelletiérine, la graine de courge ou la fougère. Il faut se souvenir, en tout cas, qu'il a pour but d'engourdir le ver que le purgatif devra évacuer à la façon d'une masse inerte. Il faut donc qu'il n'agisse ni trop tôt ni trop tard.

C'est au grenadier et à la pelletiérine, l'alcaloïde qui représente la substance active, que l'auteur donne la préférence. L'avantage de la pelletiérine, c'est qu'elle constitue un produit défini, que l'on peut doser. Les tænifuges en nature, la fougère, le cousso, le grenadier même, sont infidèles parce qu'ils sont plus ou moins actifs suivant leur provenance.

M. Bérenger-Féraud, dans le but de combattre la parésie musculaire de l'intestin due à l'action de la pelletiérine, donne souvent, une demi-heure ou une heure avant elle, une infusion de 10 à 15 grammes de feuilles de séné, édulcorée avec 30 grammes de sirop d'écorces d'oranges amères. Il considère toutefois cette pratique comme facultative.

Les potions tænifuges à la pelletiérine doivent renfermer 30 centigrammes de sulfate de pelletiérine et 1 gramme à 1 gr. 50 de tannin, dans 20 grammes d'eau édulcorée. C'est à peu près la formule préparée par M. Tanret. La potion tænifuge est étendue d'une quantité égale d'eau. Le malade en ingère, d'emblée, la moitié. L'autre partie est prise à un intervalle plus ou moins grand (dix, quinze, trente minutes), en une ou plusieurs fois, suivant que la pelletiérine est bien ou mal supportée, qu'elle provoque ou non des vertiges, des nausées, etc. Pour éviter les vomissements, le malade doit *absolument* rester couché.

Le purgatif est administré environ une demi-heure après l'absorption totale de la pelletiérine. Un peu plus tôt s'il n'y a pas de nausées, un peu plus tard s'il y a menace de vomissement.

On peut donner 12 ou 15 grammes d'eau-de-vie allemande, 30, 40 à 50 grammes d'huile de ricin, en capsules ou en émulsion, ou tout autre purgatif familier au malade, et sur lui d'un effet

certain. Il importe en effet de purger rapidement et suffisamment, de façon à expulser le ver engourdi, en bloc, avant son réveil, sans qu'il puisse s'accrocher aux parois de l'intestin.

Avec la fougère, les capsules de M. le docteur Créquy seront surtout recommandées. Elles renferment 50 centigr. d'extrait éthéré de fougère mâle et 5 centigrammes de calomel. On en donne 16 à un adulte. Elles sont ingérées de cinq minutes en cinq minutes, le matin à jeun. Le calomel administré en même temps que le tænifuge produit la purgation nécessaire.

Le malade, pour les évacuations, se place sur le vase à demi plein d'eau chaude.

M. Bérenger-Féraud insiste beaucoup sur cette recommandation : le malade ne doit pas quitter le vase si le tænia est en partie sorti. On ne doit pas tirer sur lui pour chercher à l'extraire. Le mieux est qu'il plonge dans l'eau, ce qui diminue la traction exercée par son poids et l'empêche de se rompre.

La condition la plus favorable, c'est que le tænia soit rejeté d'un seul coup, pelotonné sur lui-même. Si la tête y est, le succès est complet.

Quand le ver sort par l'anus à demi expulsé, on peut faire prendre un lavement avec une décoction de 100 grammes d'écorce de grenadier dans 250 grammes d'eau; ou 5 grammes d'éther dans 100 grammes d'eau presque froide. On cherche ainsi à étourdir le ver et à lui faire lâcher prise. Il faut, en tous cas, ne pas tirer sur lui et faire tout son possible pour ne pas le rompre.

Que faire quand le ver ne sort pas du tout? Donner des lavements, des purgatifs salins pour provoquer de nouvelles selles. Il faut bien savoir que le succès est compromis lorsque la purgation tend à se produire.

En cas d'insuccès il faut recommencer, mais pas tout de suite, après trois semaines au moins.

La méthode que nous venons d'exposer, en la résumant, est la méthode rapide, presque brutale, elle n'est applicable qu'à des gens d'une résistance suffisante, lorsqu'il n'y a pas de contre-indication particulière. Il est des procédés de douceur, moins certains, mais seuls utilisables dans quelques cas. On les trouvera exposés dans les leçons de M. Bérenger-Féraud. On y trouvera, du reste, une longue étude comparée des divers tænifuges.

Albert Mathieu.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 10 août 1888, M. le docteur Louis-Henri Petit, bibliothécaire adjoint de la Faculté de médecine de Paris, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décret, en date du 9 août 1888, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. les aides-médecins, docteurs en médecine Sisco, Labrosse, Guy.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Louis-Eugène Monginot, chevalier de la Légion d'honneur, officier d'Académie, décédé à Lunéville, à l'âge de soixante-trois ans.

— M. le docteur Paul Segond, professeur agrégé, suppléant M. le professeur Trélat, commencera ses leçons de clinique chirurgicale, vendredi prochain, à neuf heures du matin, et les continuera les mercredis et les vendredis suivants à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 94. — JEUDI 16 ET SAMEDI 18 AOUT 1888. 61e ANNÉE. JEUDI 16 ET SAMEDI 18 AOUT 1888. — N° 94.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion sur les anévrysmes de l'aorte s'élargit. Il ne s'agit plus seulement de leur traitement, mais aussi de leur pathogénie et de leurs rapports avec la bacillose. M. Germain Sée, ayant constaté que beaucoup de malades atteints d'anévrysmes de l'aorte succombaient à la tuberculose, a recherché entre ces deux affections une relation de cause à effet, et c'est le résultat de cette recherche qu'il a fait connaître à l'Académie. D'après les chiffres qu'il a fournis (7 sur 24) il ne paraît pas douteux qu'il y ait eu plus qu'une simple coïncidence entre l'anévrysme et la tuberculose dans les faits qu'il a rapportés.

Mais comment l'existence d'un anévrysme de l'aorte peut-elle favoriser la tuberculisation ? A cela M. G. Sée répond par deux explications, fort ingénieuses d'ailleurs, mais ne s'appuyant, jusqu'ici, sur aucun fait anatomique bien démontré. Voici comment M. G. Sée explique la pathogénie des tubercules chez les anévrysmatiques : dans l'anévrysme aortique, dit-il, la circulation artérielle est profondément troublée. Qu'en résulte-t-il pour la circulation pulmonaire ? Des conditions nouvelles, une stagnation du sang veineux, un ralentissement des échanges entre les gaz du sang et ceux de l'atmosphère. C'est dans ce milieu gazeux intérieur, moins complètement renouvelé, que le bacille paraît se vivifier et se multiplier quand il a pénétré dans l'économie. M. G. Sée explique ainsi la multiplication du bacille, mais il reste à savoir d'où il provient. On a prouvé dans ces derniers temps que les endocardites ulcéreuses ou même végétantes sont toutes d'origine microbique et résultent de l'action du staphylococcus, du streptococcus, ou même du bacille de Koch. Or, ajoute M. G. Sée, l'analogie entre l'endocarde et l'endartère permet de croire à l'existence d'endartérites microbiques ; les lésions ulcéreuses, qui frappent les membranes interne et moyenne des artères devenues anévrysmatiques, seraient donc ainsi l'effet du bacille. On s'expliquerait facilement alors comment le bacille naît dans la paroi anévrysmatique, se propage au poumon et s'y multiplie par suite des conditions favorables du ralentissement de la circulation sanguine et de l'amoindrissement des mutations gazeuses. Cette double explication de la pathogénie des tubercules, chez les anévrysmatiques, est jusqu'ici purement hypothétique. Aussi, M. G. Sée se contente-t-il de poser la question sans la résoudre affirmativement.

Abordant ensuite la question du traitement, M. G. Sée condamne les opérations téméraires qu'on pratique sur les anévrysmes de l'aorte, en particulier la filipuncture, l'électropuncture, et se montre un des partisans les plus convaincus de la médication iodurée aidée par l'analgésine ou ses analogues. Mais nous constatons ici une petite lacune dans l'intéressante communication de M. Germain Sée. Il semble n'avoir en vue, quand il parle du traitement, que les anévrysmes simples. Or, il serait intéressant de savoir si la médication iodurée, condamnée d'une façon absolue chez les tuberculeux par M. G. Sée lui-même, dans ses leçons sur les maladies du cœur, restera également indiquée chez les anévrysmatiques tuberculeux. Il y a là un point de pratique sur lequel nous voudrions être édifiés.

Signalons encore, dans cette séance, une intéressante lecture de M. Ollivier sur la rougeole dans les salles d'asile et les crèches, ainsi qu'une communication de M. Petresco (de Bucharest) sur les effets véritablement merveilleux qu'il aurait obtenus de la digitale à hautes doses dans le traitement de la pneumonie.

REVUE GÉNÉRALE

De l'intervention chirurgicale dans les maladies cérébrales (abcès, reliquats de traumatismes, tuberculose, tumeurs).

Par M. le docteur A. BROCA,
Prosecteur à la Faculté de médecine,
et M. P. SEBILEAU,
Interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté.

Par un article précédent (1), nous avons cherché à faire voir dans quelles conditions l'intervention chirurgicale est indiquée, lorsqu'un sujet vient de subir une violence sur le crâne. Nous avons ainsi esquissé les symptômes et le traitement de la compression cérébrale par épanchement sanguin ou par enfoncement osseux, et cela permet, en de-

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 693.

hors des cas où l'on opère au niveau d'une lésion externe évidente, deux manières de faire bien différentes.

Dans l'une, pour s'attaquer à la compression, le chirurgien se laisse guider par ses connaissances d'anatomie pathologique : sauf indications spéciales, en présence de phénomènes cérébraux diffus, il va à la recherche de la lésion qu'il sait être la plus fréquente.

Dans l'autre, au mépris même, parfois, des signes extérieurs, il se fonde sur ses connaissances d'anatomie et de physiologie : il met à découvert le point de l'écorce dont des phénomènes convulsifs ou paralytiques lui font reconnaître la souffrance.

Tout cela, avons-nous dit, est légitimé par l'innocuité absolue que l'antisepsie assure à l'opération du trépan, envisagée en soi. Une discussion récente de la Société de chirurgie, à propos d'observations de M. Lucas-Championnière, a prouvé que cette innocuité est désormais incontestable.

Ce n'est plus d'affections craniennes seulement qu'il va être question aujourd'hui, mais bien d'affections cérébrales, qu'elles soient ou non d'origine traumatique. Il va nous falloir passer en revue les abcès, les tubercules, les tumeurs, certaines méningo-encéphalites localisées, toutes lésions qui intéressent le cerveau lui-même, non seulement à la surface, mais aussi dans les régions profondes.

Les règles générales de la chirurgie ne diffèrent guère, en pareille circonstance, de celles que nous avons exposées pour les traumatismes récents. Deux cas se présentent, en effet, suivant que la lésion affecte les zones psycho-motrices ou les zones latentes du cerveau. Nous pourrions donc, ici encore, étudier successivement le trépan dirigé contre les maladies déterminant des troubles cérébraux diffus, vagues, ou contre celles qui provoquent des accidents localisés. Certes, il peut sembler bizarre, *a priori*, de chercher dans la masse encéphalique un foyer morbide perdu dans les zones latentes, si étendues. L'étiologie le permet cependant, dans un cas particulier il est vrai, pour certains abcès. Aussi allons-nous faire une étude d'ensemble des indications fournies par les abcès. Il nous sera facile de faire comprendre ensuite en quoi les autres affections que nous avons énumérées s'en rapprochent ou en diffèrent.

I

Une question préalable se pose. Il est prouvé que le crâne supporte, sans danger, l'ablation d'une rondelle osseuse et que les méninges tolèrent bien l'incision antiseptique : or, c'est tout ce qu'il faut pour que l'on puisse aborder sans crainte la trépanation pour les traumatismes récents. Là, en effet, on ne touche au cerveau que s'il est déjà maltraité par la blessure première : on n'aggrave pas, en tout cas, la lésion préexistante. Il n'en est plus de même pour les maladies que nous allons considérer ici. Pour ouvrir un abcès, par exemple, il faut traverser une épaisseur variable de substance cérébrale. Les délabrements sont plus grands encore, s'il faut enlever une masse tuberculeuse ou un néoplasme proprement dit.

Malgré cela, le chirurgien peut avoir une grande sécurité. Des faits vulgaires lui en donnent l'assurance. Depuis longtemps déjà les physiologistes font subir à l'encéphale des lésions expérimentales dont la vie s'accommode d'une façon remarquable. Les observations humaines abondent, où le blessé a guéri bien que la substance cérébrale se fût écoulée, diffluente et contuse, par une plaie extérieure. Elles abondent aussi, celles où un corps étranger habite l'encéphale pendant des années sans que l'existence en soit compromise : il peut, il est vrai, à tout moment, provoquer des accidents graves, mortels même. C'est à peine si nous osons rappeler combien les balles de revolver sont aisément tolérées, tant ces faits sont banals. C'est à peine si nous ferons allusion à l'histoire, partout citée et partout commentée, de ce mineur qui survécut après avoir eu le crâne embroché par un pic qu'avait projeté une explosion. L'instrument avait pénétré sous l'angle de la mâchoire inférieure et avait fait issue au vertex : il fut enlevé et le malade guérit.

Le cerveau tolère donc bien certaines lésions traumatiques ; souvent même, quand les zones latentes sont seules intéressées, les troubles fonctionnels sont nuls. Le danger relève, pour beaucoup, des complications inflammatoires, et là les méninges surtout sont en jeu. Mais on conçoit quelle doit être la puissance des pansements modernes pour s'opposer au développement de ces complications d'ordre infectieux. Il faut tenir compte, en outre, de l'importance vitale de certaines parties du cerveau, quoique l'on n'ait pas ici de nœud vital, comme dans le bulbe.

Il était donc utile de soumettre ces données à la critique de l'expérimentation, de façon à bien déterminer les limites dans lesquelles la chirurgie peut agir. L'an dernier, Spitzka (de New-York) a fait connaître, au treizième Congrès annuel de neurologie, le résultat de ses recherches sur ce point. Ses expériences ont été faites sur le chien, et il a pratiqué dans le cerveau des ponctions, des incisions, des injections même, et de matières telles que la boue : l'animal supporte le tout à merveille. L'antisepsie même n'est pas indispensable et la boue s'enkyste : ce qui n'est pas un motif pour la négliger chez l'homme. Spiztka a constaté, de plus, que le cerveau s'habitue, pour ainsi dire, à ces lésions graves : une seconde intervention est tolérée mieux que la première ; une troisième mieux que la seconde. Mais si l'on veut que les opérations restent innocentes, il ne faut pas enfoncer d'aiguilles dans la capsule interne, dans les ganglions gris centraux, dans les ventricules latéraux, dans les parties, en un mot, qui remplissent des fonctions importantes ou indispensables à la vie.

Ces faits n'ont pas tardé à avoir une application humaine. Spitzka a observé un adolescent qui présentait les symptômes d'une tumeur cérébrale. Il l'a trépané au point où il croyait devoir rencontrer le néoplasme. Son espoir a été déçu ; il a alors tenté de déterminer, par des ponctions exploratrices, vers quelle région il fallait s'avancer. Toutes ces recherches n'ont pas abouti à une opération radicale et la peau a été suturée au-dessus de la rondelle osseuse remise en place. L'opéré a fort bien guéri de l'intervention : trois mois après il succombait aux progrès de la tumeur, et l'autopsie montrait que trois petites lignes bleuâtres, sans trace d'inflammation, marquaient seules le passage de l'aiguille exploratrice. La rondelle osseuse était encore un peu mobile, mais elle n'avait provoqué aucun accident : Horsley, lui aussi, conseille de la remettre en place.

Cette observation prouve que certains chirurgiens n'hésitent pas à soumettre le crâne à des opérations exploratrices. Comme pour l'abdomen, ils ouvrent la cavité pour voir si la lésion est justiciable de la chirurgie, quitte à se replier en bon ordre si la victoire leur semble impossible. Et il est bien certain que les inconvénients semblent en être souvent nuls.

Est-ce à dire que ces pratiques, un peu aveugles, soient l'idéal de la chirurgie? Nullement. Mais les opérations ainsi conduites démontrent que l'incision des méninges, l'exploration et même la ponction du cerveau, n'aggravent pas le pronostic, bénin, nous l'avons déjà dit, de la trépanation proprement dite, à condition que l'on respecte certaines régions à fonctions spécialement importantes.

Quelques autres détails de pratique méritent encore une mention. Les voici, tels qu'ils ont été réglés par Horsley, dans un mémoire publié l'an dernier, et contenant l'histoire de dix opérations menées à bien sur l'homme.

L'anesthésie la plus favorable est celle que l'on obtient en faisant inhaler du chloroforme au sujet préalablement soumis à l'action de la morphine. La morphine a le grand avantage de faire contracter les artérioles du cerveau, et cela met, jusqu'à un certain point, à l'abri de l'hémorrhagie; ce qui est important, car dans cette région l'hémostase est des plus aléatoires.

Pour les enfants, il faudra tenir compte de leur grande sensibilité à la morphine : Horsley a trépané pour épilepsie un enfant de quatre ans, chez lequel trois milligrammes du narcotique ont suffi pour faire contracter les artérioles cérébrales.

L'inhalation du chloroforme sera conduite lentement, mais sans discontinuer, de façon à éviter tout réveil pendant l'opération, et en sachant bien que la susceptibilité aux vapeurs anesthésiques augmente une fois les méninges ouvertes.

Horsley conseille de mettre l'os à nu en traçant un grand lambeau sur le cuir chevelu; il préfère cela à l'incision cruciale. Il recommande de relever le périoste en même temps, puis d'appliquer une couronne de trépan, ayant 25 millimètres de diamètre; on apprécie ainsi l'épaisseur des os, et cela permet d'agir ensuite avec plus de sûreté et de rapidité. Certains chirurgiens, Bergmann par exemple, aiment mieux ouvrir la boite cranienne au ciseau et au maillet : ils se croient plus sûrs, de la sorte, de ne pas léser, sans le savoir, la dure-mère et même le cerveau.

On s'ouvre ainsi une brèche plus ou moins large; très large parfois, lorsque l'on veut enlever une tumeur. Cela a permis à Horsley d'affirmer que l'excision même de masses cérébrales assez volumineuses ne peut plus être rangée aujourd'hui parmi les opérations les plus dangereuses de la chirurgie. Ne nous faisait-il pas connaître, en avril 1887, dix interventions avec une seule mort? Pour les neuf autres, la réunion immédiate avait été obtenue, sans drainage, et le malade se levait vers le huitième jour dans les cas bénins, vers le quinzième, dans les cas graves : il est certes permis de considérer, comme soumis à des interventions sérieuses, les deux patients auxquels Horsley a enlevé, avec succès, plus de 125 grammes de tumeur et de cerveau.

II

Ainsi la mise à nu, la ponction, l'incision, l'excision même du cerveau sont possibles. Il va sans dire qu'avant de songer aux tumeurs, la chirurgie doit chercher à émettre des règles précises pour le traitement des *abcès du cerveau*. Elle est autorisée, aujourd'hui, à mettre en œuvre même ici le vieil adage : *Ubi pus, ibi evacua*, pendant bien longtemps resté lettre morte pour la cavité cranienne. Tout n'est point jugé, sans doute, et bien des progrès restent à accomplir, en diagnostic surtout. La synthèse cependant commence à être faite, et nous signalerons, en particulier, un mémoire fort étudié, inséré il y a quelques mois par von Bergmann dans les *Archives de Langenbeck*.

Nous venons de dire que l'évacuation des abcès du cerveau est une opération moderne. Cela n'est pas tout à fait exact, car déjà Quesnay, Lapeyronie conseillaient de la pratiquer. Ils n'osaient pas, il est vrai, inciser la dure-mère et le cerveau, comme le fit au début de ce siècle Dupuytren, qui tomba, aidé un peu par le hasard, dans un foyer purulent. Mais son exemple ne fut pas suivi, parce que l'on ne savait pas comment se diriger pour atteindre la collection morbide; et si, de temps à autre, une observation était publiée, elle restait isolée. On se bornait à trépaner, au bout de quelques semaines, au niveau d'un foyer de fracture où l'on reconnaissait de la suppuration. C'est un fait heureux de ce genre, communiqué par Paul Broca à la Société de chirurgie, en 1866, qui fut le point de départ d'une discussion importante et d'une sorte de réhabilitation de ce trépan secondaire, tandis que la proscription continuait à peser sur le trépan primitif.

Mais la crainte de la méningo-encéphalite arrêtait presque toujours le bistouri quand on se trouvait en face de la dure-mère, crainte d'autant plus justifiée qu'elle n'était point compensée par la certitude de trouver un abcès sous-jacent. Les localisations cérébrales devaient fournir au diagnostic des enseignements précieux, et Paul Broca affirma ce principe dès 1871.

Un homme semblait remis d'un coup de pied de cheval à la tête, lorsqu'au quinzième jour il fut pris d'un érysipèle, qui guérit. Puis, au vingt-neuvième jour, survinrent des accidents cérébraux : de l'aphasie d'abord, de la monoplégie brachiale droite ensuite, du coma enfin. Une couronne de trépan fut appliquée au niveau du centre du langage articulé, et là du pus fut trouvé entre la dure-mère et l'os. Le malade succomba, sans doute, à la méningo-encéphalite diffuse, qui peut-être ne se fût pas déclarée si le pus eût été évacué plus rapidement. Mais l'observation prouvait que le chirurgien avait le droit de s'appuyer sur la doctrine des localisations; qu'il aurait eu le droit, s'il n'avait rien trouvé à la surface de la dure-mère, de fendre cette membrane pour aller chercher dans le cerveau.

Cette hardiesse devint pleinement justifiée après la vulgarisation de l'antisepsie; et plus tard elle s'étendit à certains abcès ne lésant pas les zones motrices : pour ceux-là le chirurgien a pour guide les notions, peu à peu perfectionnées, d'étiologie et d'anatomie pathologique.

Rose a d'abord contesté, au nom de l'*anatomie pathologique*, que les abcès cérébraux fussent justiciables de l'intervention chirurgicale, entourés qu'ils sont, disait-il, d'une large zone ramollie qui continue à s'étendre malgré l'issue du pus. Cela n'est vrai, vient de répondre Bergmann, que pour les abcès aigus; ceux-là sont traumatiques, superficiels, leur histoire se confond presque toujours avec celle de la méningo-encéphalite diffuse, contre laquelle il n'y a, jusqu'à présent, pas grand chose à faire. Mais les abcès à développement lent et progressif sont presque tous enkystés par une membrane fort nette, insuffisante, à la vérité, pour limiter l'accroissement de la poche qui tend, au contraire, à s'agrandir peu à peu et finit presque toujours, se crevant dans les ventricules ou sous les méninges, par causer la mort au milieu d'accidents brusques. On a bien parlé d'évacuations spontanées par les fosses nasales, par la caisse du tympan; jusqu'à plus ample informé, il faut considérer que la mort est, sauf intervention chirurgi-

cale, la seule terminaison connue. Or, le diagnostic est parfois assez net, si l'on se fonde sur l'*étiologie*.

Autrefois, on parlait d'abcès primitifs du cerveau : leur nombre diminue de jour en jour, et l'on peut ne tenir compte que de trois variétés : 1° les abcès de cause générale ; 2° les abcès dus à un traumatisme ; 3° les abcès dus à une suppuration des os du crâne, de l'oreille moyenne surtout.

Les abcès de cause générale sont d'abord ceux de la *pyohémie* : contre ceux-là, rien à faire, sans contredit. Mais il faudrait en rapprocher certains abcès liés à des *affections pulmonaires* : gangrène (Virchow), bronchiectasies (Biermer), vieilles bronchites fétides, etc. Sur cent autopsies de ce genre, Näther relève huit abcès cérébraux, et les autres organes sont indemnes ; il semble donc qu'il y ait là quelque chose de spécial. Mais une seule fois, l'abcès était unique : cette multiplicité usuelle contre-indique l'opération. Peut-être certaines confusions règnent-elles encore entre ces abcès et les *abcès tuberculeux*, qui, eux aussi, ne sont guère du ressort de la chirurgie, d'après Bergmann. Pour cet auteur, la multiplicité ici encore est la règle, et de plus, il n'est pas aisé, dans ce tissu mou, d'empêcher, par un grattage complet de la paroi, l'évolution ultérieure de la membrane tuberculogène. Ces appréciations sont un peu trop pessimistes : Wernicke et Hahn ont obtenu un succès ; Horsley a deux fois enlevé des masses tuberculeuses, non ramollies, et l'un des malades a guéri. Il est exact, toutefois, que ces dépôts bacillaires se font au hasard et que l'on ne peut diagnostiquer leur siège que lorsqu'ils occupent un point de la zone motrice. Nous sommes mieux instruits de ce qui concerne les abcès liés à une lésion traumatique ou auriculaire.

III

Les *abcès traumatiques* sont de deux ordres : corticaux et précoces ; profonds et tardifs.

Des *corticaux*, nous dirons peu de chose. Trop souvent, une méningite diffuse nous surprend sans nous laisser le temps d'agir. Mais souvent aussi la plaie se cicatrise lentement, du pus s'écoule, de l'aphasie ou des paralysies localisées se manifestent. Alors, il faut trépaner et, quoi qu'en dise Bergmann, ces phénomènes de lésion corticale localisée sont plus souvent liés à un abcès limité par des fausses membranes qu'à une méningo-encéphalite diffuse. A l'appui de son dire, Bergmann cite une observation recueillie par Esmarch en 1880 : sept jours après un coup de pointe dans la région pariétale, le blessé fut pris de vomissement, de fièvre et d'aphasie ; le lendemain, il présenta de l'hémiplégie, quelques accès convulsifs, de l'assoupissement. Pendant trois jours, son état resta à peu près stationnaire, puis de la fluctuation se manifesta sous l'esquille, et Esmarch trépana avec succès, onze jours après le début des accidents. « Je pense, dit Bergmann, que ce cas eût facilement été pris pour une méningite diffuse et que seul le mauvais état de la plaie, lors de l'entrée à la clinique, avait indiqué la trépanation. L'arrêt des symptômes, pendant les trois derniers jours, est le seul phénomène s'écartant de l'évolution habituelle de la méningite de la convexité. »

Notre avis, à la lecture de l'observation, est assez différent : le début par une aphasie isolée devait à peu près exclure l'idée de méningite étendue, et dès lors la trépanation devait être immédiate ; la tergiversation ne pouvait qu'exposer à la diffusion du pus. Il n'est point utile d'insister davantage sur ces faits qui constituent, en somme, l'histoire du trépan secondaire, tel qu'il est pratiqué depuis longtemps déjà. La science moderne n'a fait qu'y ajouter les indications fournies par les localisations cérébrales.

Les *abcès tardifs* sont profonds et leur pathogénie soulève bien des discussions. Ils résultent d'une infection qui a pour origine une fracture compliquée, et l'on n'oubliera pas que les fractures des fosses nasales, du rocher, sont exposées à l'air. Il semble même qu'une plaie du cuir chevelu, sans fracture, puisse suffire, dit Bergmann. La voie suivie par l'infection est facile à reconstituer quand le pus entoure un corps étranger ; cependant l'obscurité est plus grande lorsqu'un abcès évolue à la suite d'une fracture qui n'a pas déchiré la dure-mère ; lorsque rien d'apparent ne conduit à ce foyer situé au milieu d'un hémisphère, et il est même probable qu'il ne s'agit point d'un foyer suppuré de contusion profonde.

Il est inutile de développer davantage ce côté théorique de la question. Il eût été même inutile de le signaler, s'il n'avait dû nous conduire à une conclusion pratique. Nous devons retenir cette sorte d'*indépendance entre certains abcès cérébraux et la blessure dont ils dérivent*. De là cette conséquence, qu'en dehors des cas où un symptôme spécial fera diagnostiquer le siège de l'abcès en un point déterminé de l'écorce, on ne pourra pas se diriger à coup sûr, et qu'on devra se borner à trépaner au niveau de la cicatrice cutanée ou de l'enfoncement osseux pour explorer ensuite, un peu au hasard, les profondeurs de l'hémisphère à l'aide de l'aiguille exploratrice.

Une indépendance analogue est fréquente pour les *abcès consécutifs à une suppuration des os du crâne*. Un foyer purulent existe à la boîte cranienne, gagnant plus ou moins vers les méninges, et l'on trouve un autre foyer dans la profondeur de l'encéphale : l'intermédiaire entre les deux échappe souvent.

Le chirurgien connaît surtout ceux de ces abcès qui résultent des *suppurations de l'oreille moyenne*, de ces suppurations chroniques si souvent causées par les maladies infectieuses, la tuberculose en particulier, et dans lesquelles les parois osseuses sont primitivement ou secondairement ulcérées. Peu nous importent ces détails d'étiologie ; peu nous importe aussi de savoir, si, parmi ces abcès de voisinage, bon nombre ne sont pas, eux aussi, de nature tuberculeuse. C'est avant tout leur siège exact que nous devons déterminer.

A peu d'exceptions près, *ce siège est dans le lobe temporal* ou dans le cervelet, dans le lobe temporal surtout. Le fait a été mis en évidence par des mémoires anciens déjà, parmi lesquels nous citerons celui de M. Brouardel. Dans une statistique récente, Barr réunit 76 observations comprenant 55 abcès temporaux, 13 cérébelleux, 4 dans les deux endroits à la fois, 2 dans la protubérance, 1 dans le pédoncule cérébral, et *tous ces abcès sont du même côté que la lésion auriculaire*. On peut aller plus loin et constater que la carie de la face supérieure du rocher cause, la plupart du temps, un abcès temporal, et que celle des cellules mastoïdiennes est particulièrement liée à l'abcès cérébelleux ou temporal postérieur. Chez l'enfant, enfin, par suite de l'évolution bien connue de l'apophyse mastoïde, l'abcès temporal existe à peu près seul, tandis que chez l'adulte la fréquence de l'abcès cérébelleux augmente.

Nous mentionnerons les abcès analogues engendrés par des lésions suppuratives des autres os du crâne. Il faut

signaler, par exemple, la carie de l'ethmoïde, du frontal, parmi les causes d'abcès des lobes frontaux, et Bergmann rapporte deux observations personnelles où un abcès du cervelet ou du lobe occipital était la conséquence d'une tuberculose de l'os occipital.

IV

L'étude étiologique vient de nous conduire à des données importantes sur le siège des abcès qui compliquent les lésions de l'oreille moyenne. Voyons maintenant si la symptomatologie fournit des renseignements.

Les *symptômes de l'abcès cérébral* sont de trois ordres : 1° ceux de la suppuration ; 2° ceux de l'excès de pression intra-cranienne ; 3° ceux qui résultent de localisations cérébrales.

Les phénomènes généraux de la suppuration acquièrent de la valeur dans certaines conditions déterminées. Un sujet, quelques semaines après une fracture du crâne, souffre de malaise, de frissonnements vespéraux, d'anorexie, d'une légère hyperthermie. Cela dure pendant quelques jours, puis cesse pour reparaître au bout d'un temps variable : c'est déjà une présomption pour l'existence d'un abcès cérébral. Au rebours, tout cela ne prouve pas grand' chose quand la lésion primordiale est une suppuration de l'oreille : la rétention du pus dans les cellules mastoïdiennes, par exemple, peut en produire autant.

Les symptômes, que nous venons d'énumérer seront pris en sérieuse considération lorsqu'ils s'associeront à ceux qui résultent de l'augmentation de pression intra-cranienne. Ici nous enregistrons la céphalalgie fixe prolongée, mais rémittente, parfois exagérée par la pression sur le crâne au niveau de l'abcès. Plus rarement que dans les tumeurs, surviennent le ralentissement du pouls, la somnolence, le coma, la stase papillaire surtout. Le fait principal est que ces accidents ne sont pas simplement aggravés par tout ce qui congestionne le cerveau (alcool, décubitus tête basse), mais encore subissent des variations corrélatives à celles de la fièvre, du malaise, et, en particulier, sont souvent plus nets le soir que le matin. En dehors des renseignements étiologiques montrant, dans les lésions anciennes ou actuelles, une cause possible d'abcès, ces variations parallèles à celles de l'état général sont une différence des plus importantes entre les abcès et les tumeurs de l'encéphale.

Quant aux symptômes du troisième ordre, ceux qui surviennent lorsque les centres psycho-moteurs connus sont atteints, ils sont d'une importance extrême. Mais nous pouvons nous contenter de les signaler, car ils ont déjà été exposés dans notre article précédent et de plus M. Berbez a consacré une Revue spéciale à l'un d'entre eux, l'épilepsie jacksonnienne (1). Ces phénomènes sont l'aphasie dans ses divers modes, les paralysies, les accès convulsifs. La paralysie s'observe surtout lorsque le foyer purulent détruit un centre cortical ou ses voies de transmission. Elle est moins changeante que les convulsions, qui se manifestent par crises et sont surtout liées à l'irritation inflammatoire des parties voisines de l'abcès. Or, cette irritation est variable suivant les moments. Elle survient, à vrai dire, par sortes de crises, tout comme nous venons de le voir pour les accidents fébriles, pour les troubles dus à l'excès de pression intra-cranienne.

Ces troubles spéciaux sont bien certainement les plus précieux pour faire reconnaître le siège précis d'un abcès. En cas d'épilepsie jacksonnienne, on sait qu'il faut mettre à nu le centre par les muscles duquel commencent les convulsions. Mais si cela est très utile pour les abcès corticaux de la région rolandique ou pour les abcès centraux du lobe frontal voisins de cette zone, pour les autres cela ne sert pas à grand' chose. On a bien dit que dans le lobe temporal siège le centre de l'ouïe, et l'on pourrait tirer quelques conclusions de la surdité venant compliquer une otorrhagie du côté opposé ; mais c'est douteux, pour l'instant encore, et d'ailleurs Barr nous affirme que l'otite moyenne est deux fois sur trois bilatérale. De là résulte que la surdité bilatérale, en dehors de tout abcès cérébral, existe dans la même proportion. Il faut faire une réserve pour les troubles de la vision liés à une lésion du lobe occipital opposé : Janeway et Bryant ont vu un abcès du lobe occipital, ayant causé de l'hémiopie ; l'hémianopsie, dans un fait de Wernicke, a guidé avec succès le trépan de Hahn. Pour le lobe temporal, Schede a constaté une fois de la cécité verbale, mais, malgré ces quelques faits, les cas où il faut se passer de tout symptôme de localisation sont fréquents, surtout pour les abcès associés aux lésions auriculaires.

Cela étant, comment poser le diagnostic de l'existence et du siège d'un abcès ?

Soit d'abord le *diagnostic de l'existence*. Bergmann a raison de dire qu'il n'est guère possible en dehors de la notion étiologique. Nous avons signalé la légère différence entre les abcès et les tumeurs, mais cela est bien aléatoire. En réalité, on ne peut conclure à l'abcès que si le sujet a eu une fracture du crâne, que s'il a une suppuration de l'oreille ou d'un autre point de la boîte cranienne. De même, l'état des poumons permettra de soupçonner soit un amas tuberculeux, soit un de ces abcès particuliers dont nous avons parlé.

Quelques difficultés spéciales surgissent lorsqu'il existe une lésion avérée de l'oreille moyenne. Les accidents de rétention purulente dans les cellules mastoïdiennes peuvent simuler ceux de l'abcès cérébral, et le diagnostic précis ne sera pas toujours possible si le périoste de la face externe ne participe pas à la lésion. Aussi sera-t-il prudent, en pareille circonstance, d'observer pendant quelques jours l'effet d'une trépanation préalable de l'apophyse mastoïde. Les autres causes d'erreur sont plus faciles à éviter. La méningite se caractérisera par son invasion brusque, par la fièvre vive. A la thrombose des sinus appartiennent la dilatation des veines auriculaires postérieures, la douleur à la pression sur le trajet de la jugulaire interne indurée et même de la jugulaire externe.

Le *diagnostic du siège* se fonde sur des données qui diffèrent suivant l'étiologie. Nous envisagerons, l'un après l'autre, les deux cas principaux : les abcès d'origine auriculaire et les abcès d'origine traumatique.

Pour les *abcès d'origine auriculaire*, leur siège fait comprendre que les phénomènes spéciaux seront le plus souvent absents. L'épilepsie est exceptionnelle ; tout au plus a-t-on pour guide la fixité de la céphalalgie, la pression douloureuse en un point où la couronne thermométrique de P. Broca révèle une légère hyperthermie locale. Mais l'inconvénient de cette obscurité apparente est léger, car l'expérience enseigne que la région où l'abcès se forme a des limites restreintes. Il faut donc trépaner là où l'on sait qu'est le siège le plus fréquent : nous arrivons à une

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 457.

règle fort analogue à celle qui régit la trépanation pour les hémorrhagies de la méningée moyenne. Or, ce siège est temporal ou cérébelleux.

Macewen conseille de faire une ouverture à 6 centimètres au-dessus du conduit auditif externe et une contre-ouverture déclive. Wheeler perfore le crâne à la hauteur du méat auditif, en avant d'une ligne verticale, divisant en deux parties égales l'apophyse mastoïde. Bergmann préfère trépaner un peu en avant et au-dessus de l'angle postéro-inférieur du pariétal : il trace une ligne allant du méat auditif à la protubérance occipitale externe et, à 4 centimètres en arrière du méat, il élève sur elle une perpendiculaire de 4 à 5 centimètres. Barker recommande de mettre à nu le trou mastoïdien, car cela peut servir à reconnaître si l'abcès est temporal ou cérébelleux : si on voit une gouttetette de pus autour de la veinule qui sort de ce trou ou sous le périoste, c'est que l'inflammation s'est propagée à l'étage postérieur de la base du crâne et qu'il y a abcès du cervelet. On trépanera alors plus ou moins haut, suivant les cas. Il est vrai que, pour Bergmann, la souffrance du cervelet se traduirait souvent par des phénomènes particuliers : céphalalgie occipitale, vomissements particulièrement intenses, vertiges, marche hésitante. Il a recueilli une observation où tout cela existait.

La trépanation une fois faite, on cherche le foyer à l'aide d'un trocart explorateur qui, lorsque le pus a été trouvé, sert de conducteur au bistouri. L'abcès largement ouvert est drainé avec soin et ce drainage sera prolongé. C'est là un principe général, essentiel, pour le traitement chirurgical de tous les abcès du cerveau. On croit aisément, tant la suppuration devient vite minime, qu'on peut retirer le drain au bout de huit à dix jours; mais l'orifice extérieur se ferme trop vite et l'abcès se reforme : il faut alors une seconde intervention, que l'on évite, au contraire, par le drainage prolongé.

La même pratique est indispensable pour les *abcès d'origine traumatique*. Mais le mode de recherche est différent de ce qu'il est dans le cas précédent. Ici, d'abord, deux cas sont possibles, suivant qu'il y a ou non des phénomènes indiquant la participation de la zone motrice. Si ces phénomènes existent, on se guidera sur eux, en l'absence, au mépris même des phénomènes extérieurs, tels que cicatrices, dépressions ; s'ils n'existent pas, on incisera le cuir chevelu sur le siège de l'ancienne blessure, dont, le plus souvent, on trouvera des traces évidentes. La dure-mère une fois fendue, on examinera avec soin la surface cérébrale mise à nu et, comme précédemment, on ira, si besoin, à la recherche du foyer purulent par des ponctions prudentes.

V

Les résultats que l'on obtient par cette thérapeutique sont bons, très bons même si l'on songe que l'on s'attaque à une lésion dont l'évolution naturelle conduit à peu près fatalement à la mort. Une observation de Barr et Macewen fera mieux retenir combien la chirurgie a le droit d'espérer.

Un enfant de neuf ans souffrait, à la suite d'une maladie aiguë, d'une otite moyenne avec otorrhée pour laquelle Barr trépana l'apophyse mastoïde. Il sortit du pus caséeux, mais l'amélioration ne fut pas bien sensible et bientôt se déclarèrent des frissons, de la somnolence, des irrégularités du pouls. Au trentième jour, Macewen vit l'enfant très déprimé, atteint de parésie faciale et de ptosis. Le trépan fut appliqué à un pouce au-dessus et à un demi-pouce en arrière du conduit auditif : sous la dure-mère incisée apparut la pie-mère très injectée et, enfin, une ponction faite dans la direction du rocher fit trouver le foyer. Le bistouri donna issue à du pus fétide et à des morceaux de cerveau nécrosé. Une contre-ouverture fut pratiquée à la base, immédiatement au-dessus du cercle tympanique. Ainsi fut établi un double drainage. D'abord très abattu, l'opéré allait bien au bout de huit jours. Au bout de six semaines, il sortait guéri.

Que l'on ne croie pas être là en face d'une rare exception. En 1887, au Congrès de l'Association médicale britannique, Pratt disait avoir sauvé par le trépan six opérés sur huit. Plus heureux encore, Wheeler a vu se rétablir quatorze de ses seize opérés.

Des guérisons tout aussi remarquables existent pour les abcès d'origine traumatique. Sans doute, si l'écorce motrice est détruite, on ne guérit pas la paralysie, mais on pare aux accidents graves, voire mortels. On voit cesser des attaques épileptiformes qui jusque-là se répétaient de plus en plus fréquentes et intenses. On fait disparaître une somnolence inquiétante, ou même un coma qui, brusque ou, au contraire, progressif, menaçait la vie à bref délai.

Le succès n'est pourtant pas constant, en dehors même des cas où le trocart n'arrive pas à faire découvrir un foyer qui, cependant, existe et cause plus ou moins vite la mort; en dehors aussi de ceux où l'opéré succombe avant la cicatrisation de la plaie, soit à une méningo-encéphalite, soit à l'évolution non enrayée de l'abcès. Dans le cerveau, en effet, il reste une lésion destructrice, une cicatrice plus ou moins étendue et plus ou moins profonde. Or, cela peut entraver le fonctionnement de l'encéphale. Aussi le trépané, amélioré d'abord par l'opération, guéri même en apparence, pendant plus ou moins longtemps, est-il parfois repris d'accidents épileptiformes plus ou moins tôt mortels. A ce propos, nous résumerons une observation assez nette de Gussenbauer.

Un homme, assez bien remis d'un coup de revolver au front, fut trépané sur la cicatrice, au bout de quelques semaines, pour des phénomènes faisant soupçonner un abcès. L'abcès fut trouvé, incisé, drainé, et le sujet guérit. Mais au bout de six mois revinrent la céphalalgie fixe, le nystagmus, les accès épileptiformes limités au facial et au membre supérieur droit. Ils se renouvelèrent, à intervalles variables, et finalement le malade mourut. Or, l'autopsie ne révéla pas trace d'abcès dans le cerveau : la cicatrice, en apparence parfaite, avait seule causé la mort par un mécanisme encore bien obscur.

Peut-être y a-t-il à établir ici un rapprochement avec des faits communiqués, l'an dernier, par M. Pierret à la Société des sciences médicales de Lyon, sur la pathologie de certaines cicatrices cérébro-spinales. Il s'agissait là de lésions médicales, syphilitiques surtout, dont la cicatrice prolongeait pendant un temps les accidents, bien que toute trace d'irritation eût disparu, bien qu'il ne restât, en apparence, qu'une simple plaque inerte de sclérose. Il est vrai, qu'alors les symptômes étaient passagers et relativement bénins.

VI

Nous avons parlé jusqu'à présent comme si l'abcès cérébral était la seule conséquence tardive possible des blessures du crâne. Or, cela est erroné. Les complications inflammatoires ne sont même pas les seules avec lesquelles il

faille compter. Certes, les plaques de méningite sont fréquentes : mais on doit tenir compte aussi des lésions destructrices déterminées par les enfoncements osseux. De là, lorsque la zone rolandique est atteinte, des dégénérations descendantes qui deviennent peu à peu incurables. Dans une discussion récente à la Société de chirurgie, M. Quenu a soutenu que la fissure seule est à craindre, comme porte d'entrée de l'infection, pour les accidents consécutifs aux fractures du crâne. La plupart des autres orateurs l'ont accusé de faire trop bon marché des désordres matériels, produits immédiatement dans la substance cérébrale dilacérée ou contuse, qui, plus tard, devient cicatricielle; des altérations morbides qu'engendre la compression chronique par un enfoncement.

Sclérose du cerveau, cicatrice, plaque localisée de méningite non suppurée, peu importe : les accidents sont à peu près les mêmes. Ils diffèrent un peu de ce qu'ils sont dans les abcès et cela tient en partie à ce que les lésions sont ici corticales, tandis que les abcès tardifs sont la plupart du temps centraux. On ne se trouve plus en présence de ces phénomènes fébriles, dont la recrudescence va de pair avec celle des symptômes de pression intra-cranienne exagérée, tandis que, sur le tout, se greffent des accès convulsifs avec plus ou moins d'aphasie, de coma, etc. Le blessé devient plus nettement un paralytique, avec une monoplégie ou une hémiplégie, un aphasique, un imbécile, un dément, un fou, un épileptique enfin, et tous les intermédiaires existent entre les attaques convulsives les plus limitées, et l'épilepsie la plus complète. La céphalalgie est certainement moins grave; elle peut pourtant devenir sérieuse par sa continuité, par sa violence, par l'insomnie qu'elle provoque. Or, le trépan la fait souvent cesser. Il y a quelques mois, Fletcher a insisté sur le rôle des anciens traumatismes dans la genèse de l'aliénation mentale et, par huit observations, il a prouvé qu'en pareil cas, la trépanation peut être utile. N'est-ce pas d'un asile d'aliénés qu'est sortie récemment l'étude si complète consacrée par Rolland à l'épilepsie jacksonnienne? Et les observations déjà anciennes d'Echeverria (pour ne pas remonter au siècle dernier), celles plus actuelles de Horsley, de Garmody, de M. Lucas-Championnière, de MM. Reclus et Féré ne prouvent-elles point, par des cures remarquables, que le chirurgien n'a plus le droit de laisser sans secours, dans les asiles, ces infirmes pendant bien longtemps réputés incurables?

Le trépan, souvent alors guidé par les localisations cérébrales, ailleurs par un phénomène extérieur tangible ou par une douleur fixe, mettra donc à nu une lésion très variable. Le raisonnement conçoit que l'on puisse réussir lorsqu'on est conduit sur un kyste sanguin ou séreux, ou sur un enfoncement de la table interne. Mais il se demande, sans doute, à quoi peut servir d'inciser une cicatrice qu'une autre remplacera; de curer une plaque bien localisée de méningo-encéphalite qui ne tend pas à s'accroître, qui ne s'accompagne pas d'irritation périphérique. Les faits sont là, devant lesquels le raisonnement doit s'incliner. M. Demons (de Bordeaux) a fort bien réussi en enlevant, à la curette, une plaque superficielle de méningo-encéphalite. En extirpant une cicatrice, Horsley n'a pas amélioré la parésie existante, mais il a fait cesser des attaques épileptiformes qui se répétaient auparavant avec une fréquence invraisemblable.

Certes, on n'est pas encore bien fixé sur la manière dont on agit en pareille circonstance, et certains cas plus remarquables encore font que l'on ne saurait actuellement tout expliquer. Sous la rondelle osseuse, Algeri vit une méningite limitée qui, peu à peu, disparut par la simple exposition à l'air : folie, impulsion criminelle, convulsions épileptoïdes, tout cessa. Ne lit-on pas, dans les recueils anciens, dans le mémoire de Quesnay en particulier, plusieurs observations où il a suffi d'inciser en croix le cuir chevelu jusqu'à l'os, sur un point douloureux, pour guérir une céphalalgie jusque-là rebelle et même des crises épileptiformes? Il faut reconnaître, il est vrai, que, dans la majorité des cas, ces opérations incomplètes restent inefficaces : de nos jours, l'incision des méninges aggrave assez peu l'intervention pour que l'on ait le droit, et même le devoir, d'examiner avec soin le cerveau lorsque des accidents consécutifs à un traumatisme ont fait entreprendre la trépanation.

VII

Tels sont les faits sur lesquels on est à peu près d'accord aujourd'hui. La discussion est encore pendante pour les lésions néoplasiques, c'est-à-dire pour les dépôts tuberculeux et pour les tumeurs proprement dites des méninges et du cerveau. Des chirurgiens tels que Bergmann, qu'on ne saurait taxer de timidité, ne sont guère enthousiastes de la trépanation pour de semblables lésions. Déjà nous l'avons vu pour les abcès tuberculeux. Les arguments sont les mêmes, à peu près, pour les dépôts tuberculeux non ramollis, le plus souvent multiples. Quant aux néoplasmes, gliomes ou sarcomes, ils ne sont presque jamais diagnostiqués assez tôt pour que l'ablation puisse présenter quelque chance de succès, pour que la récidive ne soit pas à peu près fatale.

Malgré toutes ces raisons, dont on ne saurait contester la valeur extrême, Horsley ne s'est pas laissé arrêter : il a enlevé et des tubercules et des tumeurs. L'issue immédiate ne lui a pas donné tort. Nous ne pensons pas, toutefois, que l'on puisse formuler des règles précises, et nous nous bornerons à relater les quelques observations dont nous avons connaissance. A chacun de se faire une opinion.

Sur un homme de vingt ans, atteint d'épilepsie jacksonnienne, Horsley diagnostiqua une tumeur occupant le centre des mouvements du pouce. Le sujet, dont l'état mental était bon, avait une monoplégie brachiale gauche avec des spasmes continuels et une ou deux attaques épileptiformes par semaine. La trépanation permit d'enlever une tumeur tuberculeuse. Pendant trois mois, les attaques cessèrent, puis il y en eut huit pendant les trois mois suivants et, à partir de ce moment, jusqu'à dix mois après l'opération, elles ne reparurent plus. L'autre opéré pour tuberculose cérébrale, un homme de dix-huit ans, succomba en dix-neuf heures : il était atteint de tuberculose viscérale généralisée.

Les deux sujets auxquels Horsley a enlevé une tumeur du cerveau ont survécu à l'acte chirurgical et tous deux ont éprouvé, dans les phénomènes paralytiques, convulsifs ou douloureux, une amélioration notable. Mais sur l'un la récidive survenait au bout de trois mois, et l'autre n'était opéré que depuis quatre mois, lorsque Horsley publia son mémoire. A ces deux faits heureux, il faut opposer une mort opératoire par hémorrhagie, enregistrée par W.-R. Birdsall et R.-F. Weir (de New-York). Cette observation est remarquable en ce que l'hémianopsie avait fait diagnostiquer, avec exactitude, une tumeur du lobe occipital droit. Heat (de Manchester), W. Suckling sont arrivés sur des

néoplasmes dont ils n'ont pas pu dépasser les limites, et leurs opérés sont morts de shock. Les échecs de ce dernier genre se multiplieront, sans doute, si l'on multiplie les tentatives. Le diagnostic précoce des tumeurs cérébrales est bien obscur, et, à supposer qu'on l'eût posé, il faudrait encore savoir où siège la masse morbide. Or, on sait que les troubles moteurs ou sensoriels, permettant ce diagnostic, ne se produisent que rarement de bonne heure (1).

On est donc certain que la majorité des opérations seront inefficaces et même que beaucoup seront mortelles. On sera cependant en droit d'hésiter si l'avenir nous réserve la connaissance de quelques cures définitives. Une affection irrémissible autorise, en effet, à des actes d'une gravité considérable.

Le même raisonnement est applicable à l'épilepsie dite essentielle. Il y a longtemps que la chirurgie s'attaque à cette névrose terrible, si rebelle à la thérapeutique médicale. Il y a longtemps que l'on a cherché à créer, par le trépan, une issue par laquelle pussent sortir les esprits malfaisants qui habitaient, disait-on, dans le crâne du possédé. La science moderne a isolé, dans la masse des épileptiques, le groupe de l'épilepsie jacksonnienne, dont la lésion est matérielle et souvent accessible. Restent donc les cas, trop nombreux encore, d'épilepsie essentielle, c'est-à-dire de cause inconnue. Pour ceux-là aussi, quelques tentatives ont été faites. Horsley a obtenu une amélioration après avoir incisé le cerveau dans la zone des centres moteurs. Mais M. Lucas-Championnière n'a eu que des résultats fort médiocres. On n'arrivera probablement à une solution nette que lorsqu'on aura analysé les causes de plus près, lorsque l'on aura quelques données nouvelles d'anatomie pathologique. Pour le moment, on en est encore à une période en réalité empirique. On ne sait pas trop parfois pourquoi on trépane et où il faut trépaner. Mais de ces tentatives jaillira peut-être la lumière, et en tout cas on ne saurait blâmer ceux qui, en présence d'une affection qui ne pardonne guère, se rallient à l'ancienne formule : *Melius anceps quam nullum remedium.*

On les blâmera d'autant moins que l'opération en apparence la moins bien conduite peut, sans qu'on soit capable de l'expliquer, donner un résultat surprenant. On se souvient d'une observation ancienne, dont la bizarrerie confine presque au fabuleux. Donat nous parle d'un jeune Français qui se rendit en Italie pour consulter une célébrité médicale à propos d'une épilepsie, rebelle jusque-là à tout traitement. En route, il fut assailli par des brigands et il sortit de la bagarre avec une large blessure frontale où l'os était intéressé. A partir de ce moment, la névrose fut guérie.

Il est impossible de dire si l'émotion morale n'a pas eu autant d'action que l'ouverture du crâne. La même interprétation n'est guère admissible pour un fait dû à Lamotte. Ce chirurgien avait trépané un épileptique en un point du crâne où se localisait une douleur : tant que la plaie fut ouverte, les accès cessèrent, pour reparaître lorsqu'elle fut fermée. Cela ne prouve pas, sans doute, que la compression du cerveau soit en jeu dans l'épilepsie dite essentielle. Mais il est juste de rappeler que, dans ses récentes opérations, M. Lucas-Championnière dit avoir été frappé de l'abondance avec laquelle s'écoulait le liquide céphalo-rachidien sur les épileptiques trépanés.

(1) Des tumeurs du cerveau, nous rapprocherons celles de la moelle, pour lesquelles la chirurgie est encore plus novice. Horsley et Gowers ont présenté, en janvier dernier, à la Société royale de médecine et de chirurgie de Londres, un malade chez lequel ils avaient, en juin 1887, diagnostiqué et opéré une tumeur de la moelle. La tumeur était un myxome qui, au niveau de l'apophyse épineuse de la troisième dorsale, comprimait la moitié droite de la moelle. Pendant trois semaines après l'ablation, les douleurs furent vives, puis elles diminuèrent peu à peu, ainsi que la paralysie ; au bout de sept mois, le malade marchait assez bien, malgré une certaine raideur des jambes et il ne souffrait plus.

MAL DE BRIGHT D'ORIGINE INFECTIEUSE

Par M. le docteur Fernet, médecin des hôpitaux.

La néphrite infectieuse affecte beaucoup plus souvent le type aigu que le type chronique; à ce titre, le malade que je viens d'observer présente un réel intérêt, car il était atteint d'un véritable mal de Bright, dont l'origine infectieuse me semble incontestable.

Il s'agit d'un homme de trente-sept ans, polisseur, sans antécédents héréditaires, qui fut pris, à la fin du mois d'avril dernier, d'un mal de gorge intense avec céphalalgie. Le lendemain, il avait un œdème des membres inférieurs qui se généralisa bientôt à toute la surface du corps. Cet homme étant alors à Londres, il entra à l'hôpital français, où il fut soumis au régime lacté. Il ne sait pas si l'on trouva de l'albumine dans ses urines, mais se souvient avoir eu, à diverses reprises, des épistaxis abondantes et des flux hémorrhoïdaux. Pas de desquamation.

Ce malade rentra en France et vint se faire soigner à l'hôpital Beaujon. A cette époque, il présentait tous les signes du mal de Bright confirmé. Actuellement il est presque complètement rétabli, et voici ce qu'il nous a appris : à Londres, il travaillait depuis cinq ans dans une fabrique de cols américains; il enduisait ces cols avec une pâte molle, de composition inconnue, et était obligé d'avoir les mains toujours mouillées. Quatorze ouvriers étaient employés dans la même fabrique, deux tombèrent malades presque en même temps que lui; ils furent atteints presque simultanément d'angine et d'anasarque. Un d'entre eux est mort à Londres. Ces faits nous paraissent suffisants pour établir l'origine infectieuse de cette maladie. De quelle nature était cette infection? C'est ce qu'il nous est impossible de savoir, le malade n'étant venu en France qu'à une époque éloignée du début des accidents. Y a-t-il eu transmission d'un germe infectieux d'un sujet à l'autre, ou bien la même cause a-t-elle frappé en même temps ces trois individus? Il est bien difficile de répondre à cette question, cependant la seconde hypothèse semble la plus vraisemblable.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 août 1888. — Présidence de M. Hérard.

CORRESPONDANCE

Action des médicaments à distance. — M. LABORDE écrit une lettre dans laquelle il dit que c'est aujourd'hui un véritable axiome expérimental que toute substance toxique ou médicamenteuse n'exerce son action, sur l'organisme vivant, qu'à la condition expresse, *sine qua non*, d'arriver au contact des éléments anatomiques. Que ce contact soit plus ou moins passager, superficiel, ou qu'il soit durable, profond, peu importe, il n'en est pas moins constant et nécessaire.

Seul, en effet, l'état volatil et l'absorption par la voie respiratoire ou pulmonaire qu'il implique, seraient applicables aux conditions de la prétendue action à distance, mais il n'en faudrait pas moins, en ce cas, la condition expresse du contact organique, et alors on se trouverait nécessairement en présence des manifestations fonctionnelles caractéristiques de l'action physiologique de la substance, c'est-à-dire d'un ensemble de symptômes toujours les mêmes pour la même substance.

Il y a donc contradiction préjudicielle entre la notion fondamentale relative au mode d'action physiologique des substances toxiques et médicamenteuses et la doctrine de leur prétendue action à distance.

RAPPORT

Addition de conseils hygiéniques aux livrets de famille. — M. DE VILLIERS propose à l'Académie de répondre à M. le ministre du commerce et de l'industrie :

1° Que si l'idée de M. le docteur Haro d'ajouter au livret de famille des conseils hygiéniques, pour l'élevage des enfants du premier âge, est bonne, elle n'est pas nouvelle, car elle a été mise en pratique par d'autres mairies que celle de Montpellier; mais que ces conseils devraient être conformes à ceux que l'Académie a adoptés et qui sont en usage presque partout;

2° Qu'il serait utile que ces conseils fussent imprimés sur les livrets de famille, en y ajoutant les principaux articles de loi sur la protection de l'enfance;

3° Que cette mesure devrait être adoptée d'une manière générale et uniforme;

4° Que nous considérons comme hors de propos la publication, dans le livret de famille, des conseils hygiéniques aux femmes enceintes et accouchées.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DES ANÉVRYSMES

M. G. SÉE a été frappé d'un fait, surtout depuis la découverte du bacille de Koch, c'est que les anévrysmatiques deviennent très souvent tuberculeux, et meurent d'une phthisie caverneuse, lente et sans fièvre.

Cette relation avait été consignée par Stokes; on en trouve de nombreux exemples dans les bulletins de la Société anatomique. Les observations recueillies dans ces dernières années, ayant reçu la consécration microbiologique, méritent une attention spéciale; il en a recueilli 7 sur 24 cas d'anévrysmes.

Il ne s'agit pas là d'une simple coïncidence, d'un effet fortuit. L'étiologie du tubercule se révèle là sous un jour nouveau.

Il est démontré aujourd'hui que le sang des cardiaques n'est nullement incompatible avec le sang des tuberculeux, qui, d'ailleurs, est normal. Les cardiaques ne sont pas préservés de la phthisie. M. C. Paul a démontré la fréquence de la phthisie dans les rétrécissements de l'artère pulmonaire. Voilà maintenant l'anévrysme aortique qui se trouve constituer un des agents manifestes de développement du microbe. Dans l'anévrysme, la circulation est parfaitement troublée et il en résulte des conditions nouvelles : stagnation du sang veineux, des échanges gazeux, moins actifs entre les gaz du sang et ceux de l'atmosphère. C'est dans ce milieu gazeux intérieur, incomplètement renouvelé, que le bacille paraît se multiplier quand il pénètre dans l'organisme par la voie broncho-pulmonaire. Il se produit alors, dans toute l'étendue du poumon, ce qui existe normalement aux sommets. On peut résumer ainsi la question : trop d'oxygène nuit aux bacilles; peu d'oxygène favorise leur développement. On peut expliquer de cette façon la multiplication du bacille, mais il reste à savoir pourquoi le bacille pénètre dans les poumons des anévrysmatiques de tout âge.

Dans ces derniers temps on a trouvé que les endocardites ulcéreuses ou même végétantes sont toutes d'origine microbique et résultent de l'action du staphilococcus, plus rarement du streptocoque, et plus exceptionnellement encore du bacille tuberculeux. L'analogie entre l'endocarde et l'endartère permet de croire à l'existence d'endo-artérites microbiques. Peut-être les lésions ulcéreuses qui frappent les membranes interne et moyenne des artères devenues anévrysmatiques sont-elles l'effet du bacille? C'est une question qu'il pose. Si elle est résolue affirmativement, on s'expliquera aisément comment le bacille naît dans la paroi de l'anévrysme, se propage au poumon et s'y multiplie. Quelle que soit la solution du problème, nous avons toutes sortes de motifs pour condamner les opérations téméraires qu'on pratique sur les tumeurs anévrysmales de l'aorte, et les révulsions qu'on pratique contre toutes les règles de la pathogénie moderne sur les tubercules en masse ou disséminés. C'est la médication iodurée qui, seule, peut opérer quelque changement dans la marche de l'anévrysme.

Anévrysmes et iodures. — Après avoir démontré l'existence des anévrysmes avec bacillose, M. G. Sée étudie la marche des anévrysmes simples, pour mieux comprendre l'effet des diverses méthodes de traitement interne. Les traitements externes sont définitivement jugés; la devise d'aujourd'hui est : plus de *filipuncture* ni d'*électropuncture*. M. Verneuil a démontré l'incohérence et le danger de la première; M. Dujardin-Beaumetz l'inutilité de la seconde. M. G. Sée, après avoir prouvé l'efficacité de l'iodure dans le traitement des anévrysmes de l'aorte, résume ainsi son action physiologique et thérapeutique.

L'iodure a une action certaine : 1° sur les dyspnées d'origine sécrétoire en liquéfiant le produit du catarrhe; 2° sur les troubles de la circulation intra-pulmonaire, en hyperhémiant l'organe de manière à supprimer les stases du sang veineux; 3° sur le volume de la tumeur, en rétractant la paroi adventive et les tissus qui l'entourent; 4° en réduisant la tumeur, l'iodure supprime les compressions, à savoir : celle des nerfs thoraco-brachiaux et, par conséquent, les douleurs si vives péri-anévrysmales; d'une autre part, la compression du nerf récurrent; par conséquent la paralysie de la corde vocale, la dyspnée laryngienne et l'aphonie.

Mode d'administration. — M. G. Sée prescrit ordinairement 2 grammes d'iodure par jour; il est important, dit-il, de prendre le médicament au commencement des repas (non pas avant), en répartissant la dose sur les trois repas. Le mode de prescription doit varier; il commence par cette formule :

Sirop d'écorce d'orange	300 grammes.
Sirop diacode.	200 —
Iodure de potassium.	50 —

Une cuillerée à café ou à dessert trois fois par jour, ce qui fait un gramme et demi à deux grammes et demi.

Mais la plupart des malades renoncent au sirop, et prennent le médicament avec l'eau. Contre l'anorexie, les accidents d'iodisme gastrique et les méfaits du sel de potasse sur le cœur, M. Sée ne voit d'autre ressource que de substituer l'iodure de sodium à l'iodure de potassium.

L'*analgésine* doit compléter la médication iodurée ainsi comprise. Administrée en injections ou à l'intérieur, elle a, chez douze malades observés par M. Sée, calmé les douleurs sus et sous-claviculaires ordinairement si persistantes, atténué ou même chassé les douleurs rétro-sternales cardiaques ou à type d'angor pectoris.

Enfin, pour soutenir et tonifier le myocarde généralement hypertrophié, il faut, dans le cas d'anévrysme aortique, rejeter l'emploi de la caféine, de la digitale, et préférer à ces médicaments le sulfate de spartéine.

COMMUNICATION

La rougeole dans les salles d'asile et crèches. — M. OLLIVIER. Les enfants prennent souvent la rougeole, mais la gravité de la maladie est bien différente suivant l'âge : au-dessus de cinq ans la mort est rare, au-dessous de cet âge elle est fréquente. D'autre part, la mortalité de la rougeole est en progression croissante à Paris, et c'est la première enfance qui fournit cet excédent.

Depuis quelques années les salles d'asile se sont multipliées, et c'est dans ce milieu que sévit surtout la rougeole et qu'il faut la combattre.

Il y a trente ans, on croyait que la période de contagion allait du début de l'éruption à la fin de la desquamation. Aujourd'hui, on sait que le maximum d'activité du contage correspond à la période d'invasion.

La période d'invasion dure quatre à cinq jours. Si on éloignait l'enfant dès le premier jour, les chances de contagion diminueraient. Lorsqu'un enfant a de la fièvre, les yeux un peu larmoyants, qu'il tousse, s'il n'a pas la rougeole, il peut l'avoir. Par

conséquent, il faut l'isoler dès ce moment, d'autant que, en cas d'erreur de diagnostic, cet isolement ne saurait lui être nuisible.

LECTURE

Traitement de la pneumonie par la digitale à hautes doses. — M. PÉTRESCO a eu l'occasion d'observer, pendant ces derniers temps, un nombre considérable de pneumonies franches qu'il a traitées avec un succès complet, par l'administration de 4 grammes de feuilles de digitale en infusion. Déjà, depuis 1883, il n'emploie plus contre la pneumonie que l'infusion préparée de 4 grammes de feuilles de digitale pour 200 grammes d'eau et 40 grammes de sirop simple; à prendre chaque demi-heure par cuillerée à bouche.

En général la maladie est jugulée en trois jours. La fièvre et tous les phénomènes physiques, tant locaux que généraux, ont disparu comme par enchantement. Avec ce mode de traitement, la mortalité de la pneumonie a été réduite à 1,22 p. 100, tandis que toutes les statistiques donnent une mortalité de 7,15 et même 30 p. 100.

M. Pétresco a fait une étude comparative entre le traitement par la digitale et le traitement expectatif ou par l'alcool à hautes doses. Dans ce dernier cas, la pneumonie n'était en rien modifiée dans sa marche.

Dans les pneumonies compliquées, il n'a pas obtenu des résultats aussi complets. Le chlorhydrate de caféine et l'extrait de convallaria maïalis, administrés à la dose de 2 grammes pendant quinze jours, lui ont donné de meilleurs résultats.

Malgré ces hautes doses de digitale, il n'a jamais rencontré d'effets toxiques. Cette tolérance, cette non-toxicité sont prouvées d'une manière incontestable, par 577 observations publiées dans son traité de thérapeutique.

Ce travail est renvoyé à l'examen de M. Dujardin-Beaumetz.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 11 août 1888, ont été nommés dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. les médecins auxiliaires, docteurs en médecine Grall, Carrière, Dodart.

— Par décret, en date du 13 août 1888, ont été promus dans le corps de santé militaire et ont reçu, par décision du même jour, les affectations ci-après indiquées, savoir :

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — M. le médecin-major de première classe Dumayne, en remplacement de M. Blin, retraité; désigné pour l'hôpital militaire de Bordeaux.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Rullier, en remplacement de M. Aubert, mis en non-activité pour infirmités temporaires; désigné pour le 25e d'infanterie; — Chupin, en remplacement de M. Charton, mis en non-activité pour infirmités temporaires; désigné pour le 130e d'infanterie; — Malinas, en remplacement de M. Planque, mis en non-activité pour infirmités temporaires; maintenu aux hôpitaux de la brigade d'occupation de Tunisie; — Maria, en remplacement de M. Raimond, décédé; désigné pour le 42e d'infanterie; — Romain, en remplacement de M. Dumayne, promu; désigné pour le 139e d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Roux, en remplacement de M. Bedel, mis en non-activité pour infirmités temporaires; désigné pour le 1er régiment étranger; — Ducros, en remplacement de M. Tournier, mis en non-activité pour infirmités temporaires; désigné pour le 88e d'infanterie; — de Voisins, en remplacement de M. Rullier, promu; désigné pour le 17e d'infanterie; — Guérard, en remplacement de M. Chupin, promu; désigné pour les hôpitaux de la brigade d'occupation de Tunisie; — Goumy, en remplacement de M. Malinas, promu; désigné pour le 70e d'infanterie; — Évesque, en remplacement de M. Maria, promu; désigné pour le 1er d'infanterie; — Spite, en remplacement de M. Romain, promu; désigné pour le 2e tirailleurs algériens.

— Par décision ministérielle, en date du 10 août 1888, les officiers du corps de santé militaire dont les noms suivent ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir :

Médecins-majors de première classe. — MM. Régnier, pour l'hôpital de Nancy; — Guillemin, pour les fonctions de médecin-chef des salles militaires de l'hospice de Lunéville; — Delmas, pour les fonctions de médecin-chef de l'hôpital de La Rochelle; — Cortial, pour le 86e d'infanterie; — Mareschal, pour le 2e d'artillerie pontonniers; — Donion, pour le 22e d'infanterie.

Médecins-majors de première classe. — MM. Laval, pour le 99e d'infanterie; — Boutié, pour le 10e dragons; — Choné, pour le 7e dragons; — Tournade, pour le 2e cuirassiers; — Lèques, pour le 13e bataillon d'artillerie de forteresse; — Cliquet, pour le 132e d'infanterie; — Lazare, pour le 3e chasseurs d'Afrique; — Jacquey, pour le 11e chasseurs à cheval; — Godin, pour le 12e bataillon de chasseurs à pied; — Oriou, pour le 17e chasseurs à cheval.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Monnot, pour le 102e d'infanterie; — Dève, pour le 3e bataillon de chasseurs à pied; — Ohier, pour le 3e régiment du génie; — Camentron, pour le 18e d'artillerie; — Brissé Saint-Macary, pour le 71e d'infanterie.

Médecins aides-majors de deuxième classe. — MM. Ruotte, pour le 146e d'infanterie; — Licht, pour le 2e chasseurs d'Afrique; — Manon, pour le 114e d'infanterie; — Goulon, pour le 8e chasseurs à cheval.

— Par arrêté ministériel pris en conformité de l'article 10 du décret du 31 juillet 1888, la composition du comité technique de santé militaire est fixée comme suit :

Membres actuellement en fonctions. — M. le médecin inspecteur général Didiot, président.

MM. les médecins inspecteurs Colin, directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris; Baudouin, Gaujot, directeur de l'école d'application de médecine et de pharmacie militaires.

M. le pharmacien inspecteur Schmitt.

Membres nouveaux. — MM. le général de brigade Correnson, directeur du génie à Paris; l'intendant militaire Raizon, directeur du service administratif des troupes stationnées dans le gouvernement militaire de Paris.

MM. les médecins principaux de première classe Kelsch, professeur à l'école d'application de médecine et de pharmacie militaires; Nogier, médecin-chef de l'hôpital militaire de Versailles.

M. le médecin principal de première classe Chambé, secrétaire, avec voix consultative.

— Sont chargés de cours complémentaires, pendant l'année scolaire 1888-1889, près les Facultés de médecine ci-après désignées, les agrégés dont les noms suivent :

Faculté de Bordeaux. — Chimie : M. Carles; accouchements : M. Lefour.

Faculté de Lille. — Accouchements : M. Demon; clinique ophthalmologique : M. de Lapersonne.

Faculté de Lyon. — Accouchements : M. Poullet; botanique : M. Beauvisage.

Faculté de Nancy. — Clinique des maladies syphilitiques et cutanées : M. Schmitt; clinique des maladies des enfants : M. Simon; accouchements : M. Remy.

Faculté de Montpellier. — Accouchements : M. Gerbaud.

— Sont chargés de cours complémentaires pendant l'année scolaire 1888-1889, dans les écoles supérieures de pharmacie ci-après désignées :

Paris. — Chimie analytique : M. Villiers-Moriamé, agrégé.

Montpellier. — Hydrologie et minéralogie : M. Massol, agrégé; matière médicale : M. Courchet, agrégé.

Nancy. — Zoologie : M. Thouvenin, pourvu du diplôme supérieur de pharmacien de première classe.

— Le jury du concours institué entre les internes en médecine des asiles publics d'aliénés du département de la Seine et ceux des hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière, pour l'obtention d'une bourse de 2000 francs, se composera de MM. les docteurs Bourneville, Charpentier, Dagonet, Ferrand, Prengrueber, Auguste Voisin et de M. Marandon (de Montzel).

— Par suite du décès de M. le docteur Fieuzal, la clinique ophthalmologique des Quinze-Vingts, dont il était titulaire, sera dédoublée et comprendra désormais deux médecins titulaires : MM. les docteurs Abadie et Trousseau, et deux médecins suppléants : MM. les docteurs Valude et Chevallereau.

— M. le docteur Arnaud est nommé médecin honoraire du bureau de bienfaisance du XVIIe arrondissement de Paris.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Tourdes, doyen, est nommé, à partir du 1er novembre 1888, doyen honoraire.

Sont maintenus, pour un an, à partir du 1er août 1888, dans leurs fonctions : MM. Étienne et Vautrin, chefs de clinique chirurgicale; Schuhl, chef de clinique obstétricale.

— *École de médecine de Limoges.* — M. le docteur Boudet, ancien suppléant, est nommé professeur d'histoire naturelle.

Pour prendre rang du 1er novembre 1888.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. JACCOUD.

Du rhumatisme articulaire aigu, maladie générale infectieuse.

Le rhumatisme articulaire aigu, à caractère viscéral d'emblée, présente un certain nombre de caractères absolument constants, qui le différencient du rhumatisme vulgaire et qui sont : une hyperthermie continue sans aucune rémission, sauf celles qui pourraient être provoquées par la thérapeutique; la simultanéité des phénomènes viscéraux et articulaires; la longue durée des accidents; la disparition facile des phénomènes articulaires, remplacée par une compensation fâcheuse du côté des fluxions viscérales, Voici pour les caractères absolument constants.

J'ajoute qu'il n'est pas rare, au début, c'est-à-dire dans les deux premiers jours et quelquefois même la veille de ce début, de voir se produire des épistaxis, lesquelles ne se rencontrent jamais dans le rhumatisme vulgaire; enfin, il n'est pas rare non plus de voir apparaître la diarrhée à ces mêmes dates. Ces dernières (épistaxis et diarrhée) ne sont pas des phénomènes constants, mais assez fréquents.

Le caractère viscéral, au lieu d'être d'emblée, peut n'être que secondaire. Dans ce cas, il existe un certain délai dans l'apparition des phénomènes du côté des viscères, mais quand ceux-ci sont réalisés, ce sont les mêmes conditions cliniques que dans l'autre cas, il n'y a, en réalité, qu'un simple retard et c'est tout. J'ajoute, toutefois, que le pronostic et la durée dans la forme secondaire sont moins graves que dans la forme primitive.

Bref, il résulte de tout ceci que, quand le caractère viscéral est constitué, la maladie, qu'elle soit primitive ou secondaire, est identique, comme marche, comme symptomatologie et comme traitement, mais elle ne l'est pas au point de vue nosologique. En effet, si la forme viscérale est secondaire, on peut contester que la diffusion du rhumatisme soit inhérente à la nature même de la maladie et dire alors, par exemple, que, si le cœur est pris, c'est en raison de la vieille loi hippocratique; si le poumon ou la plèvre sont atteints, c'est en vertu des relations entre le cœur et le poumon, etc., etc.

Quand les accidents viscéraux sont primitifs ou simultanés aux accidents articulaires, la diffusion n'est pas contingente ni fortuite, mais inhérente à l'essence même de la maladie.

Bref, ma conclusion est, que le rhumatisme articulaire aigu est une maladie générale, malgré sa limitation fréquente aux jointures.

J'ajouterai que, sans parler de la démonstration qui nous en est fournie par la simultanéité des deux groupes d'accidents, cette conclusion se trouve parfaitement justifiée en clinique par l'aspect, par l'état d'ensemble des malades.

Cela dit, la connaissance des cas de ce genre m'amène à une autre conclusion encore qui, de prime abord, pourra vous surprendre peut-être, mais qui a la valeur d'une présomption très rationnelle. Ainsi, que l'on place sous vos yeux une courbe de température remarquable par son élévation, l'absence de rémission et sa longue durée, vous vous trouverez forcés de reconnaître que cette courbe appartient à une maladie de nature infectieuse, car il n'y a qu'une de ces affections qui puisse présenter une pareille courbe. Aussi je n'hésite pas à dire que le rhumatisme articulaire aigu est non seulement une maladie générale, mais aussi une maladie infectieuse.

En effet, j'ai, en ce moment, deux malades, atteints tous deux, mais à des degrés différents, de rhumatisme articulaire aigu; chez tous deux, la courbe est régulièrement élevée, bien qu'avec une différence d'un degré de l'un à l'autre, mais, chez tous les deux, sans rémission aucune de la température, malgré le traitement antipyrétique qui leur a été fait. Bien plus, par une singulière coïncidence, hier soir même, à la suite de l'administration à tous deux de 1gr,50 de sulfate de quinine, la courbe, loin de s'abaisser, a subi, au contraire, chez ces deux malades, une nouvelle ascension.

J'ajouterai encore, d'autre part, que, dans ces formes du rhumatisme, l'aspect des malades est si grave qu'il donne également l'idée d'un état infectieux, tant l'organisme est sidéré.

En somme donc, le tracé de la fièvre et l'évolution clinique justifient, pour qui connaît bien la forme viscérale d'emblée du rhumatisme, la conclusion que j'énonçais tout à l'heure, à savoir que le rhumatisme articulaire aigu est une maladie générale infectieuse.

On a voulu discuter de la dualité du rhumatisme comme pour la pneumonie et l'érysipèle, le divisant selon les cas en maladie infectieuse et en non infectieuse. Cette dualité

n'existe pas, et l'on ne saurait admettre deux sortes de rhumatisme selon la légèreté ou la gravité de la maladie, et de même que la pneumonie, l'érysipèle, les oreillons, le rhumatisme articulaire aigu, léger, moyen ou grave, est toujours de nature infectieuse.

Avons-nous la preuve microbienne de cette conclusion? Non, pas encore, du moins d'une façon certaine, mais ce que nous avons, ce sont déjà quelques jalons, qui nous permettent de penser qu'à un moment plus ou moins prochain, cette preuve nous sera donnée. Voici où en est l'état de la question et les faits sur lesquels nous nous basons.

1° Dans le traité de Cornil et Babez, nous trouvons deux observations : dans la première, il s'agit d'un rhumatisme articulaire aigu auquel le malade succomba, non pas dans la période aiguë, mais un peu plus tard. A l'autopsie, on trouva des altérations des cartilages du genou droit, sans le moindre pus, mais avec deux sortes de microbes, les uns bacillaires, allongés; les autres représentés par des microcoques, arrondis, ovoïdes, réunis en amas.

Dans la seconde, intéressante à un autre point de vue, on ne trouva aucun microbe dans les jointures, mais bien des microcoques dans les reins, c'est-à-dire une néphrite bactérienne. Cependant, je ne saurais la rapporter au rhumatisme, le malade ayant eu antérieurement des accidents d'anasarque et, ultérieurement à son rhumatisme, une pneumonie à laquelle il succomba.

2° Wilson a fait connaître aussi deux cas suivis de mort, l'un en 1885 de péricardite, l'autre en 1886 de péricardite et de pneumonie. Chez l'un dans le péricarde, chez l'autre dans le péricarde et dans le poumon, l'auteur a trouvé des microbes bacillaires qu'il a pu cultiver. Malheureusement il a négligé d'examiner les jointures.

3° En 1886, Guttmann a rapporté l'observation d'un jeune homme mort d'un rhumatisme compliqué de péricardite avec épanchement purulent dans le péricarde. A l'autopsie on n'a pas trouvé de pus dans les jointures, mais un exsudat séro-fibrineux, plus des abcès multiples dans les reins et dans certains muscles. Ces suppurations diffuses jettent un peu de doute sur le fait de savoir s'il s'agissait bien d'un rhumatisme articulaire aigu. Guttmann a fait des cultures avec l'exsudat du genou, avec le pus du péricarde et celui des reins, et a récolté dans chacune d'elles de belles colonies du *staphylococcus aureus* de la suppuration, voire même dans l'exsudat séro-fibrineux du genou, bien que cette articulation ne présentât aucune trace de pus.

4° Viennent maintenant trois observations de Pétrone qui, en somme, sont encore ce que nous trouvons de plus positif. Elles concernent des cas de rhumatisme articulaire aigu, simple, sans complications et sans terminaison fatale. Or, le liquide provenant du genou étudié a donné, dans les trois cas, des microbes arrondis, quelquefois un peu ovoïdes, semblables à ceux que Klebs a décrits dans l'endocardite rhumatismale.

Tels sont les faits qui, jusqu'à ce jour, peuvent servir de jalons pour la preuve microbienne du rhumatisme articulaire aigu.

Je ne puis m'empêcher, avant de terminer, de citer aussi, à l'appui de ma conclusion, les deux cas suivants que je considère comme un argument d'un autre ordre, il est vrai, mais qui n'en a pas moins une haute valeur en faveur de la nature infectieuse de la maladie. Ces deux cas sont uniques dans la science et remontent, l'un à 1882, l'autre à 1886.

Le premier est dû à M. Pollack, c'est celui d'une femme accouchée, alors qu'elle était sous le coup d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu simple. L'enfant vient bien et à terme. On l'examine douze heures après sa naissance et on lui trouve de la fièvre (fréquence extrême du pouls et 40 degrés), de la rougeur et du gonflement de plusieurs articulations; quatre fois par jour, on lui donne 0gr,20 de salicylate de soude et en huit ou dix jours il est guéri. Il tenait son rhumatisme de sa mère.

Le second fait (1886) appartient à Schœfer, il est absolument analogue. Il s'agit d'une femme de trente-cinq ans, arrivée au terme de sa grossesse et prise de rhumatisme articulaire aigu le 1er mai; elle accouche le 5, à terme, d'un enfant bien portant et qui reste tel jusqu'au 8. Ce jour-là fièvre, rougeur et gonflement sur le dos du pied; le 9, mêmes phénomènes au niveau de la hanche et du genou; le 10, généralisation du rhumatisme.

La forme fut tenace chez la mère et l'enfant, car malgré le traitement mis en usage, l'enfant ne guérit qu'à la fin de mai et la femme dans la première semaine du mois de juin.

Il y a donc eu là encore transmission intra-utérine, et je conclus mieux encore de ces deux faits que le rhumatisme articulaire aigu, grave, léger ou de moyenne intensité, est une maladie générale et infectieuse.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. PÉAN.

Du morcellement appliqué à l'ablation des tumeurs (1).

(Leçons recueillies par M. LAPERVENCHE, interne des hôpitaux.)

IX

OBS. VIII. — F..., âgé de vingt-trois ans, couvreur, entre le 13 janvier 1886, au n° 75 de la salle Cloquet. Rien dans ses antécédents héréditaires. Il avait toujours joui d'une bonne santé, lorsqu'en 1883, faisant la campagne de Tunisie, il remarqua sur la partie antéro-latérale droite du cou une petite saillie qui s'accrut progressivement. En novembre 1885, celle-ci doubla subitement de volume. A partir de ce moment, elle causa une dyspnée très marquée, surtout après un exercice un peu violent, et de la gêne dans la déglutition. Le malade ayant été atteint d'une angine simple au mois de décembre, les accès de suffocation devinrent plus intenses, plus fréquents et les nuits se passèrent sans sommeil.

A son entrée, nous constatons, au niveau du cou, à la partie antérieure et un peu latérale droite, une déformation notable due à la présence d'une tumeur qui siège dans le lobe droit du corps thyroïde. Cette tumeur suit les mouvements d'ascension du larynx au moment de la déglutition. En arrière, elle se prolonge sous le bord antérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien qu'elle soulève et refoule au dehors; en bas, elle descend jusqu'à la clavicule. Le palper montre qu'elle est solide, lisse, homogène, régulière, qu'elle n'adhère pas à la peau, qui a conservé sa coloration normale, mais à la trachée, au larynx et aux organes placés sur les parties latérales. L'état général est satisfaisant, l'intelligence est développée.

23 janvier 1886. Anesthésie par le chloroforme. Lavage antiseptique de la peau. Le malade est couché sur notre lit d'opération, le cou faisant saillie en avant par suite du soulèvement des épaules au moyen d'alèzes roulées. Nous incisons la ligne médiane du bord inférieur du cartilage thyroïde à la fourchette du sternum. La peau, le tissu cellulaire et l'aponévrose sont sectionnés; les muscles sterno et tyro-hyoïdiens sont séparés de la ligne blanche et rétractés à droite et à gauche. Les vaisseaux divisés

(1) Suite. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 751.

sont saisis avec des pinces, qui servent en même temps de rétracteurs.

Une fois la capsule mise à nu, elle est incisée; mais c'est en vain qu'au moyen du doigt ou de la spatule nous cherchons à pratiquer l'évidement intra-capsulaire, des adhérences fibreuses et de gros vaisseaux rendent cette énucléation difficile et périlleuse.

Nous procédons alors au morcellement. Saisissant dans les mors de fortes pinces dentées les parties superficielles de la tumeur, nous pouvons, grâce à la puissance de préhension, les attirer et les sectionner au-dessus des deux mors qui sont munis de dents pour que les tissus pincés ne puissent échapper. Nous enlevons ainsi, par morceaux, la plus grande partie du lobe droit hypertrophié, puis sur les parties profondes nous rencontrons un kyste contenant 60 grammes de liquide noirâtre environ. L'ablation totale est faite sans que la jugulaire interne et la carotide qui la côtoient soient lésées.

Les nombreuses pinces appliquées pendant l'opération sont enlevées une heure après; mais, comme quelques vaisseaux continuent à saigner, nous mettons pour plus de sûreté quarante ligatures de catgut. Application de sutures profondes et superficielles : quatre profondes passent immédiatement au-devant du larynx et de la trachée, elles sont en soie; douze autres, en crin de Florence, sont superficielles. Un drain est placé à la partie inférieure de la plaie. Pansement compressif à l'iodoforme et au sublimé. La tête est immobilisée et placée dans une position horizontale.

Les jours suivants, la température ne dépasse pas 38°8; il n'y a pas de suppuration et la réunion a lieu par première intention.

Le quinzième jour, la guérison est presque complète, le malade quitte le lit et se promène dans la salle.

Dans ce cas, nous n'avons enlevé que le lobe droit, le lobe gauche et la pyramide de Lalouette étant sains.

L'examen histologique fait voir que la structure du corps thyroïde est normale dans les parties les plus voisines de la trachée, que, plus en dehors, il y a des acini plus nombreux et plus serrés qu'à l'état normal, et très peu de tissu conjonctif intermédiaire. Quelques acini présentent une prolifération cellulaire active de leur épithélium. Les vaisseaux dilatés forment çà et là quelques lacs vasculaires. Il s'agit donc d'une tumeur bénigne qui ne fait pas craindre de récidive.

Obs. IX. — *Goitre kystique du corps thyroïde. Thyroïdectomie par morcellement. Guérison.* — L..., vingt-deux ans, domestique, entre le 24 avril 1886, salle Cloquet, n° 4. Une de ses tantes a été atteinte d'une tumeur thyroïdienne. Le début de l'affection remonte à l'âge de sept ans. L'accroissement a été progressif et l'a fait réformer pour le service militaire. Au repos, la tumeur n'est pas douloureuse, elle gêne seulement par son volume; mais après le moindre effort ou une marche un peu rapide, comme l'ascension d'un escalier avec un léger fardeau, elle devient le siège de battements précipités, se gonfle et gêne la respiration.

Au moment de l'entrée du malade à l'hôpital, on aperçoit, quand il a le cou découvert, une saillie volumineuse, sous-hyoïdienne, irrégulière, plus volumineuse à gauche, allongée de haut en bas, mais étendue dans le sens transversal et vertical. Quand le malade avale sa salive, on sent la masse remonter entre les doigts et suivre les mouvements du larynx, preuve qu'elle appartient au corps thyroïde. Sur la ligne médiane, existe une autre tumeur de volume moindre, mais cependant très appréciable par suite de sa situation superficielle. Le lobe droit est normal. Les deux tumeurs sont dures, non fluctuantes, indolentes, irréductibles.

1er mai. Après chloroformisation, le malade est placé dans la situation sur laquelle nous avons déjà appelé l'attention, les épaules élevées, ainsi que le cou, sur des alèzes roulées, la tête un peu basse pour que la région antérieure fasse le plus de saillie possible, ainsi que pour la trachéotomie.

Nous avons, comme instrumentation spéciale, un grand nombre de petites pinces hémostatiques, plusieurs pinces dites à langue, droites, demi-courbes, courbes, des pinces longuettes à pression de différentes longueurs, des canules et notre mandrin porte-canule pour pratiquer la trachéotomie au cas où elle serait nécessaire.

Incision sur la ligne médiane du cou, permettant de rejeter les muscles en dehors du côté gauche, de mettre la capsule à nu et de l'inciser. Le lobe médian se présente à nous le premier; il a le volume d'une mandarine; son tissu est rose et parcouru par de nombreux vaisseaux. Nous saisissons la moitié antérieure de ce lobe avec une longue et forte pince droite; nous enlevons, au moyen des ciseaux, la partie saisie, de sorte que la partie profonde se trouve dégagée; mais comme celle-ci ne sort pas et ne peut s'énucléer, nous plaçons une pince courbe au-dessous de la précédente et nous excisons une nouvelle portion de tumeur. Nous reconnaissons, à ce moment, que nous sommes près du larynx. Nous pinçons les vaisseaux saignants et nous enlevons, par râclage avec la rugine, tout ce qui recouvre la paroi antérieure de la trachée.

Nous abordons ensuite la partie gauche hypertrophiée. De ce côté, nous nous trouvons tout d'abord en présence d'un kyste volumineux, rempli de liquide noirâtre, dont les parois adhèrent aux organes avoisinants. Nous pinçons celles-ci et nous les excisons peu à peu jusqu'au moment où nous reconnaissons la veine jugulaire interne, qui est dénudée dans l'étendue de 3 centimètres.

Nous remarquons ensuite que la paroi postérieure du kyste est constituée par le tissu de la glande hypertrophiée en masse; nous la pinçons et nous la morcelons comme le lobe médian. La tumeur enlevée en totalité, nous plaçons huit ligatures en catgut et nous enlevons les quarante-cinq pinces, qui sont restées une heure en place pour assurer l'hémostasie. Un drain est placé à l'angle inférieur de la plaie et les parties profondes sont réunies. Sutures superficielles au crin de Florence. Pansement à l'iodoforme et au sublimé. Immobilisation de la tête et du cou. Décubitus horizontal.

Les suites de l'opération ont été heureuses, bien que, au huitième jour, le malade ait été pris d'un violent point de côté gauche, de frisson, de dyspnée, puis d'une pneumonie qui a évolué en sept jours. — Trois semaines après l'opération, le malade sortait complètement guéri.

Comme vous le voyez, ces observations démontrent que l'ablation par morcellement est applicable aux tumeurs les plus volumineuses, les plus vasculaires de la thyroïde et qu'elle n'expose pas aux hémorrhagies. Au cours de l'opération, tantôt nous enlevons la coque, tantôt nous la conservons (morcellement intra-capsulaire). Sans nul doute, ce mode opératoire semble moins brillant que l'énucléation, mais il diminue beaucoup le danger et la durée de l'opération en permettant d'avoir toujours sous les yeux les vaisseaux et les nerfs qu'il importe de ménager.

Les *tumeurs du larynx* peuvent être attaquées par la voie buccale ou par la voie cervicale. Le morcellement est souvent applicable aux premières; il se fait avec des instruments spéciaux, pinces, galvanocautère, ligature extemporanée, et ne convient qu'aux très petites tumeurs. La voie cervicale, au contraire, doit être réservée aux productions étendues et surtout à celles qui sont de nature maligne; aussi, pour les faire disparaître, faut-il aborder franchement ces dernières et ne pas en laisser le moindre vestige. Pour mettre le néoplasme à nu, l'incision préliminaire doit porter à la fois sur les téguments et sur le larynx qu'il faut extirper ensuite en partie ou en totalité suivant l'étendue du mal.

La plupart des chirurgiens enlèvent le larynx en totalité; ils sectionnent d'abord la trachée, relèvent ensuite le larynx

de bas en haut et ne détachent qu'à la fin seulement les bords supérieurs. Quelques-uns, au contraire, commencent par détacher le larynx du pharynx au moyen du bistouri ou du galvanocautère. Notre procédé est tout différent. Voici en quoi il consiste : Avant de faire sur la ligne médiane une incision verticale qui va de la région mentonnière à la trachée et s'arrête à 1 centimètre de la canule, nous introduisons dans la trachée la canule de Trendeleburg, afin de permettre au malade de respirer et d'empêcher le sang de pénétrer dans les voies aériennes. Dès que le bistouri a divisé le tissu cellulaire, ainsi que les couches sous-jacentes, et mis à nu la face antérieure du larynx sur la ligne médiane, nous sectionnons les cartilages thyroïde et cricoïde, nous en écartons les deux moitiés et nous explorons la cavité du larynx pour reconnaître l'étendue du mal. Nous détachons ensuite le périchondre externe, nous imprimons au cartilage un mouvement de torsion et nous l'enlevons par morcellement. Nous voyons alors la muqueuse et nous réséquons tous les tissus morbides, sans crainte de léser les vaisseaux et les nerfs importants du voisinage. Vous nous avez vu pratiquer deux fois ces sortes d'opérations au début de l'année 1886. Chez un des malades l'extirpation du larynx fut partielle, chez l'autre totale. Cette dernière a été suivie de guérison durable; dix-huit mois après, la santé était parfaite. M. le docteur Schwartz, dans la thèse d'agrégation qu'il a soutenue la même année à Paris, appelle cette méthode sous-périchondrale et l'attribue à tort à Heine (de Prague).

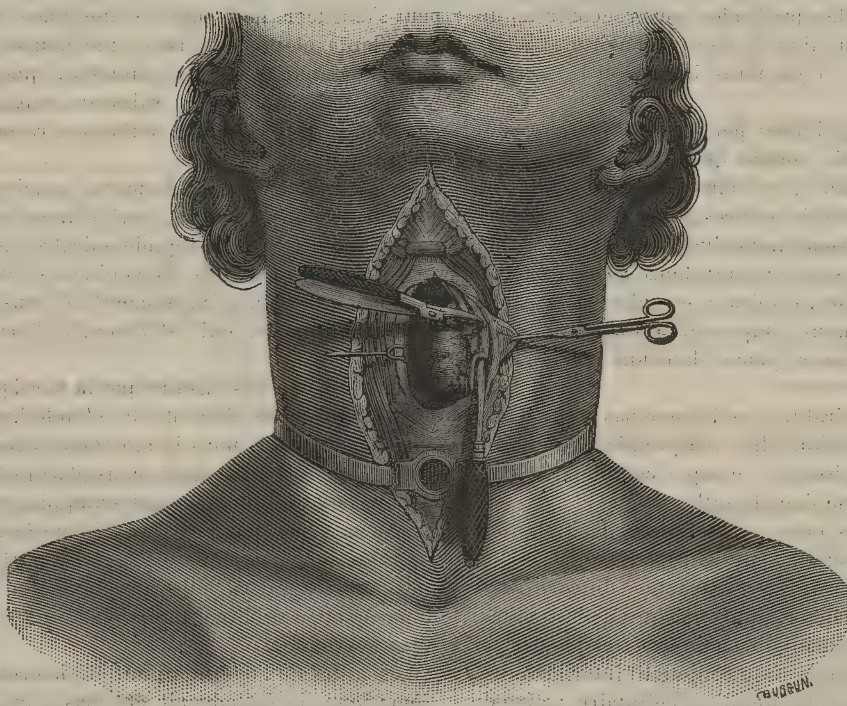


Fig. 17. — Extirpation totale par morcellement sous-périchondrique du larynx pour une tumeur épithéliale. On voit que la trachéotomie a été faite, que la peau et le larynx ont été divisés sur la ligne médiane et que les tissus malades ont été enlevés successivement au moyen du bistouri et de la pince emporte-pièce en décollant le périchondre.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 août 1888. — Présidence de M. Siredey.

COMMUNICATIONS

Origine infectieuse de certains ulcères simples de l'estomac ou du duodénum. — M. LETULLE a entrepris des recherches qui l'engagent à penser qu'un certain nombre d'ulcères simples de l'estomac ou de la partie supérieure du duodénum sont la conséquence d'une maladie infectieuse plus ou moins récente. Plusieurs observations lui permettront d'en établir la preuve clinique.

La première observation est celle d'un homme de trente-six ans, atteint depuis longtemps de dilatation d'estomac et qui présenta, quatre mois environ après la guérison d'un abcès chronique du sinus maxillaire, tous les symptômes d'un ulcère du duodénum. Le malade a eu plusieurs embarras gastriques fébriles pendant lesquels les selles ont été sanglantes ; il est aujourd'hui à peu près guéri, grâce à une hygiène alimentaire sévère. Aucune cause ne pouvant être invoquée pour expliquer le développement d'une ulcération au niveau de la muqueuse intestinale, M. Letulle ne put s'empêcher d'établir un rapprochement entre l'infection pyo-septicémique d'origine buccale et le processus ulcératif envahissant, plusieurs mois après, la muqueuse duodénale.

Deux observations de M. Brouardel fortifient cette conviction : l'une est un cas de farcin grave, avec suppurations multiples prolongées, suivi au bout de plusieurs années d'hémorrhagies gastriques redoutables; l'autre est un cas de variole cohérente, compliquée d'endartérite aortique, et suivie quatre ans plus tard d'hématémèse.

M. Letulle possède une quatrième observation recueillie dans son service, par son interne M. Vaquez; c'est un cas de dysentérie avec poussées successives, et abcès sous-cutanés multiples. Dans l'intervalle de deux poussées de dysentérie est survenu un ulcère simple de l'estomac.

Il a, enfin, une cinquième observation d'ulcère simple de l'estomac d'origine infectieuse qui lui a été communiquée par M. Aigre (de Boulogne-sur-Mer). Il s'agit, dans ce cas, d'une femme atteinte de lymphangite suppurée.

On voit que, dans ces différents cas, l'ulcère s'est développé sur des malades atteints depuis un temps variable d'une maladie infectieuse grave. Un autre caractère intéressant et commun aux cinq observations, c'est la curabilité rapide des lésions.

Certaines affections des voies respiratoires (tuberculose pulmonaire, abcès du poumon, pneumonie, pleurésie) peuvent donner naissance, soit directement, soit par le mécanisme des infections secondaires, à des manifestations gastropathiques ulcéreuses. La stomatite ulcéreuse, l'abcès des sinus maxillaires, la diphthérie, la péritonite, le typhus abdominal, la fièvre typhoïde, la fièvre intermittente peuvent être regardés comme cause de l'ulcère de l'estomac.

Certaines maladies infectieuses comme l'érysipèle, la variole, le choléra, la dysentérie, le charbon, l'état puerpéral, la lymphangite suppurée, la septicémie, la gangrène diabétique, l'impaludisme, la syphilis, la dysentérie, le farcin, ont été invoquées par les auteurs comme cause productive de l'ulcère de l'estomac.

Voilà donc bien des faits qui permettent de penser que la notion de l'origine infectieuse de l'ulcère gastrique n'est pas erronée. L'anatomie macroscopique fournit également des preuves à l'appui de cette notion. Chez un malade de M. Debove, on trouvait en même temps que l'ulcère deux abcès froids, l'un costal, l'autre ganglionnaire.

L'anatomie pathologique histologique donne aussi des arguments précieux. Tous les auteurs admettent aujourd'hui l'action pathogénique de la fièvre typhoïde dans l'ulcère de l'estomac. Dans les autres maladies infectieuses, l'ulcération de l'estomac

peut se produire, soit par l'embolie capillaire, soit par la lymphangite réticulée ou tronculaire, soit par les endartérites oblitérantes, soit même par des altérations du système veineux, comme le prouve une observation de fièvre puerpérale avec ulcérations gastriques dues à des thromboses veineuses sous-muqueuses, observation qui a été communiquée à l'Académie de médecine par MM. Cornil et Widal.

M. Letulle a obtenu, par l'expérimentation, quelques résultats intéressants. Les germes pathogènes, produisant des ulcérations, pénètrent dans la muqueuse de l'estomac non pas directement avec les aliments, mais par les voies détournées de la circulation artérielle, veineuse et lymphatique. En inoculant dans le péritoine d'un cobaye une culture du staphylocoque, il a produit une péritonite aiguë qui a donné lieu à des cultures secondaires dans les espaces lymphatiques sous-glandulaires et interglandulaires de la muqueuse gastrique : d'où stase sanguine dans les veines, et infarctus hémorrhagique. De là, une érosion et consécutivement eût apparu une ulcération si l'animal n'était pas mort.

Certaines colonies microbiennes, infiltrées dans la muqueuse de l'estomac, ont une tendance à s'éliminer à travers cette membrane et à tomber dans la cavité de l'estomac. On peut voir là une preuve du rôle dépuratif exercé par les voies digestives qui remplirait le rôle d'émonctoire non seulement pour des substances chimiques comme l'urée, mais encore pour certains germes pathogènes.

Si cette notion de l'origine infectieuse de certains ulcères de l'estomac venait à être définitivement confirmée, l'étiologie générale, encore si obscure, de l'ulcère de l'estomac serait singulièrement éclairée.

En résumé, la doctrine de la nature infectieuse de l'ulcère simple simplifie la description nosologique de la maladie, complète l'étude des lésions anatomo-pathologiques, coordonne les théories pathogéniques (embolies septiques, artérite infectieuse, ischémie, stase veineuse, gangrène, inflammation), éclaire le pronostic et la marche de l'affection.

Folliculite atrophiante épilante aiguë. — M. QUINQUAUD, parmi les nombreuses variétés d'alopécies du cuir chevelu, en a étudié une qui a des caractères bien déterminés, une marche spéciale et une thérapeutique active. Cette alopécie se caractérise par des plaques irrégulières, non exactement circulaires, lisses, à peine grenues çà et là. A de certaines périodes de l'affection, irrégulières mais fatales, se produisent des poussées; on voit apparaître dans le voisinage de certaines plaques de petits éléments, tantôt rouges, tantôt purulents, siégeant autour des follicules pileux, ne prenant jamais le caractère de pustules, ni de tubercules. Il n'y a là rien qui rappelle le sycosis.

Quand on suit l'évolution de ces petits éléments, on voit que très rapidement le follicule pileux est détruit et que l'alopécie qui en est la conséquence est définitive.

En pratiquant des biopsies, on constate que la maladie se développe dans la gaine externe du follicule, qu'elle gagne ensuite le fond, qu'elle détruit rapidement la papille sans que le poil soit atteint. Ultérieurement, les différentes couches du derme s'atrophient, et dans cette atrophie persistent encore pendant longtemps des lésions inflammatoires, des nids de cellules embryonnaires.

En faisant des cultures, M. Quinquaud a constamment trouvé un microcoque; il se présente parfois sous forme de chaînette comprenant généralement quatre monocoques. Il se développe avec une grande rapidité dans l'eau de levûre stérilisée. Si l'on vient à frotter avec une culture pure de ce microbe les régions pileuses de l'homme ou du rat, on voit se développer les petits éléments rouges caractéristiques, les poils tomber, et une alopécie définitive se constituer.

Abandonnée à elle-même, cette affection dure plusieurs années; on peut en arrêter l'évolution en faisant frictionner le cuir chevelu avec une solution composée de bi-iodure et de bichlorure de mercure.

M. BROCQ connaissait ce type d'affection du cuir chevelu et le regardait comme une variété de pelade. La communication de M. Quinquaud donne l'explication de faits qu'il n'avait pas saisis jusqu'ici.

Phénomènes d'épuisement qui suivent les accès d'épilepsie. — M. FÉRÉ rappelle qu'à la suite des accès épileptiques, on observe presque toujours un affaiblissement musculaire prédominant du côté où les spasmes ont été le plus intenses. Cet affaiblissement peut aller jusqu'à l'hémiplégie ou la paraplégie. Il atteint non seulement les muscles des membres mais aussi ceux de la langue, des yeux (strabisme, nystagmus); il y a aussi des troubles des muscles respirateurs : l'expiration est lente, saccadée. Ces troubles moteurs s'accompagnent souvent de troubles de la sensibilité générale et spéciale.

Cet épuisement nerveux a une influence sur l'action de la pilocarpine. On sait que l'injection d'une certaine dose de cette substance est suivie d'une abondante transpiration : or, si on l'injecte après les grands accès d'épilepsie, son action est plus lente à se produire, et elle est moins marquée. Cependant, comme l'épuisement nerveux peut manquer à la suite de certains paroxysmes, l'action de la pilocarpine peut par conséquent n'être pas modifiée. Il n'est donc pas possible, comme on aurait pu le penser tout d'abord, de se baser sur l'action de la pilocarpine pour porter un diagnostic rétrospectif d'épilepsie.

Contrairement à l'opinion admise généralement, M. Féré a trouvé que la pilocarpine augmentait et non pas diminuait la tension artérielle.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Souvenirs d'Algérie (1879-1885) : De Constantine à Biskra (1).

Par M. le docteur BADOUR, médecin principal.

V

A l'époque (mars 1885) où pour la seconde fois j'allais, en curieux, faire un tour au désert, on partait de Batna en voiture publique. On n'était pas trop mal, en coupé, jusqu'à El Kantarah, mi-chemin d'un trajet de 120 kilomètres, parce qu'une route unie y mène sans secousses. On partait de bonne heure et l'on arrivait tard. On employait son temps à voir, à comparer ; et la fatigue n'était pas sans quelques avantages.

Le pic de Tugurth à droite avec ses 2 000 mètres d'altitude, du haut desquels il paraît que l'œil s'étend jusqu'à l'oasis de ce nom, sur un mamelon à gauche une vieille tour de télégraphe à bras attiraient d'abord l'attention. C'était ensuite la série des pays de l'Atlas, où quelque neige était en train de fondre, et la longue chaîne de l'Aurès qui, côtoyée de près, offrait, en mains endroits, la coupe verticale de couches stratifiées.

Et la diligence descendait peu à peu vers les chaudes régions en longeant un oued aux berges capricieuses. Les montagnes s'affaissaient, et bientôt le ton vert des plateaux faisait place à l'ocre des rocs nus.

A *Aïn-Touta*, le premier relai, quelques bons moments passés à s'étirer permettaient d'examiner ce ravissant village, où il semble qu'on ne doive pas être plus mal qu'ailleurs. C était par un beau jour; tout y paraissait beau.

Puis la pente s'accentuait de plus en plus. Les coteaux se rapprochaient et la route sinueuse, de loin en loin, se frayait un passage à travers les rochers.

Quelques ceps de vigne neuve agrémentaient en amont et en aval le deuxième relai, des *Tamarins*, auquel de rares spécimens de cet arbre ont fait ce joli nom. Il y avait là une maison, peut-être deux ou trois, un hangar pour abriter les bêtes et une femme aveugle qui vous tendait la main.

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 857.

Et l'on allait toujours. Mais désormais le monde, ce n'était plus que vous, c'est-à-dire la guimbarde tirée par six chevaux sur un sol convulsé. Quelles pentes et quels ravins! On avait quelque peur en dévalant rondement au bord des précipices. Enfin les lacets s'épuisaient, le vertige cessait et c'était la grande halte.

A un brusque détour de cette effrayante descente, un cheval arabe, surpris par la masse roulante, s'était élancé avec son cavalier sur le talus et, n'ayant pu s'y tenir, avait dégringolé. Nous fûmes transis; l'homme et la bête, également souples, se relevèrent et filèrent sans mal apparent. Parlez-moi de ce monde pour se tirer d'affaire en semblable péril.

VI

Comme chacun le sait, le chemin de fer ne raccourcit pas seulement le paysage, il le présente de flanc et n'en laisse voir à la fois, même avec les courbes, qu'une pauvre moitié. C'est ainsi aujourd'hui que se fait le trajet de Batna à El-Kantarah, et je veux bien qu'il n'y perde guère. J'affirme cependant qu'il y avait, au point de vue de l'art, quelques charmes à partir, dès l'aube, par les moyens antiques, à la condition, bien entendu, que le temps fût propice. Il est vrai que, si jamais des dieux amis ont exaucé des vœux, c'est pour ce voyage au souvenir duquel nous nous délectons encore, tant il fut agréable. Ciel superbe, doux soleil, belle route, société réjouie, sites étranges, péripéties, rien n'y manqua, que d'être plus à l'aise.

Quand on allait par là en coupé de voiture, longtemps avant d'y être, on apercevait un massif dont la crête frange le ciel, qui émerge peu à peu et vers lequel il semble qu'on doive se buter. Le fait est qu'arrivé dans la gorge profonde, sous les rochers immenses, on s'inquiète de savoir par où l'on sortira.

Mais n'anticipons pas et allons prendre place autour de la table que dessert une hôtesse accorte. Le lever matinal, l'air printanier, une tension d'esprit continuelle ont aiguisé la faim. Tout sera bon dans ce repas traditionnel des pays où l'on ne trouve rien, omelette ventrue, platée de pommes frites, fricassée de poulets. Voyez comme cette victuaille disparaît dans la causerie et le rire. Nous sommes d'ailleurs nombreux : car la voiture est pleine, et il y a aussi deux Anglaises qui voyagent en tilbury, la plume au vent.

Et maintenant une orange, une datte et vite le café : il faut se mettre en route. Pour n'être pas à l'heure, le conducteur est quelque peu pressé. Ne doit-il pas nous laisser le temps de traverser à pied la fissure qui ouvre le dessert? ou, pour mieux m'exprimer, la trouée que les siècles ont faite dans la muraille qui lui sert de limite?

Cette muraille est une montagne, derrière laquelle le terrain s'abaisse tout d'un coup. A une époque lointaine son arête se nivelait avec l'étage supérieur, d'où les eaux se précipitaient en rongeant le point le plus déclive. Évidemment et à la longue, elles se sont creusé un passage qui est allé en grandissant, favorisant en amont un ravinement de plus en plus profond, diminuant en aval la chute des torrents. Et telle est la raison de cette fente gigantesque, dont la base aérienne a tout au plus 100 mètres et dont l'angle, à 200 mètres en contre-bas, laisse tout juste couler l'Oued.

Le col, ainsi constitué, a un demi-kilomètre de long. Autrefois abordable par la droite, il n'était franchissable que par la gauche en raison de ses diverses coupes, et naturellement, il y avait un pont, — *El-Kantarah : le pont*, — d'où le nom du lieu et des environs. Nous l'avons même reconstruit, ce pont, avant le percement du roc, pour l'établissement de la route actuelle qui longe le flanc gauche; et il n'est plus qu'un décor, d'autant que sur le flanc droit la montagne s'écroule. La veille même du jour où nous y déjeunions, un cube énorme s'en était détaché, roulant avec fracas dans le fond du ravin. Les gens du relai en avaient tressauté.

Et la route surplombante, comme si c'était assez de l'avoir fait franchir, se termine brusquement au sortir du défilé pour n'être plus qu'une vulgaire piste.

C'est égal, et je vous y engage, voyageurs qui désormais passerez en tunnel à travers le massif, arrêtez-vous à El-Kantarah et parcourez à pied son col étrange, où votre surprise ira jusqu'à la peur du roc qui va tomber, et s'augmentera ensuite du tableau d'une oasis, d'une terre et d'un ciel tout nouveaux.

VII

Il semble alors, en effet, que l'on entre dans un four, tellement est sensible la différence de température. Le sol est rougeâtre et nu, la montagne est décharnée et son ossature grillée, dont on sent l'effritement permanent, fixe particulièrement le regard par la bizarre régularité de ses assises festonnées.

Et puis, c'est l'*oasis*, c'est-à-dire la première agglomération de palmiers avec son village en pisé, où il y a des hommes, des femmes, des enfants, des poules, des chiens, etc., comme partout, et où il faut croire que ce monde se plaît, puisqu'il y naît, puisqu'il y vit et puisqu'il y meurt comme ailleurs.

Et c'est aussi les vestiges d'antiquités romaines : car il n'est pas un coin de ces contrées désolées, propice à quelque bien-être et surtout à la défense, qui ne se signale par des inscriptions, des fragments de colonnes ou simplement des pierres taillées, éparses le long du chemin.

Et l'on remontait en voiture à l'entrée du village que l'on traverse par une rue étroite, bosselée et bordée d'indescriptibles huttes. On n'avait pas fait cent pas que commençaient les cahots.

Et quels cahots, mes amis!

Un des grands étonnements de ma vie errante a été celui de me voir dans la classique diligence sur une piste arabe. La première fois j'aurais cru rêver, si je n'avais été brutalement tenu en éveil par les secousses et les heurts. On va à droite, à gauche : on monte, on descend parce que le sol est défoncé en tous sens et parce que l'on court devant soi, sans autre souci que de tourner les grosses difficultés. Et si l'on ne verse pas, c'est grâce au guide qui sait habilement se servir de ses bêtes.

Néanmoins, lorsqu'au bout d'une pente prudemment descendue il rassemblait les rênes pour prendre le galop, franchir la ravine et faciliter la montée, on avait un frisson et malgré soi on se raidissait. Ne vaudrait-il pas mieux dans ces circonstances observer un juste milieu? Mais allez donc comprendre qu'à se contracter, comme à rester flasque, on risque des contusions et des bosses par une projection violente.

Enfin, c'était intéressant, et ce ne sera pas une des minces choses qui disparaîtront avec la voie ferrée.

Aura-t-on, par exemple, l'agrément de pouvoir, dans l'Oued d'El-Kantarah, contempler les laveuses court-vêtues, qui trépignent leur linge en dansant et chantant? Ce sont les femmes du populaire, les seules relativement libres, qui curieusement vous regardent sans cesser leur besogne et qui fuieraient ou tout au moins voileraient leur visage, si vous faisiez mine d'approcher.

La coutume du *voile*, que la foi musulmane a scellée d'un caractère religieux, ce puissant levier des législations anciennes en matière d'hygiène, n'a, évidemment, d'autre but que de préserver la face de la poussière et du hâle. Autrefois, dans une excursion sur le pic de Milo, l'île de la Vénus, je fus frappé par le soin que mettait le sexe féminin à se dérober aux regards. Elles sont belles, les filles grecques; et, si c'est encore ainsi sur ce rocher battu par les vents, brûlé par le soleil, n'est-ce point, même inconsciemment, pour garder leur fraîcheur qu'elles ont cette tendance à imiter le Turc?

A quelle autre intention d'abriter leur visage contre l'intempérie obéissent les Touaregs, ces peuplades des dunes dans le fond de l'Afrique? Et n'est-ce pas à une habitude, pareillement préservatrice, que l'Arabe doit de pouvoir dormir hermétiquement encapuchonné dans son burnous?

Ah! c'est que la chaleur et la lumière ne sont pas seules, là-bas, à crisper l'épiderme et à crever les yeux; il y a aussi la poussière qui ne tombe au moment des pluies que pour repartir de plus belle. Cette poussière est déjà remarquable aux portes du désert où la désagrégation des roches est un fait permanent que rien n'arrête et que tout favorise.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — MM. Callot, Pfender, Dagron, Mordret, Isch Wall et Arnould sont nommés, pour une période de quatre ans, aides d'anatomie, en remplacement de MM. Festal et Metaxas, dont la délégation est expirée; Delbet, Villemin et Potherat, appelés à d'autres fonctions, et Demoulin, démissionnaire.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — Sont nommés, pour deux ans, à partir du 1er novembre 1888 :

Chef de clinique obstétricale : M. le docteur Chaleix, en remplacement de M. Chambrelent, dont le temps d'exercice est expiré.

Chefs de clinique médicale : MM. les docteurs Blanc-Fontenille et Auché, en remplacement de MM. Rivals et Mesnard, dont le temps d'exercice est expiré.

Chefs adjoints de clinique médicale : MM. les docteurs Cassaët et Martin du Magny.

M. le docteur Puech est maintenu, pendant le premier semestre 1888-1889, dans les fonctions de chef de clinique ophthalmologique.

— *École de médecine d'Amiens.* — M. Dhourdin, chargé d'un cours d'anatomie, est nommé professeur d'anatomie.

— *École de médecine de Caen.* — M. Faivre-Dupaigre, agrégé de physique, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de physique et de chimie.

— *Missions scientifiques.* — M. Dujardin-Beaumetz, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Cochin, est chargé d'une mission en Russie, à l'effet d'étudier, dans les grands établissements hospitaliers et les principaux centres d'instruction médicale de ce pays, l'enseignement et les progrès de la thérapeutique.

M. Viault, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, est chargé d'une mission en Espagne, à l'effet d'y étudier l'organisation de l'enseignement médical.

— M. Grandeau, doyen de la Faculté des sciences de Nancy, est nommé, à partir du 12 août 1888, doyen honoraire.

— M. le docteur de Musgrave-Clay est nommé membre du comité d'inspection et d'achats de livres près la bibliothèque de Pau.

— M. le docteur Millet vient d'être élu conseiller général du canton de Saint-Pardoux (Dordogne) et M. le docteur Fabre, conseiller général du canton de Labruguière (Tarn).

— La Société de médecine et de chirurgie de Toulouse vient de décerner le prix Gaussail à M. le docteur Flessinger, d'Oyonnax (Ain). Elle propose pour sujet du prix à décerner en 1889 les deux questions suivantes :

1° Pour le prix annuel de la Société : De la contagiosité et du traitement antiseptique de la tuberculose ;

2° Pour le prix Gaussail : Apprécier l'intervention de la chirurgie contemporaine dans le traitement des affections médicales de la poitrine et de l'abdomen.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 96. — JEUDI 23 AOUT 1888. 61e ANNÉE. JEUDI 23 AOUT 1888. — N° 96.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Pasteur a fait, à l'Académie des sciences et à l'Académie de médecine, une communication que, vu son importance, nous donnons *in extenso.* Il ne s'agit de rien moins que de la vaccination préventive du choléra. M. Gamaleïa (d'Odessa), dont le nom est désormais célèbre, vient d'appliquer heureusement au choléra asiatique, les deux grands principes de la méthode expérimentale de M. Pasteur, celui de la virulence progressive et celui des vaccins chimiques. Il est parvenu à rendre le vibrion cholérique d'une virulence extrême, en le portant sur un pigeon après un passage par le cobaye. Avec ce virus absolument mortel il a pu obtenir l'immunité cholérique... sur le pigeon. En outre, ayant cultivé ce virus de passage dans un bouillon nutritif et ayant stérilisé cette culture par le chauffage à 120 degrés, M. Gamaleïa a constaté qu'elle contenait une substance toxique qui détermine des phénomènes caractéristiques et qui, inoculée à des pigeons dans des conditions déterminées, les rend réfractaires au choléra. C'est là, à n'en pas douter, une découverte d'une importance considérable et qui fait grand honneur à M. Gamaleïa, autant qu'à son maître, M. Pasteur. Mais peut-on en conclure *a priori* que cette méthode de vaccination préventive du choléra pourra être aussi heureusement appliquée à l'espèce humaine? Quelque probantes que soient ces merveilleuses expériences sur les animaux, elles demandent une consécration clinique.

M. Guyon a lu, au nom de deux de ses élèves, MM. Albarran et Hallé, un important travail sur une nouvelle bactérie pyogène et son rôle dans l'infection urinaire. La découverte de cette bactérie jette un jour nouveau sur la pathogénie des affections des voies urinaires, ainsi qu'on peut s'en rendre compte par cette conclusion de MM. Albarran et Hallé :

« La bactérie, qui fait l'objet de cette étude, est un organisme pyogène infectieux.

Habituellement et souvent seule présente, dans les urines purulentes, elle suffit à produire les inflammations suppuratives de l'appareil excréteur de l'urine et les abcès urineux.

Agissant sur le rein elle y cause les diverses lésions de la néphrite infectieuse suppurée, soit qu'elle remonte directement du bassinet dans le tissu rénal (néphrite ascendante), soit qu'apportée par le sang elle se localise secondairement dans la substance corticale (abcès miliaires).

Pénétrant dans le sang elle provoque des accidents infectieux suraigus, aigus ou chroniques, souvent mortels. »

LA VACCINATION PRÉVENTIVE DU CHOLÉRA ASIATIQUE (1)

Par M. le docteur Gamaleïa,
Chef du laboratoire antirabique d'Odessa.

Le travail suivant n'est qu'une simple et fidèle application de la *méthode expérimentale* qui a été créée au laboratoire de M. Pasteur et qui a déjà donné de si beaux résultats pour le choléra des poules, le rouget, le charbon et la rage.

Je n'ai pas besoin de rappeler quel obstacle cruel s'est opposé, il y a cinq ans (la mort de Thuillier), à l'application de cette méthode au choléra asiatique. Cet obstacle a forcé M. Pasteur à laisser cette maladie pour les recherches de ses futurs élèves. Or, ainsi que je viens de le dire, je n'ai fait qu'appliquer au choléra deux grands principes de la méthode expérimentale : celui de la virulence progressive et celui des vaccins chimiques.

Il est connu que les cultures ordinaires du vibrion cholérique n'ont qu'une virulence minime, à tel point que M. Koch, qui les a découvertes, a cru, après de nombreux échecs, que le choléra asiatique n'était pas inoculable aux animaux.

D'autre part, les élèves de M. Pasteur, lors de l'expédition française en Égypte, n'ont qu'une seule fois réussi à donner le choléra et à une seule poule. Or, il est facile de douer le vibrion cholérique d'une *virulence extrême* : il ne faut pour cela que le porter sur un pigeon après un passage par le cobaye; il tue alors le pigeon en lui donnant un choléra sec, avec l'exfoliation de l'épithélium de l'intestin. Ce qui est plus important encore, le microbe apparaît aussi dans le sang des pigeons qui ont succombé.

Après quelques passages, ce microbe acquiert une telle virulence que le sang des pigeons de passage, à la dose d'une ou de deux gouttes, tue tous les pigeons frais dans l'espace de huit à douze heures. Ce virus tue aussi les cobayes avec des doses encore plus petites. Il est important de noter que tous les animaux de ces deux espèces — sans exception — succombent à l'infection virulente.

(1) Note lue par M. Pasteur à l'Académie des sciences, dans la séance du 20 août 1888, et à l'Académie de médecine, dans la séance du 21 août 1888.

Avec ce virus absolument mortel, nous avons pu constater l'existence de l'*immunité cholérique*. Ainsi nous avons inoculé un pigeon deux fois avec une culture ordinaire (non virulente) du choléra : la première fois dans les muscles pectoraux, la seconde fois dans la cavité abdominale. Ce pigeon est devenu réfractaire à l'infection réitérée par le virus le plus virulent (le sang du pigeon de passage). Le fait de l'immunité a été ainsi acquis.

Maintenant, si l'on cultive ce virus de passage dans un bouillon nutritif, et si l'on chauffe ensuite cette culture à 120 degrés, pendant vingt minutes, pour tuer sûrement tous les microbes qu'elle contient, on constate alors que le chauffage a laissé subsister une substance très active dans la culture stérilisée. Cette culture, en effet, contient une substance toxique qui détermine des phénomènes caractéristiques chez les animaux en expérience.

Inoculé à la dose de 4 centimètres cubes à un cobaye, le bouillon stérilisé produit un abaissement progressif de la température et la mort en vingt ou vingt-quatre heures. A l'autopsie, on trouve une hyperhémie prononcée de l'estomac et des intestins et, comme de raison, une absence complète de microbes cholériques.

Les pigeons succombent aussi avec les mêmes phénomènes morbides. Seulement ils sont plus résistants vis-à-vis de ce poison, et leur mort n'arrive qu'à la suite d'une dose de 12 centimètres cubes injectés à la fois. Si, au contraire, on introduit cette même quantité de 12 centimètres cubes, mais en trois, quatre ou cinq jours seulement, en injectant, par exemple, 8 centimètres cubes, le premier jour, et 4 centimètres cubes le surlendemain, on ne les tue plus.

Sur ces pigeons on constate, en outre, un phénomène de la plus grande importance, ils sont devenus réfractaires au choléra. Le virus le plus virulent (le sang d'un pigeon de passage), inoculé même en quantité d'un demi-centimètre cube, n'est plus capable de les tuer. La vaccination des cobayes réussit encore plus facilement : en leur introduisant le bouillon toxique et vaccinal par doses de 2 centimètres cubes, on les vaccine en deux ou trois séances, soit en tout 4 ou 6 centimètres cubes.

Ainsi nous sommes en possession d'une méthode de vaccination préventive du choléra. Cette méthode est fondée sur l'emploi des vaccins stériles et possède tous les avantages de la vaccination chimique : la *sûreté* et la *sécurité*, puisque le vaccin chimique peut être mesuré d'une manière tout à fait rigoureuse et introduit par doses assez petites pour être entièrement inoffensif, tandis que la somme de celles-ci peut donner la quantité voulue, nécessaire, pour une immunité complète.

Ainsi, donc, dans nos expériences, l'immunité est conférée *sans danger et sans exception*. Nous espérons, par conséquent, que cette méthode pourra être appliquée à la vaccination humaine pour préserver les populations du choléra asiatique.

M. Pasteur ajoute que, dans une lettre particulière qu'il a reçue en même temps que la note qui précède, M. Gamaleïa lui a écrit ce qui suit :

Je vous autorise à déclarer que je suis prêt à répéter toutes mes expériences dans votre laboratoire à Paris, en présence d'une commission de l'Académie des sciences. Je m'offre également à trouver sur moi-même la dose inoffensive et suffisante pour la vaccination humaine, comme aussi d'entreprendre un voyage dans les pays ravagés par le choléra pour prouver l'efficacité de la méthode.

Si vous jugez nécessaires quelques autres détails, je puis vous les donner dans une autre note complémentaire où je pourrais vous parler de la durée de l'immunité, du mode d'infection, etc.

La lecture de la note et de la lettre de M. Gamaleïa terminée, M. Pasteur s'exprime ainsi :

J'ai l'honneur de prier M. le Président de l'Académie de vouloir bien renvoyer la note de M. Gamaleïa à la commission du prix Bréant sur le choléra.

En ce qui me concerne, il est inutile de dire que j'accepte avec empressement que les expériences de M. Gamaleïa soient faites dans mon laboratoire, conformément au désir qu'il m'exprime. M. Gamaleïa a déjà travaillé à plusieurs reprises au milieu de nous, notamment dans l'année 1886, lorsqu'il fut envoyé à Paris par la municipalité d'Odessa, à la demande de la savante Compagnie des médecins russes de cette ville, afin d'étudier la pratique des inoculations préventives de la rage, méthode dont il nous fait connaître aujourd'hui une extension et une application si remarquables à la vaccination préventive du choléra asiatique.

Mais, comme il le dit avec toute la modestie d'un grand inventeur, il a joint aux méthodes de mon laboratoire les inspirations des pages publiées par moi, sur le vaccin chimique de la rage, dans le premier numéro des *Annales* de M. Duclaux, et des belles et décisives expériences de M. le docteur Roux, sur le vaccin chimique de la septicémie, dans le numéro de décembre dernier de ces mêmes *Annales*.

Depuis les travaux que je rappelle, les découvertes grandissent et s'accumulent en ce qui touche les vaccins chimiques. On ne saurait douter que nous en posséderons bientôt beaucoup d'autres; la connaissance de celui de la rage, par exemple, ne peut tarder à être connu et utilisé. Voici l'une des dernières expériences que j'ai faites avec l'assistance d'un de mes jeunes aides du laboratoire, M. Eugène Viala, qui a acquis dans l'art des trépanations une habileté particulière.

Le 16 novembre 1887, 15 centimètres en longueur de la moelle d'un lapin du 171e passage, mort rabique, ont été délayés dans 30 centimètres cubes de bouillon stérile, après qu'on eût porté le cylindre de moelle, pendant quarante-huit heures, à la température de 35 degrés. Deux chiens trépanés et inoculés par cette moelle délayée n'ont pas pris la rage, ce qui constitue la plus grande probabilité, sinon la certitude, que la moelle, par le chauffage au contact de l'air pur et sec, avait perdu sa virulence dans toute sa longueur.

Cependant, les deux chiens traités avaient été rendus réfractaires à la rage, car, inoculés, par trépanation, le 23 mai 1888, avec la moelle bulbaire d'un chien mort de rage furieuse, ces deux chiens ont résisté et sont encore bien portants.

La moelle chauffée, rendue non virulente, était donc vaccinale par un vaccin chimique.

La note de M. Gamaleïa a été renvoyée à la commission du prix Bréant, commission à laquelle M. Pasteur a été prié de se joindre. De plus, l'Académie accepte l'offre de M. Gamaleïa, de répéter ses expériences à Paris, au laboratoire de M. Pasteur, en présence des membres de la section de médecine et chirurgie, et l'invite à se rendre à Paris au mois de novembre prochain.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. VERNEUIL.

Traitement du mal de Pott.

Lorsqu'un médecin se trouve en face d'un sujet atteint du mal de Pott commençant, que doit-il faire ? Appliquer le principe général, qui préside à la cure de toutes les arthropathies, et surtout des arthropathies tuberculeuses, c'est-à-dire l'immobilisation de la région malade, dans une bonne attitude, en ayant soin de soustraire les parties osseuses atteintes, à toute pression ou action mécanique.

Du reste, lorsque nous avons à soigner une arthrite du genou, par exemple, que faisons-nous ? Nous immobilisons le membre dans une bonne situation, et nous interdisons toute marche avec la jambe malade, afin que les parties altérées n'aient pas à souffrir de la pression réciproque des os.

Ce que nous faisons pour le genou, nous devons également le faire pour la colonne vertébrale malade, c'est-à-dire la placer dans une bonne attitude, et éviter toute pression. La seule différence existant entre le traitement du mal de Pott et celui de l'arthrite du genou, consiste dans ce qu'il faut entendre par la bonne attitude. En effet, quand on est en présence d'une arthrite commençante du genou, cette bonne attitude, c'est-à-dire l'extension, est facile à donner; quand, la maladie étant plus avancée, le genou est dans un état de flexion plus ou moins prononcée, il faut s'efforcer quand même de le redresser, afin de placer la jambe et la cuisse dans un même axe, avant d'immobiliser le membre.

Dans le mal de Pott, il n'en est pas tout à fait de même; il n'y a pas à chercher le redressement de la colonne vertébrale, si sa position est vicieuse; ici on doit laisser la colonne vertébrale dans la position qu'elle a contractée, de peur de déterminer des accidents graves, voire même mortels, par des tentatives de redressement, comme cela s'est rencontré parfois, et cela par compression de la moelle.

J'admets que quelquefois, lorsque la maladie est récente, on puisse obtenir un redressement lent, par un décubitus dorsal prolongé; mais ce que l'on doit surtout s'efforcer d'obtenir, c'est d'arrêter les progrès du mal, d'enrayer les progrès de la déformation, empêcher toute compression de la moelle, enfin obtenir un cal le meilleur possible; par suite la question des gibbosités et des attitudes vicieuses se trouve reléguée au second plan.

Il faut donc laisser les déformations telles qu'elles sont, si le mal est déjà un peu avancé, sans essayer en quoi que ce soit de redresser la colonne vertébrale, de peur aussi d'enrayer le travail de la nature, ayant pour but de souder les os malades entre eux. L'ankylose est, en effet, l'idéal de la cure du mal de Pott.

En résumé, il est donc important de diagnostiquer, de bonne heure, un mal de Pott, afin de le traiter dans une bonne attitude, afin de prévenir la formation de gibbosités, et de rendre le pronostic le meilleur possible. Il ne s'agit donc pas, pour faire le diagnostic, des plus faciles alors, d'attendre le développement d'une gibbosité ou la formation de quelque abcès de la fosse iliaque; il faut reconnaître la maladie beaucoup plus tôt.

Très souvent, on nous amène des enfants atteints, dit-on, de coxalgie, de paraplégie, de paralysie atrophique de l'enfance, chez lesquels je découvre, au contraire, quelque mal de Pott. Pour arriver au diagnostic, l'enfant étant debout, le bassin fixé avec les deux mains, j'imprime, à la colonne vertébrale, de très légers mouvements de flexion en avant et en arrière, d'inclinaison latérale à droite et à gauche, des mouvements de torsion de droite à gauche, et de gauche à droite; or, si la colonne vertébrale est malade, vous constaterez un degré de rigidité prononcé dans la région atteinte, surtout s'il s'agit de la région lombaire.

Mais, je le répète, le diagnostic du mal de Pott ne présente quelque difficulté, que tout à fait au commencement de la maladie, et c'est à cette période qu'il est surtout important à faire, au point de vue du traitement.

En effet, pris à temps, au début, vous arriverez à obtenir une guérison complète, par l'immobilité jointe à une hygiène appropriée à un bon régime. C'est ainsi, qu'il y a quelques mois, je recevais la visite d'un garçon robuste, aux muscles superbes, beau de teint, fort en couleur, officier de marine, qui venait me consulter, pour une maladie insignifiante. Il avait alors vingt-quatre ans; dans la conversation, il me rappela qu'à l'âge de cinq ans, je l'avais soigné pour un mal de Pott, des abcès de la cuisse, dont il avait parfaitement guéri, ainsi que sa parfaite santé m'en donnait actuellement la preuve.

De ce fait, il ne faudrait pas conclure que le mal de Pott est une maladie insignifiante, mais que, traitée de bonne heure, au début, elle est curable et que la guérison en peut être durable.

Les principes sur lesquels on s'appuie, pour traiter le mal de Pott comme une arthrite, sont relativement récents; ils datent d'une quinzaine d'années environ, et ne sont pas encore mis en pratique par tous les médecins. Il en est encore, parmi mes confrères en l'art de guérir, qui envoient leurs malades atteints de cette affection faire de la gymnastique. Je me rappelle encore les discussions qui avaient lieu, il y a une vingtaine d'années, à la Société de chirurgie, où d'aucuns soutenaient que les appareils ne faisaient que tourmenter, gêner les enfants. A peine admettait-on le décubitus dorsal tout en permettant aux enfants de marcher pendant quelques heures par jour.

Il faut, au contraire, l'immobilisation de la région malade, et l'immobilité du sujet; car, si les appareils, appliqués le long du rachis, empêchent la flexion de la colonne vertébrale, ils n'empêchent pas, pendant la marche, la pression des vertèbres les unes sur les autres.

Un certain nombre de médecins d'enfants traitaient mieux alors le mal de Pott que les chirurgiens, faisant coucher leurs jeunes sujets, pendant un an ou deux, sur le dos et y joignant l'emploi d'appareils qui, en réalité, jouaient dans le traitement un rôle prédominant. C'était la gouttière de Bonnet, qui réalisait le double but que l'on se proposait, c'est-à-dire l'immobilisation de la colonne vertébrale et du sujet tout entier. C'était la cuirasse destinée à immobiliser le thorax, et combinée avec le décubitus de façon à permettre au malade de remuer, sans inconvénients, les bras et les jambes.

Les appareils proposés pour le traitement du mal de Pott sont très nombreux, mais la cuirasse seule est efficace en emboîtant absolument le thorax, que l'appareil soit en plâtre, qu'il soit dextriné ou lacé.

Cet appareil s'applique partout très facilement, dans les plus petites campagnes comme à la ville, car partout il est facile de se procurer de l'ouate, une bande et une substance coagulante. Il n'en est pas de même d'un appareil mécanique, d'une cuirasse lacée, beaucoup plus difficile à se procurer, et toujours coûteuse. Le désavantage du plâtre est d'être inamovible, d'empêcher de changer le linge du malade, tant qu'il est dans sa cuirasse; de plus, si quelque abcès survient, il détermine une pression toujours douloureuse. Enfin, il faut le renouveler fréquemment, toutes les six semaines ou tous les deux mois.

A la cuirasse en cuir, l'objection est le prix; mais ici l'appareil est amovo-inamovible et permet, par suite, de surveiller la région malade, de donner les soins de toilette, de première nécessité, au malade. Son prix élevé (250 à 300 francs) est peut-être encore moins coûteux, — l'appareil pouvant durer dix-huit mois à deux ans, — que le renouvellement fréquent des appareils plâtrés ou dextrinés, si bien que, dans ce dernier cas, les honoraires du médecin dépassent certainement ceux de l'orthopédiste.

Dans les auteurs, vous verrez que les chirurgiens fai-

saient appel aussi à d'autres moyens, et lorsque le mal de Pott datait déjà d'un certain temps, ils avaient recours à la méthode révulsive : sétons, cautères, pointes de feu, etc. Pour ma part, j'y ai renoncé d'autant plus que la douleur, la paraplégie, les accidents du côté de la moelle, cèdent beaucoup mieux à l'immobilisation, qu'à tout autre traitement. Il en est de même des bains, des eaux, des douches qui compromettent, par les mouvements qu'ils exigent de la part des malades, la consolidation absolue, l'unique but que le chirurgien doive poursuivre.

En résumé, le meilleur traitement du mal de Pott consiste : 1° à faire le diagnostic le plus près possible du début de la maladie ; 2° dès que ce diagnostic est assuré, à immobiliser la colonne vertébrale dans toute sa hauteur, et surtout dans la région malade ; 3° à tenir le malade au lit, pendant un très long temps, avec un minimum de six mois, souvent même davantage ; 4° lorsque la guérison paraît obtenue, on autorisera quelques tentatives de marche, avec des béquilles ou un chariot d'enfant, afin d'éviter toute pression résultant du poids du corps ; 5° à cette thérapeutique on ajoutera le traitement interne par l'iode, le phosphate de chaux, le vin de quinquina, une bonne alimentation.

Combien faut-il de temps pour guérir un mal de Pott ? Si l'affection est prise au début, la guérison peut être rapide. Je vous citerai certaine jeune fille, qui, au bout de neuf mois, était assez bien rétablie pour retourner à sa pension, et cependant, elle avait eu un abcès que l'on avait dû ouvrir, drainer et traiter par les injections d'iodoforme. Un autre malade, pris au début, a guéri en sept mois ; mais ce sont là des chiffres minima.

Autrefois, la mortalité du mal de Pott, avec gibbosité et abcès, était de 80 p. 100 et les 20 autres guérissaient avec gibbosité, déformation de la colonne vertébrale. Les abcès aggravaient considérablement le pronostic, tandis qu'aujourd'hui, il semble presque, au contraire, qu'ils soient une circonstance heureuse, si la maladie siège dans la région lombaire. Pourquoi ? Parce qu'autrefois on laissait, sans les traiter, les abcès grossir, se frayer un trajet en descendant, etc., tandis qu'aujourd'hui on les traite par la ponction et les injections d'iodoforme, dont l'action se porte également sur l'ostéite de la vertèbre malade. On n'attend plus que le foyer purulent s'ouvre spontanément, mais on va à sa recherche, et s'il est accessible, si la fluctuation est bien évidente, on le vide et on le soigne par les injections qui vont porter leur action modificatrice jusque sur la lésion osseuse.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Fournier.

Influence de la syphilis sur les névroses et notamment sur l'hystérie.

L'influence de la syphilis secondaire se traduit souvent d'une façon curieuse en modifiant des névroses préexistantes et des névroses soit en évolution, soit simplement en puissance. Elle peut stimuler, exacerber certaines névroses préexistantes, en voie d'évolution, comme aussi réveiller ces mêmes névroses assoupies. Rien n'est plus commun même en ce qui concerne la névrose la plus fréquente de toutes : l'hystérie.

Qu'une femme hystérique vienne donc à être prise de syphilis, et au cours de la période secondaire et surtout dans les premiers temps de cette période, il est très habituel que cette femme présente, à un degré supérieur comme intensité et comme fréquence, les divers accidents hystériques qui lui sont familiers ou qu'elle en présente d'autres de même nature, mais de forme différente. Chez elle, l'hystérie subit une exacerbation momentanée du fait de la syphilis. Ainsi les crises sont plus fréquentes, les malaises se produisent avec une insistance et une intensité insolites : énervement général, vapeurs, pâmoisons, sensations douloureuses, hyperesthésie, etc.

De même certaines femmes hystériques, dont les accès s'étaient amendés depuis un certain temps, voient leurs crises reparaître au cours de la période secondaire sous l'influence de l'éréthisme, qu'imprime aux fonctions nerveuses le poison de la vérole. Ces femmes redeviennent, pour ainsi dire, hystériques de nouveau. Il n'y a là, en réalité, rien d'étonnant ; comment la syphilis ne donnerait-elle pas un coup de fouet à une névrose aussi mobile, aussi sujette à recrudescence que l'est l'hystérie, et qui subit facilement des exacerbations semblables sous l'influence des causes les plus variées ?

D'autre part, l'influence de la syphilis sur l'épilepsie n'est pas plus contestable, elle est même surprenante parfois, comme sur certaine malade que j'ai eu l'occasion de traiter ici. Cette femme, âgée de vingt-sept ans et épileptique depuis son enfance, n'avait présenté que six crises dans l'espace de ces dix dernières années, lorsqu'elle contracta la syphilis. Mais, contractant la vérole, elle a, *en moins de quatre mois*, onze crises. Elle entre dans mon service, elle y est traitée et les symptômes spécifiques s'amendent ; en même temps l'incitation épileptique s'atténue et s'éteint.

Ce n'est point là un fait isolé ; j'en pourrais citer nombre d'autres, analogues ou identiques, démontrant que la syphilis réagit parfois sur l'hystérie ou l'épilepsie, de façon soit à stimuler, soit à réveiller les manifestations de ces deux névroses. Mais, cette stimulation, imprimée par la syphilis aux névroses, n'est jamais que provisoire. Elle s'apaise et s'éteint au bout de quelques mois, et, du reste, le meilleur moyen de la combattre est l'administration pure et simple des agents spécifiques, et non pas les médications anti-hystériques ou anti-épileptiques.

Ce n'est pas tout, la syphilis peut provoquer et créer, ou tout au moins sembler créer de toutes pièces, des névroses qui n'existaient pas avant elle, ou mieux qui ne s'étaient révélées jusque-là par aucun indice.

Pour l'hystérie le fait est incontestable. En effet, souvent on voit se manifester, à la période secondaire, des phénomènes hystériques ou hystériformes qui n'avaient été précédés, avant l'infection, d'aucun accident semblable : éréthysme nerveux, énervement, impressionnabilité insolite, mobilité d'humeur, irascibilité, caprices, sensations douloureuses, fixes ou erratiques, difficilement localisables, constrictions thoraciques, pandiculations, vapeurs, hyperesthésie rachidienne, spasmes musculaires, convulsions, défaillances, crises convulsives, avec tout ce qui les caractérise.

Or, sur quelles femmes de tels phénomènes s'observent-ils ? Sur deux catégories de femmes : 1° sur des sujets qui n'avaient jusqu'alors jamais rien présenté de semblable, qui, préalablement, n'étaient pas hystériques. Je pourrais vous citer comme exemple la malade du n° 12. Cette jeune

femme, âgée de seize ans et demi, a été affectée, ces jours derniers, au cours d'une syphilis secondaire récente, d'un véritable accès d'hystérie avec suffocation subite, oppression épigastrique, sensation de boule remontant derrière le sternum, sanglotements pendant des demi-heures, demi-perte de connaissance, convulsions cloniques, etc. Or chez elle, nous n'avons pu découvrir aucune trace de nervosisme antérieur, jamais d'attaques de nerfs, jamais de phénomènes nerveux.

2° Mais ces cas ne sont que l'exception, et la règle, en pareilles circonstances c'est, au contraire, de découvrir des témoignages de nervosisme antérieur. Presque toujours les femmes, qui présentent ces phénomènes d'hystérie secondaire, sont des sujets qui, sans avoir été hystériques jusque-là, ont été ce qu'on peut appeler nerveuses, impressionnables, sensibles, hyperesthésiques sur quelques points, ayant des ascendants ou des collatéraux affectés de névropathies diverses, etc. Bref ce sont des femmes qui. sans avoir été jamais hystériques, étaient prédestinées à le devenir.

D'ailleurs, nous ne devons pas oublier que quantité de femmes, sous l'influence de commotions morales ou physiques, sont sujettes à rentrer dans la catégorie des natures nerveuses. Elles sont dans une sorte d'équilibre instable entre l'état de santé et l'état de maladie, et il suffit de la moindre cause occasionnelle pour que cet état nerveux se transforme en un état hystérique incontestable. Et c'est ainsi que l'hystérie fait ce qu'aurait fait n'importe quelle autre cause morbide incidente, d'une part en anémiant l'organisme et, d'autre part, en apportant un trouble profond dans les fonctions du système cérébro-rachidien.

L'hystérie d'origine syphilitique est donc, en théorie, rationnellement admissible et doit être rangée au nombre des manifestations de la période secondaire.

Mais les symptômes hystériques ou hystériformes, qui se développent ainsi au cours de la période secondaire, constituent-ils une hystérie vraie au sens nosologique du mot, ou bien constituent-ils simplement des phénomènes ayant une ressemblance clinique objective avec ceux de l'hystérie. En un mot, ce qu'on appelle l'hystérie secondaire est-elle une hystérie de forme, de surface, ou une hystérie de fond ?

Je me garderai de vouloir juger une question qu'il n'est pas encore possible, je crois, de déterminer, car elle n'a pas été encore suffisamment étudiée, approfondie en ce sens. Il manque, pour la juger, des observations longtemps poursuivies, relatives à l'évolution ultérieure de ces phénomènes, relatives à des femmes qui, après avoir présenté au cours de la période secondaire des accidents de cet ordre, pourraient être suivies, étudiées au delà, pendant de longues étapes.

Mais sans vouloir juger cette question, il nous est permis au moins de pressentir, d'après les documents que nous possédons actuellement, le jugement qu'en portera l'avenir. Or, dès à présent, il ne semble guère douteux que le rôle de la syphilis, dans les cas que je viens d'étudier, ne puisse être double.

Il n'est guère douteux, d'une part, que la syphilis ne puisse servir d'occasion, de prétexte à l'éclosion d'une hystérie véritable, c'est-à-dire faire ce que fait le traumatisme, le saturnisme, ce que font tant et tant d'autres commotions physiques ou morales.

Il y a certainement, je le crois, des hystéries qui se développent à propos de la syphilis ; il y a des hystéries vraies qui, restées en germe jusqu'alors, font explosion à l'occasion des troubles importés dans le système nerveux et dans l'organisme tout entier par la syphilis. Mais les cas de ce genre sont rares, très rares, relativement à ceux du second ordre dont il me reste maintenant à parler.

D'autre part, il ne me semble guère plus contestable que les accidents hystériques qui se développent sur quantité de femmes nerveuses, au cours de la période secondaire, ne soient que des accidents hystériques de forme, sans constituer une véritable hystérie.

De cela, je trouve une preuve qui me paraît convaincante, en l'espèce, dans ce fait, que les accidents ne durent pas comme devrait durer une véritable hystérie, mais que, en réalité, ils sont passagers. Et, en effet, tout en affectant une durée variable, ces divers accidents hystériformes ne sont jamais, au total, que passagers. Ainsi, tantôt ils ne persistent que pendant quelques semaines ; tantôt ils se prolongent pendant plusieurs mois, pendant trois, quatre, cinq ou six mois.

Mais finalement, ils arrivent toujours, du moins d'après ce que j'ai vu jusqu'à présent, d'après l'ensemble des observations que j'ai pu recueillir, ils arrivent toujours, dis-je, à disparaître à un moment donné. Pour ma part, je ne les ai pas encore vus se continuer d'une façon indéfinie et dégénérer en une névrose permanente. Maintes fois, j'ai eu l'occasion de revoir, à plusieurs années de distance, soit ici à l'hôpital, soit en ville principalement, des femmes sur lesquelles j'avais constaté de semblables troubles pendant le cours de la période secondaire et aucune d'elles n'avait conservé la moindre trace de la disposition hystérique que la diathèse lui avait passagèrement conférée.

Le caractère transitoire, fugace de ces accidents, est peu compatible avec l'opinion qui en ferait un symptôme d'une véritable hystérie.

Somme toute, donc, ce qu'on appelle l'hystérie secondaire ne me paraît être, au moins pour la grande majorité des cas, qu'une hystérie essentiellement fugitive et curable, qu'une pseudo-hystérie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 août 1888. — Présidence de M. Hérard.

CORRESPONDANCE

Elle comprend :

1° Un pli cacheté de M. le docteur Violet (de la Villedieu-du Clain), sur le traitement de la suette miliaire (Accepté);

2° Une note de M. Lucet (de Courtenay), sur un cas d'actinomycose chez l'homme.

RAPPORT

Remèdes secrets et nouveaux. — M. Proust lit, au nom de la Commission des remèdes secrets et nouveaux, une série de rapports négatifs dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

COMMUNICATIONS

La vaccination préventive du choléra asiatique. — M. Pasteur fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 889.)

Une bactérie pyogène et son rôle dans l'infection urinaire. — M. Guyon donne lecture d'un travail de deux de ses

élèves, ayant pour objet l'étude d'une bactérie pyogène et son rôle dans l'infection urinaire.

MM. Albarran et Hallé réunissent, sous le nom d'infection urinaire, les accidents locaux ou généraux de nature microbienne, que présentent les malades atteints d'affections chirurgicales des voies urinaires.

Les accidents locaux, inflammations suppuratives de l'appareil lui-même, sont communément attribués aux microcoques des suppurations banales.

Les accidents généraux fébriles ont donné lieu à des interprétations variées. Toutes laissent dans l'ombre la notion de l'agent pathogène, essence de la maladie. Le poison urineux n'est pas encore connu.

Aujourd'hui le rapprochement s'impose entre l'infection urinaire et les infections chirurgicales connues. Foyer infectieux local pouvant à lui seul constituer toute la maladie; accidents d'infection générale partis de ce foyer, tels sont les éléments essentiels communs à l'infection urinaire et aux infections chirurgicales.

Ces auteurs ont trouvé chez le vivant, dans les urines, les abcès péri-urinaires et la pyélonéphrite des urinaires, une courte bactérie, mobile, qu'ils décrivent sous le nom de « bacterium pyogenes ». Le même bacille a été trouvé dans une série de seize autopsies dans les urines de la vessie et des bassinets, à l'état de pureté dans certains cas, associé dans d'autres à des microbes divers. Dans les reins et les abcès miliaires, il se montrait toujours en culture pure. Il en était de même dans le sang et les viscères des malades morts d'infection urineuse. En dehors de l'infection urineuse, ce micro-organisme a été trouvé dans des lésions suppuratives locales et des infections généralisées.

Expérimentalement, les auteurs ont pu reproduire toutes les lésions suppuratives et l'infection généralisée observée chez les urinaires. De l'ensemble de leurs recherches, de leurs résultats expérimentaux rapprochés des constatations anatomo-pathologiques, ils ont pu déduire les conclusions suivantes. (Voir ces conclusions au Premier-Paris.

Ces conclusions conduisent nécessairement à une double déduction pratique : asepsie rigoureuse des opérations pratiquées sur les voies urinaires et surtout du cathétérisme, voie certaine d'introduction du micro-organisme dans la vessie. Examen bactériologique des urines préalable à toute opération sanglante sur les voies urinaires. On trouvera souvent, dans cet examen, un élément pronostic sérieux et l'indication d'un traitement antiseptique préparatoire.

Le rôle pyogène et infectieux du bactérium pyogenes est général; il peut exercer tous ses effets pathogènes en dehors de la participation de l'appareil urinaire.

Dans une note bibliographique, MM. Albarran et Hallé ont résumé, comme il suit, les travaux antérieurs qui ont trait au rôle de microcoques divers dans les lésions rénales consécutives aux maladies des voies urinaires :

M. Bouchard a vu dans les urines une bactérie en chapelets articulés, très mobile, se multipliant par division en vingt minutes.

Kannenberg trouve dans l'urine de sujets sains des bactéries sphéroïdes ou en courts bâtonnets étranglés.

Letzerich a décrit une épidémie de néphrites spontanées dans lesquelles il constata la présence de bacilles dans les urines et dans le tissu rénal. Mais ces bacilles liquéfient la gélatine, ce qui les distingue du bactérium pyogène.

Nykamp a trouvé, dans trois cas de pyélo-néphrites consécutives à des cystites, des amas de bactéries dans le rein.

Clado a isolé des urines une bactérie septique qui, malgré quelques caractères dissemblables relevés dans la description de l'auteur, nous paraît bien être la bactérie que nous décrivons.

Cornil et Babès ont découvert des bacilles dans les capillaires du rein, dans un cas de néphrite survenue pendant le cours d'une attaque de rhumatisme articulaire. Ces auteurs n'indiquent pas si cet organisme a été cultivé.

Rigal et Chantemesse ont vu, dans un cas de méningite cérébro-spinale, de courts bâtonnets dans les vaisseaux du rein et dans quelques canalicules.

Berlioz a isolé des urines un bacille court qui présente des caractères analogues à ceux de la bactérie pyogène. Injecté dans le sang du lapin, ce bacille a provoqué deux fois des néphrites.

L'un de nous, Hallé (Soc. anat. 20 octobre 1887), a pu, chez un malade mort d'accidents urineux fébriles, isoler de l'urine, pendant la vie, et retrouver à l'autopsie, dans le pus des abcès rénaux, le sang et les divers parenchymes, une bactérie avec laquelle il a produit l'infection générale chez le cobaye. Il a été conduit d'après ce cas « à envisager les accidents urineux graves comme une infection générale d'origine vésicale due à un micro-organisme spécial cultivé dans l'urine ».

Cet organisme a été reconnu identique à la bactérie pyogène, objet de cette étude.

Parmi les autres bactéries pathogènes, jusqu'ici décrites, quelques-unes se rapprochent du bacille pyogène :

Les bacilles saprogènes 2 et 3 de Rosenbach, analogues comme forme, mais différents par les caractères de culture.

Le bacillus crassus sputigenus de Kreibohn présente plusieurs caractères biologiques analogues; il en diffère en ce qu'il garde la coloration par la méthode de Gram; il produit, chez la souris, la septicémie sans suppuration.

Le bacillus pyogenes fœtidus, trouvé par Passet, s'éloigne de la bactérie pyogène par l'absence de polymorphisme, par la rapidité de développement et les grandes dimensions des colonies sur plaques.

Le bacillus pseudo-pneumonicus du même auteur est un aérobie pur.

MM. Albarran et Hallé insistent en terminant sur le côté pyogène général du bactérium pyogenes. Si quelques bactéries dont l'énumération précède ont été reconnues aptes à produire des suppurations expérimentales, celle qu'ils étudient est la cause d'un groupe important de suppurations chez l'homme, mais son terrain de prédilection est l'appareil urinaire et le rein en particulier.

Filariose. — M. LANCEREAUX commence la lecture d'un travail sur la filariose, qu'il continuera dans une prochaine séance.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1887-1888.

69. M. LAPORTE. Recherches cliniques sur les troubles de la sensibilité cutanée dans la chlorose. — 70. M. AUBRY (Charles). De la colique de plomb et de son traitement par les projections rectales d'éther. — 71. M. MORVAN. De la règle à suivre dans les abcès du foie ouverts dans les bronches. — 72. M. GUILLÉ. Des variations pathologiques de l'espace de Traube dans la péricardite avec épanchement. — 73. M. LAFFORGUE. Contribution à l'étude des névroses réflexes d'origine nasale. — 74. M. DIACRE. Onze mois de séjour à Lang-Son (Tonkin). — 75. M. LETELLIER. Contribution à l'étude de la broncho-alvéolite fibrineuse hémorrhagique. — 76. M. CROZAT. Mers et son eau minérale. — 77. M. TOUIN. Contribution à l'étude des propriétés analgésiques de l'antipyrine. — 78. M. GEFFROY. Revue critique des divers criteriums qui ont été proposés pour la détermination de la responsabilité en matière criminelle. — 79. M. HÉDON. Étude anatomique sur la circulation veineuse de l'encéphale. — 80. M. ROLLAND. Sur un cas d'ostéo-arthropathie hyperostosique tardive chez un hérédo-syphilitique. — 81. M. PAULIET. Considérations générales sur les glandes vasculaires sanguines. — 82. M. BASTIDE. Les eaux thermo-minérales d'Hammam-Lif et d'Hammam-Kourbès, et de leurs applications aux maladies chroniques. — 83. M. GUILLAND. Recherches sur la nature de l'érythème noueux. — 84. M. GUÉRIN. Contribution à l'étude de l'adénite inguinale d'emblée dans les pays chauds, d'après les observations recueillies sur le croiseur l'*Hamelin*. —

85. M. Carmouze. Contribution à l'étude de la névralgie testiculaire. — 86. M. Escoubès. Quelques recherches expérimentales sur les principaux alcaloïdes de l'opium. — 87. M. Ramond. Effets des injections intra-veineuses de lait. — 88. M. Lagoarret. Considérations cliniques sur le traitement du catarrhe chronique des fosses nasales. — 89. M. Guy. De l'empyème; historique, indications, méthode antiseptique et chirurgicale. — 90. M. Garnault. Contribution à l'étude de la morphologie de l'œuf et du follicule. — 91. M. Nollet. Études sur la nature de la pelade, d'après quelques observations recueillies à l'hôpital de Cherbourg. — 92. M. Pelletier. Contribution à l'étude de l'otite moyenne catarrhale subaiguë, et de son traitement chez les enfants. — 93. M. Giberton. Essai sur quelques cas de coliques sèches, observées sur la côte occidentale d'Afrique (région intertropicale). — 94. M. Charrier. Du traitement des kystes hydatiques du foie par la méthode de Récamier. — 95. M. Grall. Contribution à l'étude des ovarites suppurées, pathogénie, marche, traitement. — 96. M. Triaud. Considérations sur deux cas de luxation traumatique du genou. — 97. M. Dodart. Du traitement de l'hypertrophie des amygdales par l'ignipuncture.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Dans sa séance du 13 août, le Comité consultatif d'hygiène publique de France a approuvé les conclusions suivantes d'un rapport de MM. Brouardel, Pouchet et Ogier, sur l'emploi de la saccharine dans les produits alimentaires, au point de vue de l'hygiène :

1° La saccharine n'est pas un aliment et ne peut pas remplacer le sucre;

2° L'emploi, dans l'alimentation, de la saccharine ou des préparations saccharinées suspend ou retarde les transformations des substances amylacées ou albumineuses dans le tube digestif;

3° Ces préparations ont donc pour effet de troubler profondément les fonctions digestives. Elles sont de nature à multiplier le nombre des affections désignées sous le nom de dyspepsie;

4° L'emploi de la saccharine est encore trop récent pour que les conséquences d'une alimentation dans laquelle entrerait journellement de la saccharine, puissent être toutes bien déterminées; mais, dès maintenant, il est établi que son usage a, sur la digestion, une influence nuisible, et nous sommes en droit de conclure que la saccharine et ses diverses préparations doivent être proscrites de l'alimentation.

— *École de médecine de Rouen.* — M. Renard, docteur ès sciences physiques, est chargé, pendant l'année scolaire 1888-1889, d'un cours de chimie.

M. Brunon, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est nommé professeur de pathologie interne.

— Sont chargés de cours, pendant l'année scolaire 1888-1889, près les Facultés de médecine ci-après désignées, les agrégés dont les noms suivent :

Faculté de Lille. — Matière médicale et thérapeutique : M. Lemoine; — chimie organique : M. Lambling; — physique : M. Doumer; — physiologie : M. Wertheimer.

Faculté de Nancy. — Histologie : M. Baraban; — botanique et histoire naturelle médicale : M. Macé.

— Sont chargés de cours pendant l'année scolaire 1888-1889, près les écoles supérieures de pharmacie ci-après désignées, les agrégés dont les noms suivent :

Montpellier. — Histoire naturelle pharmaceutique : M. Gay.

Nancy. — Pharmacie : M. Held.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Théories pathogéniques du rachitisme.

Par M. le docteur P. GALLOIS,
Ancien interne des hôpitaux.

L'évolution de la science médicale, dans notre siècle, a été particulièrement intéressante. C'est à partir de la fin du siècle dernier que l'esprit scientifique s'est véritablement développé et généralisé, et son introduction en médecine n'a pas été infructueuse. Reprenant toutes les connaissances antérieures et les soumettant à une critique sérieuse, étudiant les phénomènes pathologiques avec méthode, découvrant de nouveaux moyens d'investigation tels que la percussion et l'auscultation, la science médicale a commencé par fixer la symptomatologie des maladies, puis, avec l'aide du microscope, l'anatomie pathologique s'est précisée. On avait de la sorte reconnu les diverses manifestations de la maladie. Nous en sommes actuellement à l'étude des causes. Quand on a affaire aux maladies parasitaires, cette étude est relativement facile; mais dans toute affection où des phénomènes chimiques paraissent avoir une grande importance étiologique, la recherche des causes est beaucoup plus difficile. La médecine, dont les progrès suivent fatalement ceux des sciences accessoires, se trouve actuellement arrêtée par la chimie biologique, science toute jeune et des plus compliquées.

Il ne faut donc pas s'étonner si l'étiologie d'un grand nombre de maladies se trouve actuellement encore entourée de tant d'obscurités. Pour le rachitisme en particulier, la question se complique encore. En effet, les limites de l'affection sont mal tracées. Ainsi le rachitisme existe-t-il chez les animaux? Combien d'auteurs disent oui, combien disent non! D'autre part, tel auteur admet l'existence du rachitisme intra-utérin, tel autre nie sa possibilité. Parrot, en particulier, considère ce qu'on a décrit sous ce nom comme une affection spéciale qu'il appelle achondroplasie. Par contre, il admet que le rachitisme n'est que la dernière période de la syphilis osseuse héréditaire. Mais qu'est-ce que la syphilis héréditaire? Où commence-t-elle? Où finit-elle? Parrot y faisait rentrer diverses altérations considérées par d'autres comme non spécifiques, telles que la desquamation circinée de la langue, diverses altérations dentaires, etc. Et enfin, comme pour montrer combien il est difficile d'observer et d'interpréter des faits, une question, simple en apparence, celle des conditions hygiéniques, sociales ou autres, dans lesquelles se manifeste le rachitisme, reçoit des solutions très variées suivant les auteurs. Voilà, parmi bien d'autres encore, les trois grandes assises qu'il faudrait pouvoir établir solidement pour servir de base à l'édification d'une théorie indiscutable de l'étiologie du rachitisme. Nous n'en sommes malheureusement pas là. Aussi, regrettant de ne pouvoir élucider ces trois questions — 1° des limites du rachitisme; 2° des limites de la syphilis héréditaire, et 3° des conditions étiologiques du rachitisme, — avant de passer à l'étude des théories pathogéniques de cette affection, nous sommes forcé de passer en revue ces diverses théories, en indiquant, à l'occasion, les opinions de leurs auteurs sur les divers points accessoires en litige.

Les théories pathogéniques du rachitisme sont nombreuses. Il est, par suite, assez difficile d'en tirer une classification rigoureuse. Nous croyons cependant pouvoir les faire rentrer à peu près toutes dans les grandes divisions suivantes :

Celles que nous étudierons d'abord seront celles que nous appellerons *chimiques* pures. Dans celles-ci, les auteurs, ne considérant que ce fait de la minéralisation moindre des os rachitiques, ne verront dans l'affection qui nous occupe qu'une insuffisance de la chaux dans les os. Mais celle-ci pourra être due soit à une alimentation trop pauvre, soit à une digestion insuffisante de ces sels contenus dans une alimentation normale, soit à une dissolution de la chaux des os par un acide. Ce premier groupe comprendra donc trois subdivisions : 1° insuffisance de la chaux; 2° non-absorption de la chaux; 3° théories des acides.

Le second groupe comprendra la théorie *inflammatoire* de Kassowitz. L'auteur, ne voyant dans la composition minérale de l'os qu'un phénomène secondaire, attribuera toutes les lésions à ce processus inflammatoire, dont il aura, par la suite, à rechercher l'étiologie. Il signalera un grand nombre de causes sans trouver chez aucune d'elles l'agent pathogène unique de l'affection.

Le troisième groupe comprendra les théories qui invoquent une *auto-intoxication*, laquelle sera d'origine gastro-intestinale vraisemblablement. Ce sera surtout l'opinion de M. Comby, qui s'est inspiré des doctrines de M. Bouchard.

Enfin, en dernier lieu, nous étudierons la théorie de l'*infection*, laquelle sera représentée par l'opinion de Parrot sur l'origine hérédo-syphilitique du rachitisme.

Comme conclusion, nous parlerons des opinions *mixtes* qui, en présence de l'insuffisance des théories précédentes, nous donneront, non pas la notion d'un facteur pathogène unique, effaçant tous les autres, mais un moyen de fondre toutes ces hypothèses dans une conception unique, vague sans doute, mais la seule possible dans l'état actuel de la science.

I

Théories chimiques. — A. *Insuffisance de la chaux : 1° dans le sang*. — En présence d'un os malade contenant une proportion de chaux inférieure à la normale, la première pensée qui se présente à l'esprit, c'est que la maladie est due précisément à l'insuffisance de la chaux circulant dans le sang. Ce fut, en effet, la première théorie qui fut émise à la suite de la description faite du rachitisme par Glisson. Mais pour que cette théorie fût acceptée, il faudrait précisément démontrer ce fait que, dans le sang des rachitiques, la proportion des sels de chaux se trouve diminuée. Or cette constatation n'a pas été faite, et cela seul ruine cette théorie. D'ailleurs, il est assez remarquable que la non-calcification de l'os n'est pas le premier phénomène morbide. Au début, l'ossification se fait encore, mais d'une façon irrégulière. Il n'y a pas de suppression du dépôt des sels calcaires; ils se déposent encore, mais leur répartition est anomale. Pour que cette théorie fût vraie, il faudrait qu'un os rachitique ressemblât à un os normal décalcifié par l'acide chlorhydrique. Krukenberg a même démontré que les cendres des cartilages malades contenaient presque exclusivement de la chaux. Il faudrait encore que tous les os présentassent des lésions, et sur toute la surface, si la lésion était due à une insuffisance de la quantité de chaux contenue dans le sang, ce qui n'est pas. Ainsi, par exemple, le radius présente des altérations rachitiques très intenses à son extrémité inférieure, tandis que l'extrémité supérieure est absolument normale. De l'examen *anatomique* des os malades, on ne peut donc pas tirer une preuve suffisante de l'exactitude de cette théorie.

2° *Dans l'alimentation*. — Pour l'étayer sur des *expériences*, Chossat nourrissait des pigeons avec des substances pauvres en chaux et constatait une fragilité anomale des os, mais il n'y eut pas d'examen histologique fait, et les résultats obtenus par d'autres expérimentateurs furent moins nets. Cependant E. Voit, dans des expériences analogues, trouvait des os fortement injectés, une couche de cartilage d'ossification plus de deux fois plus large que normalement; il notait des rangées de cellules cartilagineuses irrégulières, des nodosités costales avec nombreuses fractures. Mais c'est pour ainsi dire par exception que ces lésions se produisent; elles sont possibles chez certains animaux quelque peu prédisposés au rachitisme, d'après Kassowitz, comme le chien ou le porc; mais il est impossible de rendre rachitiques le rat, la souris, le chat, le lapin, en supprimant la chaux de leur alimentation. Il y a donc une autre cause que cette insuffisance de la chaux dans l'alimentation, car on ne comprend pas pourquoi elle agirait chez tel animal et nullement chez tel autre.

D'ailleurs, pour M. Tripier, qui a repris ces expériences, on peut obtenir des os pauvres en chaux, fragiles, avec dilatation des espaces médullaires, mais ces os ne sont nullement rachitiques; ils ne présentent pas les lésions caractéristiques de cette affection : le tissu spongoïde par exemple. La diminution de la chaux ne constitue donc pas « l'essentialité du processus » rachitique.

Cliniquement, peut-on constater que l'absence de la chaux, dans l'alimentation, coïncide avec le rachitisme? Loin de là. Le lait de vache est plus riche en chaux que le lait de femme, et pourtant l'allaitement au biberon rend les enfants plus fréquemment rachitiques que l'allaitement au sein. Le lait de chienne est encore plus calcaire que le lait de vache, si bien que MM. Luzun et Bernard avaient conseillé de donner aux rachitiques du lait de chienne, malgré que le chien, par divers auteurs, soit considéré comme devenant facilement rachitique. Il est vrai de dire qu'il ne suffit pas de peser la quantité de chaux contenue dans le lait des divers mammifères, il faut encore savoir si cette chaux est facilement assimilable pour un jeune être d'une espèce différente. Or Voit a reconnu qu'un enfant qui prend 55 centigrammes de chaux dans le lait de sa mère en absorbera 34 centigrammes, c'est-à-dire environ les 3/5; s'il prend dans le lait de vache 2gr21 de chaux, il n'en fixe que 39 centigrammes, c'est-à-dire environ 1/5 seulement; s'il prend une autre alimentation que du lait, pour 2gr37 de chaux ingérée, il n'en absorbera que 23 centigrammes, soit 1/10 environ. Une constatation importante est la suivante : le lait des mères, nourrices d'enfants sains et d'enfants rachitiques, contient la même quantité de chaux (Seemann, Zander).

La *thérapeutique* n'apporte, d'ailleurs, aucun appui à cette théorie. On a beau faire prendre de la chaux aux rachitiques, on ne les guérit pas. Le phosphate de chaux peut être un bon adjuvant, mais il n'est certainement pas suffisant. Il en est un peu de même du rôle du fer dans la chlorose, il y a un grand nombre d'autres conditions hygiéniques ou thérapeutiques qui interviennent dans la guérison de cette affection à un rang au moins aussi important que le fer.

B. *Assimilation insuffisante de la chaux*. — Ainsi l'os rachitique ne contient pas autant de chaux que normalement, et pourtant, dans l'alimentation, la quantité de chaux se trouve suffisante. Ne se pourrait-il pas que cette chaux ingérée ne parvînt pas à son adresse? Une fois ingérée, elle peut ne pas être digérée, elle peut ne pas être assimilée. Cette hypothèse paraît, du reste, s'appuyer sur des faits importants. En effet, le rachitisme est fréquent chez les enfants présentant des troubles digestifs. Mais il faut aussi reconnaître que ces troubles digestifs ne sont pas le prélude obligé du rachitisme. On trouve des enfants rachitiques n'ayant pas de gastro-entérite; on trouve, inversement, des enfants athrepsiés qui n'ont pas de rachitisme. Kassowitz a même constaté que le rachitisme débutait plus fréquemment en hiver qu'en été; or c'est précisément en été que les troubles digestifs des enfants sont le plus fréquents. Enfin, comment concilier, avec cette théorie de la mauvaise digestion, l'existence du rachitisme intra-utérin? Sans doute, Parrot dénomme autrement cette affection, qu'il appelle achondroplasie, lui enlevant toute relation avec le rachitisme; cependant son opinion n'a pas prévalu, et l'on décrit encore le rachitisme congénital.

Mais il ne suffit pas de dire que la chaux ingérée n'est pas absorbée; il faudrait le démontrer chimiquement. Or, les travaux faits dans ce but ne donnent que des résultats hypothétiques eux-mêmes. Klecinsky aurait signalé ce fait que

les selles des rachitiques sont acides et contiennent une quantité plus considérable que normalement de sels alcalins. Mais cette constatation n'a pas grande importance. En effet, de ce que les selles contiennent beaucoup de phosphates, on ne peut pas conclure qu'il ne s'en est pas absorbé une quantité suffisante. D'ailleurs, l'acidité exagérée des selles aurait été une bonne condition de solubilité de ces sels, et leur absorption aurait dû par là être facilitée. Seemann admet que, dans le sang des rachitiques, il y a augmentation des sels de potasse au détriment des sels de soude, en particulier du chlorure de sodium. Par contre, il y aurait moins d'acide chlorhydrique dans le suc gastrique, d'où une dissolution insuffisante des sels de chaux. Pour M. Lauder, ce serait chez la nourrice du rachitique que le partage de la soude et de la potasse, entre les acides chlorhydrique et phosphorique, se ferait dans des proportions anomales (trop de potasse et pas assez de chlorure de sodium), si bien que la dissolution du phosphate de chaux à la faveur de l'acide chlorhydrique se ferait en quantité insuffisante. Wagner suppose que chez les rachitiques il y a diminution des sels alcalins qui, normalement, favorisent l'absorption des sels de calcium, et présence dans le sang des sels de calcium sous une forme peu favorable à leur dépôt dans le tissu osseux.

En somme, cette théorie du manque de chaux dans l'organisme n'explique pas suffisamment les divers caractères du rachitisme. Elle ne se vérifie pas anatomiquement, puisque l'os malade contient de la chaux en quantité encore notable et qu'il présente d'autres altérations que la théorie n'explique pas. Expérimentalement, le rachitisme ne peut être reproduit à coup sûr chez tous les animaux auxquels on supprime la chaux dans les aliments. Cliniquement, ce ne sont pas toujours les enfants qui prennent le moins de chaux qui deviennent rachitiques, tandis que d'autres, qui en absorbent une plus grande quantité, présentent les déformations caractéristiques. La thérapeutique consistant à donner de la chaux aux rachitiques ne paraît pas améliorer leur état d'une façon certaine. Force est donc de rechercher une autre théorie.

B. *Théorie de l'acide.* — En voulant assimiler le rachitisme à l'ostéomalacie, qui serait le rachitisme de l'adulte, on est arrivé à émettre une autre hypothèse, dans laquelle la diminution des sels calcaires joue encore un rôle, non plus primitif, mais secondaire. C'est ce que Kassowitz désigne sous le nom de théorie de l'acide.

Dans cette hypothèse, on admet que les sels calcaires sont absorbés et circulent en quantité suffisante dans le sang, mais on suppose : 1° ou bien que la chaux déjà déposée dans les os se redissout au contact d'un sang trop acide ; 2° ou bien même que le sang trop acide maintient dissous des sels calcaires qui devraient se déposer dans les os en voie de formation. Cette dernière opinion, qui se rapproche beaucoup de celles que nous venons de rapporter en dernier lieu, est adoptée par Senator, qui admet une non-calcification des os sous l'influence d'un sang dont l'alcalinité est diminuée.

Les théories qui supposent la *décalcification* de l'os déjà formé datent de l'époque où l'on reconnut que l'acide chlorhydrique dissolvait les sels calcaires de l'os. C'est Boerhaave qui, le premier, a formulé cette théorie. Mais quel est l'acide qui peut ainsi décalcifier les os ? On a incriminé successivement les suivants : acide acétique (Bonhomme), oxalique (Beneke), phosphorique; actuellement, c'est surtout l'acide lactique (Bouchard) et l'acide chlorhydrique que l'on accuse de produire la dissolution des sels calcaires dans les os rachitiques. Il fallait d'abord constater la présence d'un acide dans les os rachitiques. Si, dans les os ostéomalaciques, divers auteurs (Schmidt, O. Weber, Moers, Muck) ont signalé la présence de l'acide lactique, d'autre part Virchow a noté constamment une réaction alcaline. Dans le rachitisme, Lehmann a noté la même réaction alcaline des os, qu'ils soient malades ou qu'ils soient sains. Il paraît, dans ces conditions, difficile d'admettre une dissolution des sels calcaires sous l'influence d'un acide. Cliniquement, on a cherché à avoir la preuve d'un excès d'acide lactique dans le sang, en décelant sa présence dans les urines. Les résultats sont contradictoires. M. Marchand, Lehmann, Gorup-Bezanez ont signalé la présence de l'acide lactique dans l'urine des rachitiques; mais comme Neubauer, dans un cas de rachitisme très marqué, n'a pas trouvé d'acide lactique dans les urines, on ne peut admettre que ces deux faits, rachitisme et acide lactique dans les urines, soient forcément connexes. Enfin, pour admettre que le rachitisme est dû à une décalcification de l'os, il était important de retrouver dans les urines les sels de chaux provenant de la redissolution de l'os. Déjà Fourcroy, en 1780, puis Bolba, Lehmann et M. Marchand auraient, en effet, constaté, dans les urines des rachitiques, du phosphate de chaux en excès. Mais, outre que la présence du phosphate de chaux en excès dans les urines peut s'observer en dehors du rachistisme, Simon le Canu, Virchow, Zuelzer n'ont retrouvé, dans les urines rachitiques, ni chaux, ni phosphates en excès. Ainsi donc, la redissolution des sels calcaires déjà fixés dans l'os ne paraît pas démontrée.

L'expérimentation donne-t-elle des résultats plus constants et plus positifs ? Heitzmann, en faisant ingérer par la bouche ou injectant sous la peau de l'acide lactique à des animaux (chien, chat, lapin, écureuil), a constaté un ramollissement des os. Mais il faut dire qu'en même temps ses animaux présentaient d'autres lésions viscérales importantes (catarrhe des voies respiratoires et digestives), qui pourraient être considérées comme les causes secondes des lésions osseuses. D'ailleurs, les expériences de contrôle de M. Toussaint et de M. Tripier ont été négatives, les os ne présentaient pas d'altération. Pour l'acide lactique, il n'y a donc rien de net, et c'est le corps qui a été le plus étudié et qui paraissait surtout devoir être incriminé. L'acide chlorhydrique, l'acide phosphorique, sont bien vraisemblablement innocents de cette décalcification improbable, puisque l'un et l'autre ont été conseillés dans le traitement de l'affection. Au sujet de l'acide phosphorique, les deux opinions inverses pourraient être soutenues. A haute dose, Kassowitz a remarqué que le phosphore détermine la décalcification des os; on pourrait donc dire que l'excès d'acide phosphorique dans le sang amène le rachitisme. Mais jamais on ne trouve, dans le sang des rachitiques, une proportion de phosphore aussi considérable que dans les expériences de Kassowitz. Il est donc difficile d'incriminer l'excès d'acide phosphorique. Inversement, le traitement du rachitisme par le phosphate de chaux ou par des phosphates solubles de soude ou de potasse recommandés par M. Bouchard, ou enfin par le phosphore, comme le veut Kassowitz, pourrait bien faire penser que le rachitisme est dû à l'insuffisance des phosphates. Mais on peut, croyons-nous, dire du traitement par les phosphates ce que nous disions du traitement par les sels de chaux, ou pour la chlorose du traitement par le

fer, ces substances chimiques peuvent être des adjuvants, mais il y a autre chose à faire. Il ne suffit pas d'ajouter chimiquement à l'organisme le corps qui fait défaut à telle de ses parties, il faut le rendre apte à s'assimiler ces substances. Il est vrai que là est le problème. Pour le phosphore, Kassowitz n'admet pas qu'il guérisse le rachitisme en ajoutant un principe insuffisamment représenté dans le sang. Il suppose qu'il agit en provoquant dans l'os une inflammation substitutive et résolutive.

Ainsi donc, après avoir passé en revue ces diverses théories, on peut constater qu'elles s'appuient sur des faits intéressants sans doute, mais dont aucun n'a une valeur suffisante pour faire adopter sans réserve la théorie qu'ils ont servi à édifier. Pour aucun il n'y a de démonstration scientifique complète.

II

THÉORIE DE L'INFLAMMATION. — Le grand tort des théories que nous venons d'étudier est de ne tenir compte que d'une des données du problème : les troubles de la calcification. Elles considèrent trop l'os comme un minéral qui serait soumis à des influences purement chimiques. Elles oublient trop que l'os est un organe vivant et ne font pas intervenir, dans la production du rachitisme, les phénomènes d'ordre vital. Kassowitz réagit contre cette tendance et met au premier plan l'inflammation de l'os en voie de formation. Il insiste en effet sur les phénomènes inflammatoires que présente l'os rachitique. Ainsi, il signale l'augmentation de volume des os malades, augmentation de volume correspondant histologiquement à une hyperhémie indéniable. Les vaisseaux sont augmentés de volume et de nombre, les cellules cartilagineuses prolifèrent, les parties déjà formées manifestent une tendance à un retour à l'état embryonnaire. Les phénomènes d'ordre inflammatoire sont indéniables, l'objection clinique que le rachitisme n'est pas une maladie fébrile est insuffisante, il ne manque pas de processus inflammatoires chroniques qui ne déterminent pas de fièvre. Mais si les lésions inflammatoires sont évidentes, sont-elles consécutives à la décalcification de l'os, ou au contraire les précèdent-elles ? Kassowitz considère que l'inflammation est cause et non pas effet de la décalcification. Il démontre, en effet, que l'inflammation des os s'accompagne de décalcification, la simple congestion d'ordre vaso-moteur produite par la section d'un nerf a le même résultat. Dans ses expériences sur le phosphore à haute dose, la décalcification des os serait produite, d'après lui, par l'irritation exercée par les particules ou les composés de cette substance. Rien n'empêche donc d'admettre que le trouble vital (inflammation) précède le trouble chimique (décalcification). Mais le rachitisme n'est pas l'ostéite ni la chondrite, comment expliquer les différences qui le séparent de ces deux affections ? Il faut tout d'abord remarquer que l'inflammation rachitique se manifeste sur un tissu en voie de développement, et un tissu qui a un mode de développement un peu différent de celui des autres tissus. La caractéristique des organismes vivants est d'avoir un accroissement interstitiel. Les minéraux, par contre, s'accroissent par l'apposition de matériaux nouveaux à leur périphérie. L'os, étant une sorte de minéral vivant, participe de ces deux modes d'accroissement. Il se fait bien un travail interstitiel de prolifération cellulaire, mais le dépôt des substances calcaires se fait par apposition : autour d'un noyau osseux déjà formé se disposent de nouvelles couches osseuses, comme autour d'un calcul se disposent de nouvelles couches solides. Quand un tissu s'accroît, toutes ses parties subissent en même temps le travail de l'accroissement; dans l'os, au contraire, il n'y a, à un moment donné, qu'une zone où ce travail se manifeste, les parties déjà calcifiées se trouvant dans un état de repos relatif. Dans le rachitisme c'est précisément cette zone de développement qui s'enflamme, dans l'ostéite c'est la région adulte et inactive qui est enflammée. Il n'est donc pas étonnant que les deux lésions présentent des différences.

Pour comprendre avec quelle facilité un cartilage d'ossification peut s'enflammer, on peut faire les remarques suivantes. Dans la première année un enfant s'accroît de 20 centimères. En supposant que le membre inférieur seul contribue pour 12 centimètres dans cet allongement, on voit que par mois l'accroissement serait de 1 centimètre, ce qui, réparti entre les quatre épiphyses fémorales et tibiales, supposerait une moyenne de 2 millimètres et demi. Il se passe donc au niveau de ces épiphyses un travail formatif d'une grande activité, qui peut facilement se transformer en travail inflammatoire. On sait, depuis Broca, que, sur un même os, une épiphyse (l'épiphyse inférieure du fémur, par exemple) contribue plus que l'autre à l'accroissement de l'os, il semble que ce soient précisément celles qui travaillent le plus qui présentent les lésions rachitiques les plus accentuées. Mais c'est là une hypothèse qu'il faudrait vérifier, elle expliquerait la localisation plus intense du rachitisme sur certains points.

Quoi qu'il en soit, les lésions rachitiques se montrent surtout dans les zones d'accroissement, mais il en existe aussi à un moindre degré dans les parties déjà calcifiées où le travail interstitiel est moins actif. Si l'on considère que ces lésions sont généralisées, il faut admettre que la cause de cette inflammation n'est pas locale mais générale. Kassowitz, l'auteur de cette théorie, passe en revue toutes les conditions dans lesquelles peut se produire le rachitisme, et cherche à voir si une cause particulière peut produire cette affection. Il recherche les causes qui auraient pu exercer leur influence, non seulement depuis la naissance de l'enfant, mais même antérieurement.

Avant la naissance on pourrait invoquer l'état des parents, leur âge trop avancé, ou, au contraire, la jeunesse trop grande de la mère, leurs maladies, telles que la tuberculose du père, comme le voulait Ritter, ou le rachitisme. Récemment, Uffelmann et d'autres auteurs ont insisté sur ce dernier point. Mais toutes ces causes paraissent de peu d'importance. Il en est de même du sexe de l'enfant et du moment de son apparition dans la famille, qu'il soit des aînés ou des plus jeunes, qu'il soit né peu de temps après un autre enfant, à un moment où sa mère n'aurait pas eu le temps de se remettre de sa première grossesse et de ses premières couches. L'influence des grossesses gémellaires ne lui paraît pas plus importante. Il n'y aurait que la syphilis transmise des parents aux enfants, qui, parmi les causes antérieures à la naissance, aurait une influence sérieuse. C'est là un point sur lequel nous reviendrons.

Après la naissance, l'influence des maladies ne serait pas négligeable, ce seraient surtout les maladies respiratoires et les fièvres éruptives qui pourraient être incriminées. Il signale la fièvre intermittente dont l'action nocive a été signalée par Oppenheimer pour les enfants de certains quartiers de Vienne, mais sans attacher grande valeur à cette hypothèse.

Il passe en revue également les vices d'hygiène auxquels on pourrait imputer le rachitisme.

A la suite d'Elsässer et de Ritter, il attribue une grande importance aux viciations de l'atmosphère. Il reconnaît que les cas de rachitisme sont les plus nombreux de janvier à mai, c'est-à-dire à la fin de la période hivernale où les enfants sont confinés dans les maisons. Le rachitisme serait plus fréquent chez les pauvres, et surtout chez les ouvriers des villes qui vivent entassés dans des logements insuffisants. Enfin, le rachitisme serait plus rare dans les pays chauds, où la vie au grand air est plus facile.

A côté de ces causes nocives, dues à la viciation de l'atmosphère, il insiste longuement sur les troubles digestifs auxquels il attribue une certaine importance. Il constate la rareté du rachitisme après la période où l'enfant doit être allaité. Il signale les opinions qui attribuent le rachitisme aux catarrhes intestinaux ou aux diarrhées d'été, mais sans leur imputer une action bien notable, il remarque en particulier que le rachitisme, fréquent en hiver, est rare, au contraire, dans la période du choléra infantile et des gastro-entérites estivales. Il conclut que l'alimentation a une action sur le rachitisme, mais qu'elle n'est pas prépondérante. Les grandes causes pour lui seraient les maladies antérieures de l'enfant, l'air vicié et la syphilis.

III

Auto-intoxication. — Dans l'opinion de Kassowitz, la lésion rachitique serait produite par un principe nocif circulant dans le sang, il se rapproche donc beaucoup de la théorie de l'auto-intoxication, puisque l'air vicié et les maladies antérieures laisseraient dans l'organisme un sang chimiquement altéré. Mais il attribue peu d'importance aux troubles digestifs, et c'est pourtant à une auto-intoxication d'origine digestive que M. Comby paraît rattacher actuellement la production du rachitisme. Déjà, on le sait, les vices d'alimentation avaient été mis en cause. J. Guérin après avoir accusé l'allaitement prolongé de produire le rachitisme, en était venu, au contraire, à admettre que cette affection était due à la suppression précoce du lait chez les jeunes chiens. Mais M. Tripier, ayant repris la question et ayant fait de nouvelles recherches, n'avait pu rendre ses animaux rachitiques, quelle que fût leur alimentation.

L'alimentation n'ayant rien donné, on a cherché dans les troubles digestifs, et c'est actuellement l'ordre d'idées auquel se rattache l'hypothèse de M. Comby.

Cet auteur suppose que les lésions osseuses du rachitisme sont dues à la résorption des produits d'une fermentation anomale dans les estomacs dilatés. Déjà, au sujet des théories qui invoquent une insuffisance de la chaux dans l'organisme, nous avons eu à signaler que des troubles gastro-intestinaux seraient capables de produire le rachitisme. Mais dans ces hypothèses on supposait que le trouble digestif amenait une précipitation des sels de chaux qui, de cette façon, ne pouvaient pénétrer dans l'organisme. D'autres auteurs, tels que MM. Bouchut, Gerhardt, etc., invoquaient également ces troubles alimentaires, mais sans chercher à indiquer le mécanisme par lequel les lésions rachitiques étaient produites. D'ailleurs, comme Parrot et bien d'autres le faisaient remarquer, la coexistence du rachitisme avec ces troubles digestifs était loin d'être constante. On trouve, en effet, des enfants gros et gras, dont l'alimentation se fait bien, qui n'ont pas de diarrhée, et qui, malgré cela, sont rachitiques, parfois à un degré très avancé. Par contre, un enfant atrophié n'est généralement pas rachitique. En invoquant l'influence de la dilatation de l'estomac, M. Comby s'est mis à l'abri de ces critiques. En effet, chez les adultes, un individu porteur d'un estomac dilaté, peut être gros, d'apparence robuste, et n'avoir que des troubles digestifs peu accentués et pour ainsi dire latents, ce qui ne l'empêchera pas d'être atteint de poussées de fièvre légère, au moment de la digestion, d'avoir des vertiges, de porter les nodosités de Bouchard, ou d'être soumis à des accidents variés. L'affection, dans ce cas, s'accusera non pas par des phénomènes gastro-intestinaux, mais par des accidents d'auto-intoxication. Or, dans l'hypothèse de M. Comby, ce serait par auto-intoxication que les enfants deviendraient rachitiques. On comprendrait, dans ce cas, que les enfants, malgré la dilatation de leur estomac, aient toutes les apparences extérieures de la santé, et, en particulier, paraissent avoir un tube digestif en bon état. M. Bouchard se rallie volontiers à cette opinion. Cependant, cette opinion est critiquée par M. Rendu. M. Comby présentait, en effet, à la Société médicale des hôpitaux, un adulte, ancien rachitique, ostéomalacique et dilaté. Il attribuait l'ostéomalacie à la dilatation présente, le rachitisme antérieur à des troubles digestifs peut-être de même ordre. A quoi M. Rendu répondit en faisant remarquer la rareté de l'ostéomalacie comparée à la fréquence de la dilatation. D'ailleurs, le malade présentait cette particularité que son ostéomalacie était guérie, tandis que son estomac ne l'était pas. Il paraissait donc difficile dans ces conditions d'admettre que l'un fût la conséquence de l'autre. Chez les enfants il faudrait vérifier le fait avant de pouvoir se prononcer sur la théorie. D'ailleurs faisons remarquer qu'on ne connaît pas encore exactement les phénomènes chimiques qui se passent dans un estomac dilaté. Les fermentations anomales qui s'y développent peuvent être très différentes chez des sujets différents, et sur le même sujet elles peuvent sans doute se modifier sous des influences très diverses. Mais ce sont là des hypothèses ne reposant que sur notre ignorance et, par conséquent, de peu de valeur.

Pour préciser le produit de fermentation anomale dont l'absorption pourrait provoquer le rachitisme, on a cité l'acétone. L'acétone dériverait de la décomposition des substances sucrées; comme dans le diabète; elles se transformeraient en alcool, mais celui-ci, au lieu de donner de l'acide acétique par une fermentation régulière, donnerait de l'acétone, corps représentant une oxydation moins complète. En effet, l'acétone dérive de l'aldéhyde. Celle-ci serait de l'acide acétique privé de deux atomes d'oxygène, et l'acétone ne diffère de l'aldéhyde que par la substitution d'un radical hydrocarboné à un atome d'hydrogène.

On voit donc que l'acétone contient une proportion d'oxygène relativement faible. Mais Baginsky, qui a cherché à vérifier cette hypothèse, n'a pu y réussir. En résumé toute cette théorie est trop jeune pour avoir fait ses preuves, on ne peut encore, faute de renseignements suffisants, se prononcer avec quelque assurance. Elle comporterait des règles d'hygiène prophylactique de grande valeur. M. Comby, en effet, réglemente d'une façon très sage l'alimentation des enfants. Il recommande l'allaitement au sein, et comme, même avec cet allaitement, le rachitisme est possible, il insiste pour que l'on ne donne pas aux enfants des tétées trop abondantes. Cependant il ne faut pas, d'après cette théorie, supposer que les nourrissons seuls sont capables d'être rachitiques. On connaît des faits de rachitisme tar-

dif, ceux de Kassowitz et de Weinlechner, par exemple, apparaissant non seulement chez des enfants de quatre ou cinq ans, mais vers douze ans et aux approches de la puberté, à une époque où se produisent souvent des poussées de croissance hâtive.

IV

Syphilis. — Comme nous le voyons, les doctrines alimentaires du rachitisme, fort séduisantes, ne sont pas suffisamment étayées par les faits. L'avenir en décidera. Mais en face d'elles se place une hypothèse d'après laquelle le rachitisme serait, non pas une maladie acquise, mais le résultat d'un vice originel. L'agent pathogène du rachitisme, Parrot pensait l'avoir trouvé dans le virus syphilitique congénital. Suivant l'exemple de M. Tripier, il avait cherché à produire le rachitisme expérimental chez les animaux sans y réussir. Il élevait, par exemple, concurremment, de jeunes chiens de la même portée, les uns étaient laissés à leur mère, les autres étaient nourris à la viande. Jamais ces derniers ne devenaient rachitiques. Il n'admettait, par suite, le rachitisme vrai que dans l'espèce humaine. Comme, d'autre part, l'homme a le privilège exclusif de la syphilis, sa théorie se trouverait difficilement attaquable sur le terrain de l'expérimentation et de la pathologie comparée. Mais ce n'étaient pas là des preuves suffisantes et ses arguments sont empruntés à l'anatomie pathologique et à la clinique.

Pour l'anatomie pathologique, on sait quelles étaient les opinions de Parrot. La syphilis osseuse héréditaire évolue en trois périodes. La première, débutant pendant la vie fœtale et se poursuivant jusqu'à l'âge de deux mois environ, est caractérisée par les *ostéophytes durs*. Ceux-ci forment, à la surface de la diaphyse des os longs ou sur les faces des os plats, une sorte de revêtement osseux d'apparence éburnée. La section en est très difficile à cause de leur dureté, à la coupe on constate qu'ils sont formés de trabécules osseuses très rapprochées, à direction perpendiculaire à la surface de l'os. De plus, au niveau du cartilage épiphysaire, on voit ce que Parrot appelle la couche chondro-calcaire, c'est un tissu friable, comme crayeux, dans lequel la couche cartilagineuse s'infiltre de dépôts calcaires et dans lequel les cellules cartilagineuses présentent déjà des altérations assez voisines du rachitisme. Elles ont déjà augmenté de volume, leurs noyaux se sont multipliés et elles contiennent des granulations calcaires. Dans la seconde période les ostéophytes durs de la première subissent un commencement de *médullisation*. Les trabécules s'atrophient par résorption de leurs sels calcaires, par contre les canaux de Havers qui les séparent se dilatent et laissent apparaître des corpuscules ostéoïdes qui sont des ostéoplastes altérés dont les prolongements paraissent plus nombreux et forment un réticule d'apparence conjonctive pouvant dans certains cas aboutir à une véritable transformation fibreuse. En même temps, on observe l'altération gélatiniforme non seulement de la moelle contenue dans le canal médullaire, mais aussi des éléments médullaires contenus dans les canaux de Havers.

Dans la *troisième période* qui commence à la fin de la première année, les ostéophytes primitifs continuent à se médulliser davantage, ils deviennent de plus en plus mous, en même temps que le tissu osseux normal sur lequel ils reposent. Mais, en outre, il s'est déposé à leur surface de nouveaux ostéophytes formés par le périoste épaissi. Ces ostéophytes sont franchement mous et présentent ordinairement une épaisseur plus grande. En même temps du côté du cartilage se montre un véritable *tissu spongoïde* présentant tous les caractères du tissu spongoïde du rachitisme et constituant pour ainsi dire une exagération des lésions observées dans la couche chondro-calcaire de la première période. Les lésions sont absolument celles que M. Ranvier a décrites pour le rachitisme. Parrot, qui à la suite de Wesner avait commencé ses recherches avec l'intention de séparer nettement la syphilis osseuse héréditaire du rachitisme, ne put arriver à trouver une lésion caractéristique lui permettant d'établir cette distinction. Il retrouvait partout la même lésion, l'ostéophyte. Le rachitisme était l'aboutissant des altérations osseuses syphilitiques, il en constitue la troisième période. Et comme l'os a un développement particulier stratigraphique, ses diverses couches conservent la trace des lésions anciennes, absolument comme en géologie les couches successives du sol permettent de reconstituer la préhistoire. On peut ainsi sur un même os retrouver la trace de l'ostéophyte dur de la naissance sur l'ostéophyte mou de la première année. La superposition de ces deux lésions indiquait, pour lui, qu'elles étaient dues à la même cause et, puisque la plus ancienne avait une origine certainement syphilitique, la plus récente, le rachitisme, devait avoir la même origine. On peut faire à cette interprétation diverses objections. D'abord, Parrot reconnaît lui-même que cette évolution en trois périodes n'est pas fatale. La syphilis osseuse « ne débute pas nécessairement par la première forme, mais par l'une quelconque d'entre elles, suivant l'âge auquel la syphilis entre en activité ». Il reconnaît même que le rachitisme peut se montrer sans aucun autre signe de syphilis, il en serait la seule manifestation. D'autres interpréteront les mêmes faits de la façon suivante : « Le rachitisme peut se produire sans lésions syphilitiques antérieures. » Enfin, de ce que deux lésions sont superposées, on ne doit pas affirmer qu'elles ont l'une et l'autre la même cause. Il se peut très bien qu'elles aient une origine différente ou que la première ait été la cause occasionnelle de la seconde. Les lésions osseuses syphilitiques peuvent prédisposer l'os au rachitisme, sans que pour cela le virus syphilitique soit l'agent direct exclusif du rachitisme.

En somme, l'argumentation de Parrot peut être résumée de la façon suivante : 1° la syphilis osseuse a une évolution régulière caractérisée par la succession régulière des trois types que nous avons décrits ; 2° dans le dernier stade, les os portent deux altérations : d'une part le tissu spongoïde caractéristique du rachitisme, d'autre part des ostéophytes récents ou anciens, ces derniers particulièrement caractéristiques de syphilis infantile. Ces deux altérations relèvent de la même cause, celle qui a produit les premières altérations : la syphilis. MM. Cazin et Iscovesco, dans un travail récemment récompensé par l'Académie, reprennent cette étude et font des idées de Parrot une critique assez vive. Ils commencent par décrire les trois types de syphilis osseuse héréditaire de Parrot, mais tout en reconnaissant qu'ils s'observent à des époques différentes de la vie de l'enfant, ils les considèrent non pas comme des étapes successives d'une même affection, mais comme trois variétés de la même maladie. Ils ne cherchent pas d'ailleurs à réfuter l'idée de la succession de ces types ; mais comme cette évolution chronologique est le premier argument de Parrot, il aurait fallu, nous semble-t-il, le réfuter plus complètement. Reste le second argument. Dans le troisième type il y a coexis-

tence de l'ostéophyte caractéristique de la syphilis et le tissu spongoïde caractéristique du rachitisme, donc le rachitisme n'est que de la syphilis. MM. Cazin et Iscovesco considèrent d'abord que l'ostéophyte n'est pas absolument caractéristique de la syphilis. On peut le rencontrer en particulier dans toute périostite chronique. D'autre part, le tissu spongoïde commun aux deux maladies peut se rencontrer également dans d'autres affections, en particulier la tuberculose. Il n'est donc pas pathognomonique. Il faut chercher la caractéristique dans sa distribution. Dans le rachitisme « son développement sur un grand nombre d'os à la fois constitue une lésion absolument propre ». Dans la syphilis, suivant la remarque de Taylor, il ne se montrerait pas avec la même extension, il serait presque toujours localisé sous forme de petits noyaux juxta-épiphysaires ou bien entre quelques couches ostéophytiques, auxquelles il donne alors l'apparence feuilletée. L'apparence serait également différente : dans la syphilis il serait plus dur, plus dense, il ressemblerait assez au « tissu spongieux de la fin du rachitisme », au moment où les travées commencent à s'imprégner de sels calcaires. On le voit, les différences ne sont pas très considérables. Nous laissons de côté les distinctions que les auteurs établissent entre les deux premiers types de la syphilis et le rachitisme. Ces distinctions, en effet, reconnues par Parrot, ne sont pas en cause puisque, à ce moment, l'os ne serait pas entré dans la période rachitique de la syphilis osseuse. La réfutation des opinions de Parrot, sur le terrain anatomique, ne nous paraît donc pas absolument suffisante. Il faut reconnaître d'ailleurs que la question est des plus difficiles. Elle a préoccupé Parrot pendant dix ans, et l'on a vu qu'il n'avait pu séparer les deux affections. Mais si l'anatomie pathologique laisse des doutes, dans la partie clinique de leur travail MM. Cazin et Iscovesco apportent des arguments de haute valeur et absolument convaincants.

Pour établir cliniquement que le rachitisme est la conséquence entière d'une cause unique, la syphilis, il faut démontrer la coexistence constante des deux affections, chez le même individu. Rien ne paraît plus simple. Et pourtant, il est remarquable de voir combien, à ce sujet, les opinions diffèrent. Ainsi, M. Cazin, sur 49 rachitiques, n'observe de syphilis chez aucun. Par contre, pour Parrot, sur 100 cas de rachitisme, on trouve peut-être 90 syphilitiques héréditaires, en généralisant il concluait que les 10 autres étaient porteurs d'une hérédo-syphilis méconnue. La vérité se trouve entre ces deux extrêmes : la coexistence est assez fréquente, Astruc avait déjà remarqué que les fils de vérolés étaient souvent rachitiques. M. Fournier et Kassowitz signalent la même coïncidence fréquente. Pour ce dernier auteur cependant, la syphilis ne donnerait pas lieu à des formes graves de rachitisme, surtout à des phénomènes de ramollissement osseux considérable. Cela tiendrait à ce que la syphilis provoque une éburnation des os qui les empêche de se ramollir autant que dans les cas de rachitisme non syphilitique. Le rachitisme d'origine syphilitique ne nous paraît donc pas niable. Cependant, il faut reconnaître que la proportion donnée par Parrot est trop forte. Il est vrai que, pour diagnostiquer la syphilis congénitale, Parrot s'appuyait sur des signes que l'on ne considère pas comme spécifiques, tels que les érosions dentaires, les cicatrices fessières, la desquamation circinée de la langue. Il faisait rentrer dans la syphilis trop de choses. Avant de lui en faire un reproche, il faut se rendre compte des difficultés du service des Enfants-Assistés. On y voit, tous les matins, un certain nombre de nouveau-nés auxquels il faut immédiatement donner une nourrice; on les examine pour s'assurer qu'ils n'ont aucune lésion contagieuse, et malgré le soin qu'y mettait Parrot, il se produisait des cas d'inoculation syphilitique chez les nourrices. Or, comme les nourrices ne gardaient que quelques jours leurs nourrissons, que l'on envoyait à la campagne le plus tôt qu'on le pouvait, il était très difficile de savoir de quel enfant elle tenait leur mal. En recherchant les observations faites sur les enfants qui pouvaient être accusés du méfait, on trouvait signalé par l'un ou par l'autre, soit des cicatrices, soit de la desquamation circinée de la langue; de là à se demander si ces lésions étaient suspectes, puis à admettre qu'elles étaient spécifiques, le pas n'était pas considérable. La grande préoccupation de Parrot était de préserver de la syphilis les nourrices, dont il avait la responsabilité, et par suite de trouver les signes de la syphilis infantile. On lui reprochait de la voir trop, il se reprochait ne pas la voir assez. Sans vouloir blâmer le savant d'avoir été philanthrope, on doit reconnaître que ces préoccupations l'ont entraîné un peu loin, et lui ont fait considérer comme spécifiques des lésions banales. Sa statistique ne doit donc pas être acceptée sans réserve.

Mais si le rachitisme est fréquent à la suite de l'hérédo-syphilis, pour pouvoir affirmer qu'il est la suite même de celle-ci, il faudrait qu'il ne pût se rencontrer que chez des fils de syphilitiques. Or, l'observation de M. Galliard, entre autres, est absolument démonstrative. Un enfant est rachitique, plus de deux ans après, ses parents deviennent syphilitiques. Ils ne l'étaient donc pas au moment de la naissance de l'enfant qui, par conséquent, n'avait pas la syphilis héréditaire. Et cette observation n'est pas isolée. Il est par conséquent bien démontré que le rachitisme n'a pas pour cause unique la syphilis, il n'est donc pas, comme le croyait Parrot, la dernière période de l'hérédo-syphilis osseuse. Mais MM. Cazin et Iscovesco ne vont-ils pas trop loin en considérant que la syphilis et le rachitisme n'ont de commun que des apparences trompeuses. D'après eux le pseudo-rachitisme syphilitique se distinguerait cliniquement du rachitisme vrai. Ce pseudo-rachitisme ne présente aucune symétrie des lésions ostéophytiques, il se caractérise surtout par l'absence de nouures et par la présence d'hyperostoses. Mais ils n'en rapportent qu'une observation. En somme, entre ces deux opinions, celle de Parrot qui fait de tout rachitisme un corollaire de la syphilis et celle de MM. Cazin et Iscovesco qui en font deux états n'ayant rien de commun, il y a peut-être place pour une troisième opinion plus éclectique, celle de M. Fournier, par exemple. Cet auteur admet ce fait que la coexistence du rachitisme et de la syphilis est fréquente, sans aller jusqu'à admettre cette théorie que le rachitisme est le fils de la syphilis. La syphilis héréditaire mettrait les enfants dans un état d'infériorité, de dégénérescence, qui les prédisposerait au rachitisme.

V

Opinions mixtes. — En somme, en tenant compte de ce fait que le rachitisme peut se produire sous des influences diverses, qu'il peut être produit tantôt par une mauvaise hygiène alimentaire ou respiratoire, tantôt par l'existence d'une infection syphilitique intra-utérine, sans qu'on puisse faire, de l'un quelconque de ces éléments, la cause unique du rachitisme, force est bien d'en venir à une hypothèse, non plus exclusive, mais compréhensive. Il faut

admettre que le rachitisme peut être l'aboutissant de toutes ces mauvaises conditions congénitales ou acquises. On en arrive à l'opinion de Broca qui est aussi celle de Fournier, que le rachitisme est l'expression d'une dégénérescence dont les causes sont multiples. Évidemment on retombe dans cette étiologie disparate qui ne satisfaisait pas Parrot, mais malheureusement, c'est encore la seule, avant comme après lui, qu'on puisse invoquer. Ce n'est évidemment d'ailleurs qu'une hypothèse d'attente, il est bien certain qu'un jour viendra où l'on trouvera l'agent, chimique ou infectieux, qui est la cause immédiate du rachitisme; toutes les conditions pathogéniques, actuellement incriminées, n'étant que des causes éloignées de cette affection. Néanmoins, la conception actuelle a au moins l'avantage d'amener la thérapeutique à des règles hygiéniques, de toute façon importantes et efficaces. Si le rachitisme existe dans les familles riches, il y est cependant plus rare et, suivant la remarque de Kassowitz, notablement moins grave que chez les pauvres, preuve évidente qu'une hygiène bien entendue est avantageuse dans la prophylaxie et dans la curation de l'affection. Il est évident qu'il faudra donner aux enfants une aération meilleure, les envoyer à la campagne par exemple. Il sera important de régler leurs tétées comme le veut M. Comby, pour empêcher la dilatation de l'estomac et la série des accidents qu'elle peut provoquer. Au besoin, pour être sûr que les enfants aient à leur disposition les matériaux chimiques nécessaires à la constitution de l'os, on pourra ajouter à leur alimentation, soit le phosphate de chaux, soit séparément les deux éléments de ce sel, l'eau de chaux d'une part et le phosphore, celui-ci soit à l'état de phosphore dissous dans l'huile comme Kassowitz, soit à l'état de phosphate de soude et de potasse, comme M. Bouchard, soit en combinaison plus complexe et déjà organisée comme dans la cervelle. Mais comme nous l'avons fait remarquer déjà, il sera nécessaire d'y adjoindre un traitement hygiénique, au moins aussi important. Quant à la question de la syphilis, il faudra tâcher de retarder le mariage des vérolés de façon à diminuer les chances de procréation d'enfants prédisposés au rachitisme, il faudra, dès l'apparition des phénomènes hérédo-syphilitiques chez les nouveau-nés, combattre cette infection par l'emploi du sirop de Gibert, par exemple, à la dose d'une cuillerée à café ou même moins, de façon à éviter, autant que possible, l'évolution complète de la syphilis osseuse, et la production de lésions pouvant créer une sorte d'appel au rachitisme.

Bibliographie. — Traités classiques : *Dictionnaire* de Dechambre (Tripier), de Jaccoud (Lannelongue), *Histologie pathologique* de Cornil et Ranvier, *Cliniques* de Trousseau, etc., etc.

Voir en outre les travaux récents :

Assada. *Rachitisme et syphilis osseuse*, Thèse de Lyon, 1886. — Bouchard. *Maladies par ralentissement de la nutrition. Auto-intoxications.* — Cazin et Iscovesco. Des rapports du rachitisme avec la syphilis, *Archives générales de médecine*, 1887, oct.-nov.-déc. — Comby. Étiologie et prophylaxie du rachitisme, *Archives générales de médecine*, 1885, mars; Rachitisme et syphilis, *Progrès médical*, 23 janvier 1886 ; *Ostéomalacie, rachitisme et dilatation de l'estomac*, Société médicale des hôpitaux, 11 mars 1887. — Fournier. *Syphilis héréditaire tardive.* — Galliard. Rachitisme et syphilis, *France médicale*, 7 janvier 1886. — Giraudeau. Rachitisme et syphilis, *France médicale*, 9 février 1886. — Kassowitz. *Die normale Ossification u. s. w.* 2e partie, Rachitis. — Parrot. *La syphilis héréditaire et le rachitisme.*

LA SURDITÉ PARADOXALE ET SON OPÉRATION

Par M. Boucheron (1).

Dans la *surdité paradoxale*, ou *paracousie de Willis*, le patient est sourd pour la parole dans une chambre isolée, dans le silence; et cependant il entend la même parole dans le bruit, en voiture, en chemin de fer, dans la rue, etc., et, en général, dans les milieux où s'entrecoupent pendant un temps assez prolongé des ondes sonores multiples. Cette surdité, très anciennement connue, n'a pas encore de pathogénie précise, ni de thérapeutique. Voici un résumé de ce que nos recherches nous ont appris sur le mécanisme et le traitement opératoire de cette singulière surdité.

La surdité paradoxale, qui est habituellement grave, progressive et quelquefois héréditaire, est, comme nous allons le démontrer, une *surdité par compression labyrinthique*, c'est une *variété d'otopiésis* (de οὖς, ὠτός, oreille; πίεσις, compression).

Elle n'est cependant pas modifiée par les moyens ordinaires de décompression labyrinthique, tels que les insufflations d'air, etc., qui n'arrêtent même pas la marche progressive de la maladie. Parfois les insufflations semblent aggraver la surdité, car tout est paradoxal en apparence dans cette surdité : c'est que ces moyens sont généralement insuffisants pour produire la décompression du labyrinthe. Mais si l'on décomprime directement le labyrinthe, par l'opération de la mobilisation de l'étrier, d'après la méthode que nous avons indiquée (2), la surdité diminue et le malade recommence à entendre mieux la parole dans les milieux silencieux.

Cette amélioration de l'ouïe est proportionnelle à ce qui reste du nerf acoustique; plus exactement, l'audition de la parole dans les milieux silencieux devient égale, au moins, à l'audition dans les milieux bruyants, voitures, wagons de chemin de fer, etc. Dans les cas les plus favorables, c'est-à-dire les plus récents, dans les cas où la compression est faible, l'ouïe est aussi légèrement améliorée dans les milieux bruyants.

Les cas de surdité paradoxale sont même les cas les plus avantageux et les plus certains pour les résultats opératoires. Ainsi, sur cinquante-deux opérations de mobilisation de l'étrier pour les différentes formes de surdité otopiésiques, nous avons opéré neuf cas de surdité paradoxale qui ont donné de bons effets. Ces résultats sont conformes à la théorie. Tant que l'oreille est capable de percevoir les harmoniques de la parole au milieu du bruit, c'est que les éléments anatomiques nécessaires à cette perception existent encore; mais ils sont comprimés et gênés dans leur fonctionnement. Dès que la décompression opératoire du labyrinthe est effectuée, il s'établit un fonctionnement plus régulier de ces éléments, percepteurs des harmoniques de la parole.

Le point de départ de la compression labyrinthique dans la *surdité paradoxale* est, dans la majorité des cas au moins, le catarrhe naso-pharyngo-tubaire, soit infectieux, soit arthritique, *a frigore*, syphilitique, etc., avec l'obstruction intermittente de la trompe d'Eustache, le vide de la caisse tympanique par résorption de l'air y contenu, la compression par l'atmosphère, sans contrepoids, sur la membrane tympanique, compression transmise par les osselets et l'étrier aux liquides labyrinthiques et aux nerfs acoustiques; d'où la destruction progressive des nerfs. Nous avons constaté, chez nos malades, la présence du catarrhe tubaire à répétition et l'aggravation de la surdité lors de chaque retour du catarrhe.

Ce qui fait que les insufflations d'air sont insuffisantes pour remédier à la compression labyrinthique, c'est que, le plus souvent, elles sont employées trop tard, lorsque l'étrier est déjà fixé, en état d'enfoncement, par une immobilisation prolongée ; car le malade, trompé par sa demi-audition dans le bruit, n'est con-

(1) Note présentée à l'Académie des sciences.

(2) Boucheron. Opération de la surdité otopiésique (*Comptes rendus de l'Académie des sciences* du 23 avril 1887).

vaincu que tardivement de la diminution réelle et progressive de l'ouïe. Si les insufflations paraissent quelquefois augmenter la surdité, c'est que l'air, accumulé dans la caisse, presse sur les fenêtres labyrinthiques, au lieu de dégager l'étrier déjà fixé. Car l'insufflation ne décomprime le labyrinthe que si la dépression, produite par l'éloignement du tympan et le dégagement de l'étrier, est plus considérable que la pression exercée sur les deux fenêtres. Si l'étrier est fixé, il n'y a ni dégagement, ni dépression, mais une pression sur la fenêtre ronde et, par conséquent, sur le labyrinthe.

L'interprétation du symptôme principal de la paracousie (audition de la parole dans les milieux bruyants, surdité dans les milieux silencieux) a suscité beaucoup de recherches. L'expérience la plus originale est celle de Politzer, montrant que les vibrations d'un diapason, placé sur le crâne, améliorent l'audition comme les vibrations d'une voiture, d'un tambour (Lœvenberg).

L'application d'une montre sur l'apophyse mastoïde améliore aussi l'audition de la parole (Boucheron). Il y a aussi amélioration quand ce sont les vibrations d'un piano, d'un orgue qui sont entendues en même temps que la parole. Nous avons remarqué qu'avec les notes basses du piano, la parole est entendue sur un ton un peu bas, et qu'avec les notes hautes, la parole semble s'élever. Les sons musicaux ou réguliers ont donc la même action que les sons non musicaux irréguliers.

Quant à la nature de la *surdité paradoxale*, elle se trouve précisée par les remarques que nous avons faites antérieurement sur les *surdités dissociées*. Nous avons montré que certains malades ont une *surdité dissociée*, portant, pour les uns, seulement sur les sons fondamentaux; pour les autres, seulement sur les harmoniques de la parole (1), la plupart ayant toutefois une surdité à peu près égale pour les sons fondamentaux et les harmoniques de la parole. Dans la *surdité paradoxale*, la parole est entendue dans le bruit; c'est donc une demi-surdité pour les harmoniques de la parole, existant seulement dans les milieux silencieux.

Ces surdités sont presque toutes des variétés d'*otopiésis*.

Dans toutes ces surdités produites par une compression labyrinthique, on obtient une amélioration par la décompression du labyrinthe, soit à l'aide de moyens simples, quand ils sont suffisants, soit par l'opération de la mobilisation de l'étrier, qui est sans danger, si nous en jugeons par nos cinquante-deux premiers cas, où nous n'avons observé aucun accident sérieux.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de chirurgie de guerre, par le docteur E. Delorme (2).

Ce nouveau traité, comme le dit justement l'auteur, est plus qu'une œuvre d'érudition et de vulgarisation. L'on reconnaît à chaque pas la note personnelle, fruit de nombreuses et patientes recherches, sur l'action des projectiles et sur les lésions qu'ils produisent sur les vaisseaux, les os et les articulations.

Toute la première partie, qui ne contient pas moins de 379 pages, est consacrée à l'histoire très minutieuse de la chirurgie militaire. Elle commence à Ambroise Paré et finit à Sedillot, c'est-à-dire que nous voyons successivement défiler sous nos yeux les noms de J. Petit, Bordenave, Le Dran, Louis, Raraton, Percy, Larrey, Baudens, Legouest, etc. L'histoire de toutes les guerres récentes est rapportée dans tout ce qui a trait à la science chirurgicale, et c'est avec un vif et douloureux intérêt qu'on lira le chapitre consacré à la guerre de 1870-71, et les terribles enseignements qu'on est obligé d'en tirer.

Cet historique des guerres modernes n'est pas un pur hommage rendu à la chirurgie militaire française, mais il constitue un recueil précieux, où le jeune chirurgien d'armée pourra connaître l'étendue et les difficultés de la tâche qu'il aura à remplir. Chaque campagne porte, en effet, avec elle, des données d'une haute importance pratique et fournit les bases d'une expérience générale, qu'on ne saurait trouver ailleurs.

La deuxième partie comprend une description très détaillée des projectiles, actuellement en usage dans l'armée française et dans les autres armées de l'Europe, ainsi que l'analyse attentive et tout originale des causes qui en modifient la puissance vulnérante.

Ce n'est qu'après cette description que M. Delorme aborde l'histoire des traumatismes des parties molles, et de leurs complications immédiates ou secondaires. Il faut savoir gré à l'auteur de ne pas s'être borné à exposer brièvement les préceptes dont la pratique lui a montré l'excellence, mais de les avoir toujours fait suivre d'une observation succincte, choisie parmi les meilleures et les plus probantes.

Les qualités de ce traité lui assureront d'autant plus de succès qu'il est un livre indispensable à toute cette phalange de jeunes médecins civils incorporés maintenant dans l'armée.

Annales du laboratoire de l'hospice national des Quinze-Vingts. Recherches sur l'anatomie et l'histologie normales et pathologiques de l'œil, par MM. Fieuzal et Haenzell (1).

Le titre de cette publication explique son but : utiliser les innombrables matériaux du service des Quinze-Vingts et mettre à profit, au point de vue de la science, les richesses anatomo-pathologiques que fournit en abondance cet asile d'aveugles, richesses jusqu'ici inutilisées.

Ce premier fascicule, dans son introduction, explique la manière dont sera conçu l'ouvrage, et fait rapidement suivre au lecteur les progrès immenses, parcourus depuis quelques années dans la technique micrographique; il donne ensuite un tableau des sources principales où tout médecin, désireux de s'instruire, trouvera des notions sur l'anatomie et l'histologie normale et pathologique de l'œil. Continuant ensuite par une description du microtome et de ses applications à l'anatomie de l'œil, il termine par une étude fort bien faite du leucosarcome du corps ciliaire. L'étiologie, le développement et la structure de ce néoplasme y sont soigneusement passés en revue. Ajoutons que de magnifiques dessins et de superbes planches contribuent à donner à ce fascicule un de ses principaux attraits.

Tuberculose vertébrale, leçons faites par M. Lannelongue à la Faculté de médecine et recueillies par le docteur V. Ménard (2).

Ce livre vient s'ajouter à cette série de travaux que M. le professeur Lannelongue a publiés sur les affections tuberculeuses. Bien placé à l'hôpital Sainte-Eugénie pour étudier la tuberculose dans ses différentes manifestations, M. Lannelongue a contribué pour une large part à répandre la lumière dans le champ peu exploré jusqu'alors des tuberculoses chirurgicales. Après son livre sur les abcès froids et la tuberculose osseuse, qui marque une ère nouvelle dans l'histoire de la tuberculose locale, nous avons eu son traité de la coxo-tuberculose, et aujourd'hui, complétant la série, l'étude du mal vertébral.

Ce mal vertébral comprend une infinité de variétés : le mal de Pott ou mal vertébral antérieur, le mal vertébral postérieur, le mal sous-occipital, la tuberculose sacro-iliaque ou sacro-coxalgie tuberculeuse, enfin la tuberculose sacrée et sacro-coccygienne.

Comme il fallait s'y attendre, plus de la moitié du volume est consacrée au mal de Pott, à l'étude de ses lésions anatomo-pathologiques. Les différentes gibbosités, le mécanisme de leur formation; les déformations secondaires du rachis, du thorax et

---

(1) Boucheron. Surdité pour les harmoniques de la parole dans l'otopiésis (*Comptes rendus de l'Académie des sciences* du 26 mars 1888).

(2) Grand in-8°, t. Ier. Prix : 16 francs. — Paris, Félix Alcan.

(1) Grand in-4°, t. I, fasc. I. Prix : 12 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

(2) Grand in-8°. Prix : 12 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

du bassin; la modification du canal vertébral et des trous de conjugaison; l'évolution de la tuberculose dans le corps vertébral; les altérations des parties molles, abcès symptomatiques, infection ganglionnaire, altérations vasculaires, méningées, médullaires nerveuses : tels sont les différents chapitres attentivement étudiés dans les deux premières leçons.

L'étiologie de toutes ces lésions est une : c'est l'envahissement de la colonne vertébrale par la tuberculose. Le traumatisme est sans influence.

M. Lannelongue fait une étude attentive des symptômes : le début variable, l'apparition de la gibbosité, l'attitude du malade, les troubles nerveux, l'ordre de succession des trois symptômes principaux. Enfin, un chapitre fort important et peut-être le moins connu termine cette intéressante et minutieuse description symptomatologique, c'est l'étude de la guérison du mal de Pott.

Le mal cervico-dorsal, le mal dorso-lombaire, lombo-sacré, sont examinés chacun dans les particularités que peut occasionner leur localisation vertébrale.

Mais s'il est une partie du livre de M. Lannelongue qu'il nous est permis de recommander par-dessus toutes les autres, c'est la quatrième leçon que l'auteur a consacrée tout entière au traitement. On s'imagine volontiers que, lorsqu'on a couché et emprisonné le jeune enfant dans une gouttière de Bonnet, l'on a tout fait, et que la thérapeutique a dit son dernier mot. Il faut, ici comme dans toute affection, modifier le traitement suivant les phases de la maladie.

Au début, on doit se proposer de limiter les désordres locaux et de réduire la gibbosité au minimum, c'est alors qu'il faut avoir recours à l'immobilisation et à l'extension continue. Plus tard, on pourra avoir recours aux appareils permettant la marche : corsets orthopédiques, corset plâtré de Sayre, appareil de Taylor. Enfin, le traitement de la convalescence, la médication interne, le traitement de la gibbosité, de la paralysie, des abcès forment le complément indispensable de la thérapeutique dirigée contre le mal de Pott.

L'ordre, suivi dans cette étude si complète du mal vertébral antérieur, est repris par M. Lannelongue dans la description des autres variétés de mal vertébral. L'auteur a eu soin de dégager de son étude tout ce qui n'était pas tuberculose, d'éviter la confusion jusqu'alors trop commune entre différentes lésions vertébrales et les lésions tuberculeuses véritables.

A côté de ses qualités scientifiques qui en font un livre hors de pair, le travail de M. Lannelongue se recommande par la clarté et la simplicité des descriptions symptomatiques, par la méthode dans l'exposé des faits et par des considérations diagnostiques et thérapeutiques marquées au coin de l'esprit clinique le meilleur.

Des rapports de l'accommodation avec la convergence et de l'origine du strabisme, par MM. Reymond et J. Stilling (1).

Cet opuscule est divisé en deux parties : la première qui appartient au professeur Reymond (de Turin), et la seconde au professeur J. Stilling (de Strasbourg).

Après avoir rappelé les recherches bien connues de Donders, sur l'amplitude relative de l'accommodation et de la convergence, le professeur Reymond étudie l'état de l'accommodation dans les divers états statiques du globe de l'œil. Sur ce point particulier sa conclusion principale est celle-ci, que l'effort accommodatif est sensiblement le même dans les deux yeux, aussi bien dans la vision binoculaire, c'est-à-dire dans l'état d'équilibre des deux yeux, que dans leur déséquilibration.

M. J. Stilling, pour étudier les origines du strabisme, a répété les expériences qui consistent à démontrer que l'état de repos des yeux réside non pas dans le parallélisme des axes oculaires, mais véritablement dans le strabisme, soit divergent, soit convergent. Le strabisme vrai n'est alors, selon lui, que le retour des yeux à leur état de repos, retour qui s'effectue sous l'influence de l'amétropie. Dans l'hypermétropie, l'état de repos des yeux est ordinairement la convergence, et c'est pourquoi le strabisme est convergent; dans la myopie, c'est la divergence, d'où le strabisme divergent qui est l'ordinaire en pareil cas. Ces conclusions prouvent deux choses : 1° que les conditions prédisposantes du strabisme sont données par la position normale de repos; 2° que pour la plus grande partie des individus la position de repos est la convergence. En effet, dans l'emmétropie on trouve en général la convergence comme position de repos, et les strabismes convergents sont, il est vrai, de beaucoup les plus nombreux.

A. Ricard.

(1) Strasbourg, Trübner éditeur.

SOUSCRIPTION

EN FAVEUR DE LA VEUVE D'UN CONFRÈRE

Nous avons, dans notre numéro du 7 août dernier, appelé l'attention de nos lecteurs sur une grande infortune, qui demandait un prompt soulagement. Nous avions prié nos confrères d'adresser directement leur offrande, mais on nous demande d'ouvrir nos colonnes à cette souscription : nous ne saurions hésiter, et nous déclarons ouverte la souscription en faveur de la veuve d'un confrère :

PREMIÈRE LISTE

Gazette des hôpitaux. . . . . 100 fr.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 20 août 1888, M. Paul Yvon, pharmacien à Paris, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décision ministérielle, en date du 21 août 1888, les officiers du corps de santé militaire dont les noms suivent ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir :

Médecins principaux de deuxième classe. — MM. Robert, pour les fonctions de médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Tours; — Manoha, pour l'hôpital Desgenettes, à Lyon.

Médecin-major de première classe. — M. Bourdon, pour le 37e d'infanterie.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Polin, pour le 95e d'infanterie; — Kaufmann, pour le 47e d'infanterie; — Baratte, pour le dépôt du 128e d'infanterie; — Félix, pour le 2e d'infanterie.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Collinet, pour le 152e d'infanterie; — Piussan, pour le 6e d'artillerie.

Pharmacien aide-major de première classe. — M. Cabanel, pour l'hôpital de Rennes.

— M. le docteur Sabadini vient d'être nommé, à la suite d'un concours, chirurgien-adjoint de l'hôpital civil de Mustapha (Alger).

— Les questions suivantes sont mises au concours par l'Institut des sciences, arts et lettres de Milan, concours auquel les médecins italiens et étrangers peuvent prendre part et dont les prix seront décernés en 1889.

1° Prix Cagnola (une somme de 1500 francs et une médaille d'or de 500 francs) : « Histoire de l'hypnotisme; étude critique de tous les documents qui s'y rapportent et observations personnelles. » Les mémoires devront être adressés avant le 1er mai 1889.

2° Prix Cagnola (une somme de 2500 francs et une médaille d'or de 500 francs) : « Une découverte bien démontrée relative aux moyens de guérison de la pellagre ou à la nature des miasmes

et contages. » Les mémoires peuvent être adressés jusqu'au 31 décembre 1888.

3° Prix Fossatis (une somme de 4000 francs) : « Sur l'embryogénie du système nerveux ou une de ses parties chez les mammifères avec recherches personnelles illustrées par des dessins et des planches. » Les mémoires doivent être adressés avant le 1er mai 1889.

S'adresser pour plus amples renseignements à l'Institut royal lombard des sciences, lettres et arts, à Milan.

— La deuxième session du Congrès international d'anthropologie criminelle s'ouvrira à Paris, le jeudi 1er août 1889, et sera clos le jeudi 8 août. Les séances auront lieu dans le local de la Société d'anthropologie de Paris, 15, rue de l'École-de-Médecine. Le droit d'admission au Congrès est fixé à 20 francs.

Le comité d'organisation se compose de MM. les docteurs Brouardel, président d'honneur; Théophile Roussel, président; Lacassagne et Motet, vice-présidents; Magitot, secrétaire-général auquel toutes demandes de renseignements et d'admission devront être adressées (8, rue des Saints-Pères, à Paris), et de MM. les docteurs Pozzi, Mathias Duval, Ball, Letourneau, Topinard, Hervé, Manouvrier, Bordier, Fauvelle, Delasiauve, Blanche, Mesnet, Laborde, Jules Falret, Collineau, Auguste Voisin, Magnan, Féré, Henri Coutagne, Bournet et de MM. Ploix, Tarde, Alphonse Bertillon et Garaud.

Les questions qui seront discutées au Congrès de 1889 sont :

1° Existe-t-il des caractères anatomiques propres aux criminels? Les criminels présentent-ils en moyenne certains caractères anatomiques particuliers? Comment doit-on interpréter ces caractères? (Rapporteur : M. le docteur Manouvrier.)

2° De l'atavisme chez les criminels. (Rapporteur : M. le docteur Bordier.)

3° Lorsqu'un prévenu a été reconnu coupable, peut-on établir, par l'anthropologie criminelle, la classe des criminels à laquelle il appartient? (Rapporteur : M. R. Garofalo, de Naples.)

4° Des perversions morales et affectives chez les enfants. (Rapporteur : M. le docteur Magnan.)

5° De l'éducation correctionnelle. Réformes en rapport avec les données de la biologie et de la sociologie criminelles. (Rapporteur : M. le docteur Motet.)

6° De l'anthropologie criminelle, considérée comme une branche de l'anthropologie juridique. Sa place dans l'anthropologie. (Rapporteur : M. le docteur Manouvrier.)

7° Les anciens et les nouveaux fondements de la responsabilité morale. (Rapporteur : M. Tarde, de Sarlat.)

8° De la libération conditionnelle. Quels sont, en s'appuyant sur les données de la biologie criminelle, les individus auxquels elle peut être accordée ou devrait être refusée? (Rapporteur : M. le docteur Semal, de Mons.)

9° Du signalement anthropométrique et descriptif chez les sujets de quinze à vingt ans. (Rapporteur : M. Alphonse Bertillon.)

10° Régénérescence mentale et simulation de la folie. Rapports réciproques. (Rapporteur : M. le docteur Paul Garnier.)

— Un poste de médecin civil est vacant à Miquelon. Cette place rapporte un revenu annuel qui peut être évalué à environ 7000 francs et le titulaire a droit, en outre, au logement en nature, ainsi qu'au passage gratuit (aller et retour) pour lui et sa famille.

Pour être accepté par l'administration des colonies, il faut être docteur en médecine, prendre l'engagement de résider au moins trois ans dans la colonie et de ne résigner ses fonctions que dûment remplacé.

Les candidats doivent adresser leur demande au ministère de la marine et des colonies (administration des colonies — 1re division — 1er bureau) en y joignant leurs diplômes, tous certificats constatant leur honorabilité et leurs aptitudes professionnelles.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 98. — MARDI 28 AOUT 1888. 61e ANNÉE. MARDI 28 AOUT 1888. — N° 98.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOPITAL NECKER. — M. RENDU.

Poussées de congestion pulmonaire, paralysie traumatique de l'avant-bras, saturnisme, hystérie, hémi-anesthésie totale.

Le malade dont je vais vous parler aujourd'hui présente un cas en apparence très simple et, en réalité, très complexe.

Il s'agit d'un homme de trente-neuf ans, gros, fort, robuste, qui est déjà venu dans le service il y a deux ou trois mois, pour des accidents analogues à ceux qui l'ont ramené de nouveau ici ces jours derniers, c'est-à-dire pour une poussée congestive du côté des poumons, avec crachements de sang, poussée dont il a guéri assez rapidement.

Le mois dernier donc, il a de nouveau toussé avec recrudescence d'hémoptysies et est entré dans nos salles, il y a un peu plus de trois semaines. Le jour de son arrivée, il avait encore des hémoptysies et il a bien rendu plusieurs gorgées de sang, non pas d'un sang rutilant, artériel, mais noirâtre et veineux.

Les jours suivants ces crachements de sang ont continué (expectoration spumeuse teintée de sang ou striée de filets de sang), en même temps que nous constations quelques signes de bronchite légère.

Bref, au premier abord, il semblait que nous fussions en présence d'une tuberculose procédant par poussées congestives et devant continuer ainsi jusqu'à ce que la maladie fût pleinement confirmée. Cependant le malade n'avait pas l'aspect des tuberculeux ordinaires, il était, comme je viens de le dire, d'apparence robuste, d'où la nécessité d'un examen plus complet et poursuivi pendant quelque temps.

La percussion ne nous fournissait aucun élément de diagnostic, car nous ne trouvions pas de matité notable dans la fosse sus-épineuse, mais seulement une petite diminution d'élasticité. D'autre part, nous ne constations, à l'auscultation, aux deux sommets, qu'une respiration médiocre, un peu de diminution du murmure respiratoire dans toute l'étendue des poumons, quoique un peu plus prononcée à droite, un peu d'expiration prolongée aux deux sommets, enfin, pas de retentissement bien net de la toux et de la voix. Ajoutons à cela un peu d'emphysème.

Quant aux crachats, ils ressemblaient à une solution de gomme parsemée de stries sanguines.

Bref, notre diagnostic était hésitant, quoique les poussées congestives répétées du côté du poumon avec hémoptysies autorisassent le soupçon de quelque tuberculose. Cependant, d'autre part, la disparition rapide, chaque fois, des accidents congestifs, rendait le pronostic peu grave, d'autant plus que le malade ne présentait pas de troubles généraux, qu'il offrait un certain embonpoint, qu'il avait conservé son appétit ordinaire, un bon sommeil et que, en dehors de ces poussées congestives, il n'avait pour tout symptôme que la toux matinale des emphysémateux.

Aussi, n'avions-nous d'autre traitement à lui faire qu'une médication astringente (ergotine, tannin, extrait thébaïque).

Aujourd'hui, cet homme est convalescent, et son cas ne serait pas suffisamment intéressant pour en faire le sujet d'une leçon, si nous n'avions découvert chez lui un état complexe fort curieux.

En effet, au cours de son interrogatoire, j'appris que pendant longtemps il avait été peintre en bâtiments et, par suite, sous l'influence de l'intoxication saturnine avec coliques de plomb, diminution notable du volume du foie et, de plus, une paralysie de l'avant-bras gauche. Mais cette dernière je la mets à part, nous allons voir pourquoi.

Elle date de deux ans et l'a forcé à cesser son état; elle est unilatérale et caractérisée en partie par l'attitude de la paralysie saturnine. La main est pendante, fléchie sur l'avant-bras, et le malade a quelque difficulté à la redresser. Or, ce qu'elle présente de particulier, c'est qu'elle n'est pas symétrique, qu'elle n'existe que d'un côté, que la main est moins pendante que dans le saturnisme, que l'avant-bras est atrophié, enfin que tous les mouvements sont possibles, bien qu'un certain nombre d'entre eux soient très diminués et difficiles, notamment le redressement de la main, ce qui indique une parésie des extenseurs, c'est-à-dire dans la zone du nerf radial. Les mouvements de latéralité, par contre, sont normaux. Les mouvements de flexion sont diminués, et la force de la main, constatée au dynamomètre, est médiocre.

La contraction volontaire est conservée dans les deux radiaux externes et dans le supinateur; elle est possible aussi, quoique diminuée, dans l'extenseur commun des doigts. Par conséquent, le nerf radial est touché, mais légè-

rement. Le nerf cubital, au contraire, est très fortement atteint, car tous les muscles animés par lui sont plus ou moins atrophiés (cubital antérieur, fléchisseur profond des doigts); en effet, les premières et deuxièmes phalanges sont légèrement fléchies par suite de la prédominance du fléchisseur superficiel innervé, comme l'on sait, par le nerf médian, tandis que le fléchisseur profond, innervé par le nerf cubital, est paralysé, d'où l'atrophie de ce muscle.

Enfin, un dernier groupe musculaire : les interosseux dorsaux et palmaires, animés par le cubital, sont aussi très atrophiés, car les métacarpiens font un véritable relief sur la peau, et les mouvements d'adduction et d'abduction de ces interosseux sont très limités. J'ajoute que les muscles de l'éminence thénar sont également très atrophiés.

Bref, il y a donc paralysie légère du nerf radial, et paralysie surtout, presque exclusive, du nerf cubital, et, par suite, les muscles innervés par lui sont complètement atrophiés.

Au premier abord, on pourrait se demander si ces accidents sont dus au saturnisme; mais il n'en est pas ainsi, car la paralysie saturnine est toujours double, symétrique et non pas unilatérale comme ici; de plus, elle porte toujours d'emblée sur les extenseurs et non sur les fléchisseurs; enfin, elle comporte la perte complète de la contractilité électrique, tandis qu'ici celle-ci est conservée, sauf dans les muscles atrophiés, et en raison même de leur atrophie.

La paralysie de l'avant-bras de notre malade n'est donc pas d'origine saturnine. Du reste, la suite de notre enquête nous a appris qu'elle avait été consécutive à un traumatisme du coude, où l'on constate une déformation de l'extrémité inférieure de l'humérus, un épaississement au niveau de la trochlée, au lieu de passage du nerf cubital. Cet homme, en effet, a eu une fracture du coude, fracture qui a intéressé l'extrémité inférieure de l'humérus et peut-être aussi le radius et le cubitus, ce que l'état des parties ne nous permet pas de dire. Mais ce que nous comprenons très bien c'est qu'il y a là un cal difforme qui a englobé le nerf cubital, qu'il y a eu un certain degré de névrite et, de là, une atrophie d'un groupe musculaire de l'avant-bras.

Le fait curieux ici est que la fracture date de quatre ans environ, et que les troubles trophiques, beaucoup plus récents, remontent seulement à deux ans.

Un autre fait, non moins intéressant, est l'abolition totale de la sensibilité dans tout l'avant-bras et le bras, ce qui est assez insolite, et, pour le dire tout de suite, dans toute la moitié gauche du corps. Cette hémi-anesthésie est absolue : pas de notion de contact, pas de sensibilité aux piqûres; celles-ci, comme cela se voit en pareil cas, ne sont suivies d'aucun suintement sanguinolent; elle est limitée à la ligne médiane et occupe la totalité de la moitié gauche du corps depuis la racine des cheveux jusqu'aux pieds. Il en est de même de toutes les muqueuses (côté gauche bien entendu).

Le malade est également hémi-anesthésique sensoriel, de tous les organes des sens (vision obscurcie, moins nette à gauche, surdité de l'oreille gauche, olfaction perdue dans la narine gauche, sens du goût aboli dans la moitié gauche de la langue).

Quant aux autres modes de sensibilité, nous voyons que la sensibilité articulaire est diminuée, cet homme n'a pas la notion très nette, — les yeux étant fermés — des mouvements qu'on imprime à ses articulations. Par contre, le sens musculaire ne paraît pas aboli, car si on lui commande un mouvement quelconque, les yeux fermés, il l'exécute avec netteté et sans incertitude. Enfin, malgré la diminution notable de la force de la main gauche, le malade se rend très bien compte de l'objet qu'il tient.

Quant aux troubles fonctionnels dans les membres anesthésiés, ils sont à peu près nuls; cet homme, jusqu'en ces derniers jours, ne s'était nullement aperçu de cette anesthésie; c'est là, du reste, la règle en pareil cas, ainsi que M. Mesnet l'a montré, en 1852, dans sa thèse de doctorat sur la paralysie hystérique. Il y a là un phénomène psychique étrange.

Notre malade est donc un hystérique; ce qui nous est confirmé aussi, d'ailleurs, par l'existence de douleurs fixes, par l'hyperesthésie du côté opposé, le côté droit, par une douleur dans la fosse iliaque droite correspondant à la douleur ovarienne chez la femme, mais il n'a pas de douleur testiculaire ni d'hyperesthésie rachidienne.

Quel rôle donc le plomb, le saturnisme, ont-ils joué dans tout cela? Notre malade est-il un névropathe devenu saturnin, ou un saturnin devenu névropathe? Ici encore les antécédents vont nous éclairer et nous montrer que cet homme est un hystérique vrai. En effet, dès son enfance, il a eu des phénomènes bizarres, des attaques avec perte de connaissance totale ou partielle dès l'âge de dix ans, fréquentes d'abord, puis allant peu à peu en s'éloignant, au point qu'il a pu faire son service militaire, n'ayant eu pendant tout ce temps qu'une seule attaque.

D'autre part, ses antécédents héréditaires nous montrent son père comme un nerveux, très irritable; sa mère, une hystérique; sa sœur, une hystérique également et à grandes attaques. Quant à lui il a eu un enfant atteint de malformation congénitale, mort à l'âge de neuf jours.

Enfin ses apparences extérieures sont celles du féminisme; bassin très large comme celui de la femme, poils pubiens ne remontant pas vers le pubis, aspect glabre de la région supérieure du corps, obésité sous-mammaire, menton presque glabre, atrophie de l'un des testicules. De même son état psychique est féminin : réponses tortueuses, mise en scène, inconscience des hystériques, nul esprit de décision, volonté nulle. Bref, c'est un hystérique mâle.

Mais quelle influence le saturnisme a-t-il eue sur son hystérie? Il ne l'a pas créée, mais il l'a mise en relief, il a réveillé une hystérie latente.

Chez cet homme incontestablement prédisposé, dès son enfance et par hérédité, à l'hystérie, celle-ci a éclaté, comme elle le fait souvent, soit à la suite d'un traumatisme, soit à la suite d'une commotion sensorielle, d'une émotion violente, soit sous l'influence d'une intoxication plombique, mercurielle, etc.

Enfin, une dernière question : les poussées congestives du côté du poumon, les crachements de sang sont-ils le résultat de quelque tuberculose latente, au début? Comme je l'ai dit en commençant, quelque soin que j'ai mis à examiner cet homme, à l'ausculter tous les jours depuis son arrivée à l'hôpital, je n'ai rien trouvé, et sa crise pulmonaire est néanmoins la troisième depuis un an. Cependant, aucune d'elles ne s'est accompagnée de phénomènes fébriles ou généraux. D'autre part, on voit assez fréquemment des femmes hystériques présenter (en dehors de toute relation avec les époques menstruelles) des hémoptysies semblables, conséquences de poussées congestives du côté du poumon, s'effectuant sous une influence nerveuse. Or, je

serais très porté à croire qu'il en est de même chez cet homme ; j'émets le fait comme une hypothèse, mais comme une hypothèse qui n'a rien d'invraisemblable, car, si nous avions affaire à quelque tuberculose, il faut avouer que sa marche serait bizarre.

Quant au pronostic, il est bénin au point de vue de la névrose, si celle-ci en reste là; mais nous devons savoir aussi que la paralysie peut se compliquer, à un moment donné, de phénomènes de contracture, de même que les accidents peuvent disparaître spontanément, *sua sponte*.

Quoi qu'il en soit, le traitement ne doit pas être violent, et nous devons combattre la paralysie par les courants continus, en cherchant à faire fonctionner la peau; enfin, nous devons tonifier l'individu et arrêter les phénomènes congestifs, du côté du poumon, par des révulsifs.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. H. Mollière.

Entéroptose puerpérale avec prolapsus du foie; guérison; pleurésie gauche aiguë intercurrente; troubles dyspeptiques et névrosiformes (dyspnée, toux quinteuse, vapeurs).

(Observation recueillie par M. J. Cuilleret, interne des hôpitaux.)

D... (Jeanne), trente ans, ménagère, demeurant à Pierre-Bénite.

Premier séjour du 16 novembre 1887 au 8 janvier 1888, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le docteur Humbert Mollière, salle Sainte-Marie, n° 20, pour une pleurésie gauche aiguë avec épanchement considérable.

Rentrée le 23 janvier 1888 : depuis une huitaine de jours, elle souffre de points de côté disséminés dans le thorax : toux fréquente, quinteuse sans expectoration; dyspnée au moindre effort. congestion fréquente de la face, céphalées fréquentes, palpitations, insomnie.

Rien à l'auscultation du *cœur*, dont la pointe a parfaitement repris son siège normal.

Poumons : respiration absolument normale à droite. A gauche, légère obscurité de la respiration dans les deux tiers inférieurs; à la base et dans l'aisselle, léger bruit de frottement aux deux temps. Zones hyperesthésiques.

20 février. Persistance des accès de dyspnée, de l'insomnie, des points névralgiques. Ces divers symptômes n'ayant été amendés ni par les vésicatoires, ni par le bromure de potassium à la dose de 10 grammes par jour, ni par l'opium sous toutes ses formes, ni par l'antipyrine, on tente les inhalations quotidiennes d'acide carbonique contre la dyspnée (1).

11 mars. Les inhalations répétées d'acide carbonique ont amené un soulagement notable de la dyspnée et de la toux.

15 mars. Ménorrhagie assez abondante ces jours derniers, avec douleurs hypogastriques violentes. Aujourd'hui l'hémorrhagie a cessé, mais les douleurs hypogastriques persistent presque plus violentes que les jours passés. Rien de particulier n'est révélé par le toucher vaginal pratiqué sur la malade couchée ou debout. Le col est facilement atteint; il occupe sa position normale, il est uni, lisse, de volume normal et un peu mou. La température rectale est de 38°2.

On fait une application de sangsues à l'hypogastre. L'hémorrhagie occasionnée par l'application des sangsues persistant dans la soirée, on applique pour l'arrêter un gros tampon de coton à l'hypogastre et *on fait de la compression* à l'aide d'un bandage de corps.

Or, à la suite de cette compression, la malade dit avoir éprouvé un soulagement très notable de ses douleurs abdominales, soulagement dont elle se rend compte, surtout lorsqu'elle descend de son lit.

Avril. Les douleurs persistent; leucorrhée; troubles gastro-intestinaux; digestions pénibles; constipation; périodes d'insomnie survenant la nuit de onze heures à une heure, et de trois heures à cinq heures. Impossibilité de rester longtemps dans la station debout, durant laquelle la malade éprouve une sensation de malaise très marquée. En présence de ces symptômes subjectifs, accompagnant les symptômes nerveux, notre attention est attirée du côté de l'état de l'*abdomen* que nous examinons au point de vue d'une splanchnoptose possible.

Reprenant les antécédents de la malade qui avaient été pris sommairement lorsqu'elle entra pour sa pleurésie, nous apprenons qu'avant le mois de novembre 1886, elle était très bien portante; aucun trouble dyspeptique; aucune manifestation pouvant faire penser à l'hystérie. Au mois de novembre 1886 (elle avait eu antérieurement trois accouchements), elle a une fausse couche au troisième mois; cet accident survient un matin à trois heures; à six heures elle se lève et va à son atelier. Mais dans la journée, les douleurs reparaissent plus fortes, l'hémorrhagie s'accentue et elle est obligée de se mettre au lit. C'est depuis cette époque-là qu'elle a commencé à souffrir de troubles digestifs, de constipation, de vertiges, de céphalalgie avec vapeurs survenant peu de temps après le repas, d'insomnies presque continuelles et périodiques; elle éprouvait en même temps un délabrement de plus en plus marqué qui n'est allé qu'en augmentant; et pour ces divers malaises, elle allait régulièrement à la consultation gratuite de l'hospice du Perron.

C'est de là qu'elle fut envoyée à l'Hôtel-Dieu, par M. le professeur J. Tessier, une première fois pour sa pleurésie et une seconde fois pour les troubles fonctionnels persistants qui ont été signalés plus haut.

Explorant donc systématiquement l'abdomen, nous constatons d'abord un relâchement notable de la paroi qui est pour ainsi dire étalée; elle est facilement dépressible, et, par une pression même peu prononcée, on arrive facilement sur l'aorte; en continuant à appuyer sur la colonne lombaire, et en faisant glisser la main au niveau de l'ombilic, on sent, un peu au-dessous de ce point, rouler sous le doigt un cordon transversal un peu rénitent (c'est la corde colique).

En explorant la fosse iliaque droite, on sent près de la ligne médiane une portion d'intestin, sensible à la palpation et dans laquelle on détermine du gargouillement : c'est le boudin cæcal.

Pas de gargouillement gastrique bien net, ni de cordon sigmoïdal.

En pratiquant ensuite méthodiquement, par la palpation néphroleptique, la fouille de l'hypochondre droit, on sent, pendant les profondes respirations que l'on fait faire à la malade, sous le pouce gauche, déprimant la paroi abdominale au-dessous du rebord des fausses côtes (*procédé du pouce*, de M. Glénard pour la palpation du foie), et aussi un peu plus bas, une masse mobile qui ne ressemble en rien à un rein, mais donne la sensation d'un bord net, tranchant, non douloureux, qu'on fait « sauter » sur le pouce et qui est le bord du foie prolabé.

Enfin, si, la malade étant toujours dans le décubitus dorsal, nous soulevons en haut la masse intestinale en comprimant l'hypogastre, elle déclare éprouver très nettement une sensation de soulagement.

Nous la faisons alors descendre debout au pied de son lit; elle éprouve immédiatement une sensation de malaise très accentué; mais, en soulevant avec la main appliquée sur les flancs et l'hypogastre la masse intestinale, tout disparaît comme par enchantement pour reparaître dès qu'on l'abandonne à son propre poids (*épreuve de la sangle*).

Jusqu'à ces derniers jours, selles régulières, mais dures, peu abondantes. Pas de vomissements. Mais après les repas, elle a constamment des bouffées de chaleur, ainsi que de la dyspnée et une toux quinteuse. Elle est obligée de rester au lit après tous ses repas.

(1) Cf. R. Chabannes. *Traitement de la dyspnée par les inhalations d'acide carbonique*, Thèse inaugurale, Lyon 1888.

21 avril. Application de la ceinture de M. Glénard. La malade éprouve un soulagement qui la surprend considérablement; et le jour même cette femme, qui gardait presque constamment le lit, surtout après ses repas, reste levée et se promène dans l'hôpital jusqu'au soir.

En même temps, tous les autres médicaments étant mis de côté, elle est soumise au *traitement de l'entéroptose*, par les laxatifs, chaque matin un demi à un verre de la solution suivante :

Eau.	600 grammes.
Sulfate de soude	30 —
Sulfate de magnésie.	20 —

et par les alcalins (bicarbonate de soude 1 à 2 grammes, soit avant, soit pendant les repas), enfin, à un régime spécial (viande rotie, et œufs; pas de laitage; pas de graisses; pas de féculents; pas de vin).

30 avril. La malade, obligée de retouner chez elle, a suivi scrupuleusement les prescriptions. Mais elle n'éprouve pas d'amélioration notable dans son état. Elle peut vaquer, il est vrai, plus facilement à ses occupations; mais elle sent ses forces aller toujours en diminuant; elle a eu quatre à cinq selles par jour et se plaint toujours de douleurs lombaires.

Or, en examinant localement la malade, on constate que l'abdomen est imparfaitement soutenu au niveau des hypochondres par la ceinture telle qu'elle est actuellement, tandis qu'en exerçant, à ce niveau et à travers la ceinture, une pression de bas en haut avec les deux mains, la malade accuse un soulagement instantané. Leucorrhée. Aussi, en tenant compte de ces diverses indications, les prescriptions sont modifiées de la façon suivante :

1° Placer à l'intérieur de la ceinture et au niveau des flancs deux fortes pelotes.

2° Prendre chaque matin une cuillerée à bouche ou deux au plus de la solution laxative, dont la dose était plus élevée que celle indiquée par M. Glénard. S'il n'y a pas de selle dans les vingt-quatre heures ou si, au contraire, il y a plusieurs selles aqueuses, prendre le soir une pilule de

Aloès..	3 centigrammes.
Extrait de rhubarbe.. . . .	1 —

3° Alcalins.

4° Même régime.

7 mai. Nous revoyons la malade. Elle marche, elle va et vient avec la plus grande facilité. Elle constate une amélioration notable dans son état général; elle est de même étonnée des progrès qu'elle a faits en huit jours. Selles régulières, sommeil bon. Si bien, qu'il y a trois jours elle s'est mise à manger de la salade dont l'ingestion a été suivie de malaises après les repas et de diarrhée. La leucorrhée a notablement diminué.

Mêmes prescriptions à observer.

14 mai. La malade, lasse de suivre le régime qui lui était tracé, a, tout en continuant les autres prescriptions, mangé de tout ce que bon lui semblait (féculents, lait, fromage, salade, etc.). Aujourd'hui elle se dit à bout de forces; elle se réveille plusieurs fois dans la nuit, depuis plusieurs jours; elle digère péniblement, a de la diarrhée ou bien reste deux ou trois jours sans aller à la selle. Elle garde sa ceinture jour et nuit.

Mêmes prescriptions à suivre rigoureusement.

22 mai. La malade a suivi soigneusement les prescriptions, y compris celles relatives au régime. Le sommeil est redevenu bon, et la malade se sent bien plus forte.

Après le repas elle a toujours quelques légers malaises, ainsi que le matin quelques envies de vomir. Nuits bonnes. Selles régulières.

Continuer les mêmes prescriptions.

28 mai. L'état de la malade s'est considérablement amélioré cette dernière semaine; les malaises après les repas sont presque nuls; la malade se sent plus forte; elle travaille toute la journée. Selles régulières. Sommeil bon. Quelque faiblesse le matin. Disparition des accès de toux quinteuse depuis plus d'un mois. La leucorrhée a presque complètement disparu. Les règles paraissent à époque fixe; abondance normale, plus de métrorrhagie. Mêmes prescriptions (alcalins, sangle jour et nuit; régime; toniques; les laxatifs ne sont pris le matin que s'il n'y a pas eu de selle la veille).

L'observation de cette malade que nous avons pu suivre pendant six mois, et que nous suivions de semaine en semaine, est intéressante à plus d'un titre. Nous ne ferons que relever rapidement les points qui nous paraissent plus spécialement dignes d'attention :

1° L'inutilité de la thérapeutique anti-nerveuse, essayée chez elle pendant quelque temps;

2° L'existence de cette splanchnoptose, au milieu d'un complexus symptomatique tel qu'il fallait y songer pour arriver à la découvrir, alors qu'il paraissait si rationnel d'incriminer, soit l'ancienne pleurésie, soit l'affection utérine, pour avoir une explication logique des symptômes qui résistaient pourtant à la thérapeutique inspirée par cette pathogénie. Et nous pouvons, à ce propos, rappeler deux faits qui nous ont été rapportés oralement par M. le docteur Fr. Glénard, et qui prouvent bien sous quels symptômes bizarres peut se dissimuler, pour ainsi dire, l'entité morbide dont il a si nettement établi l'existence. Un malade, docteur en médecine, étant, après avoir épuisé les ressources du diagnostic et de la thérapeutique, traité enfin comme *prostatique* (on avait été jusqu'à lui cautériser la prostate), vit tous les malaises disparaître comme par enchantement, dès que la thérapeutique fut dirigée contre l'affection dont il était véritablement atteint, et qui n'était autre que l'entéroptose. Chez d'autres malades, les symptômes sont tels qu'on pense de prime abord à une affection cérébrale.

Un autre cas très curieux est celui d'un malade (c'est encore un médecin) sur lequel bien des diagnostics avaient été portés successivement par les médecins les plus autorisés. Pour l'un, ce fut d'abord une cardiopathie avec pseudo-angine de poitrine; pour un second, il s'agissait d'une péritonite tuberculeuse; un troisième médecin porta enfin le diagnostic de tubercule siégeant au niveau du noyau d'origine du pneumogastrique. L'affection, très ancienne, s'aggravait de plus en plus depuis dix ans. Il est indubitable que tous ces diagnostics (qui donnèrent lieu à des traitements et à des pronostics naturellement très variés), portés par des médecins éminents, étaient basés sur la constatation de signes importants qui en imposaient pour de telles affections. Eh bien ! ce malade chez lequel aucune amélioration ne se manifestait, et dont la santé baissait de jour en jour, présentait le syndrome très net, mais masqué sous les symptômes nerveux, d'une entéroptose secondaire, c'est-à-dire consécutive à une ancienne dyspepsie, et fut soumis à un traitement en conséquence.

Or, une amélioration considérable ne tarda pas à se manifester, amélioration qui ne s'est pas démentie à l'heure qu'il est, deux ans après l'institution de ce traitement.

3° L'importance de *remplir simultanément toutes les indications*, dans l'entéroptose, ressort bien de notre observation. Il faut suivre ces malades de très près et veiller à la minutieuse exécution de toutes les prescriptions et à une individualisation relative au mode de constriction de la sangle, au « menu » correspondant à la période de l'entéroptose, à la dose et à l'heure d'administration des laxatifs, à la dose des alcalins (bicarbonate de soude, cure de Vichy).

OBSERVATION CURIEUSE DE THORACENTÈSE

Par M. le docteur Fort,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Mlle C..., douze ans, est atteinte de point de côté, de toux et de fièvre en août 1887. Elle habite la Florida (Uruguay). Un médecin lui applique des sangsues sur le point douloureux, un autre lui prescrit du lait. Vers la fin d'octobre, la malade, qui n'avait pas quitté le lit, fut transportée par son père à Montevideo. L'état de délabrement était tel que trois médecins de cette ville pensèrent que la malade était à la période ultime de la phthisie, et que rien ne pouvait la sauver. C'est alors qu'on me fit appeler.

La malade avait 40 degrés et 140 pulsations. L'amaigrissement était extrême et la toux incessante. Son affaiblissement physique et moral était tel qu'elle était indifférente à tout ce qui se passait autour d'elle et qu'on ne pouvait l'asseoir qu'à grand'peine sur son lit, même en la soutenant. Au premier abord, il semblait qu'en effet, on eût sous les yeux une moribonde phthisique.

Examinant de plus près, j'appris qu'il n'y avait pas de crachats et que la malade dormait pendant quelques heures toutes les nuits. De plus la langue est rosée et humide. Le cœur est normal; l'auscultation et la percussion des sommets sont absolument négatives. Je fais maintenir à grand'peine la malade assise sur son lit; l'amaigrissement est tel, que j'ai, pour ainsi dire, les poumons sous les yeux. A la percussion, le côté gauche résonne; la respiration y est normale, mais à droite, il y a une matité complète; depuis l'épine de l'omoplate jusqu'à la base du poumon, il n'y a pas de murmure respiratoire.

Il est impossible d'étudier les vibrations thoraciques, la malade n'ayant consenti ni à tousser, ni à parler. Néanmoins les antécédents, la percussion et l'auscultation suffisaient pour diagnostiquer un épanchement purulent de la plèvre.

Je proposai une intervention que je jugeai pouvoir seule sauver l'enfant. Après quelque résistance de la part des parents, je pus, le lendemain, pratiquer la thoracentèse, avec l'assistance d'un de mes confrères.

J'enfonçai le gros trocart de l'appareil de Potain dans l'espace intercostal, en arrière, en dehors, au-dessous de l'angle de l'omoplate. Nous retirâmes un demi-litre de pus, mais la canule s'obstrua à plusieurs reprises. Nous injectâmes 100 grammes environ d'eau phéniquée à 2 p. 100 et nous retirâmes au plus vite la canule, vu l'état de l'enfant qui était presque expirante. Il restait du pus assurément, et nous savions qu'il était entré de l'air dans la plèvre à trois reprises différentes, par suite du mauvais fonctionnement de l'aspirateur.

Nous annonçâmes à la famille que nous reviendrions pour compléter l'opération le soir même. Notre intention était de pratiquer l'opération de l'empyème, pour faciliter l'écoulement du pus.

Mais le soir, il nous parut qu'il y avait du mieux. Le lendemain, nous constatâmes un mieux sensible. Les jours suivants, la fièvre baissa et la malade commença à s'alimenter. La toux diminua, enfin tous les symptômes cédèrent insensiblement, et, après trois semaines, elle retourna dans son pays où je l'ai vue deux mois après en parfaite santé.

Cette observation démontre qu'il suffit, dans certains cas d'épanchement, d'extraire une partie du liquide, le reste se résorbant spontanément. Elle démontre, peut-être aussi, l'action puissante de l'acide phénique sur cette résorption, mais à coup sûr l'action antiseptique de cet agent sur le liquide épanché, car, dans toute autre circonstance, l'entrée de l'air eût été une condition fort désavantageuse.

Il est donc bon de recommander l'injection d'eau phéniquée, après avoir extrait le liquide, dans les épanchements purulents de la plèvre.

VARIÉTÉS

Souvenirs d'Algérie (1879-1885) : De Constantine à Biskra (1).

Par M. le docteur Badour, médecin principal.

VIII

Regardez, en entrant dans la plaine, sur un mamelon qui fait face d'abord, puis vous suit sur le flanc pendant quelques quarts d'heure, regardez cette roche isolée, taillée à pic et fendue du haut en bas, qui ressemble à une ruine de château moyen-âge et doit, dans les nuits claires, prendre des airs fantastiques. Elle croule peu à peu; elle n'est peut-être plus. C'est l'image raccourcie du travail, lent et continu, qui mine ce coin de notre globe.

Les derniers contreforts des Aurès et des Zibans où tout est brûlé, où tout se pulvérise, sont plus frappants encore sous ce rapport et, comme si ce n'était pas assez de ce mouvement inéluctable contre lequel s'épuiserait toute résistance, le sel, dont on a dit qu'il est une manne pour le genre humain, est ici un nouvel élément de stérilité, tant il imprègne la terre et sature les eaux. Après une simple rosée que le soleil va boire, le sol devient tout blanc : c'est le sel effleuri et, si vous en doutez, descendez et goûtez.

C'est dans ces parages qu'une fois, par une de ces coïncidences qu'on a gentiment qualifiées d'intentions du hasard (c'était en juin et il commençait à faire terriblement chaud), je rencontrai une *smalah* émigrant du sud vers les plateaux.

Une smalah, vous le savez, consiste en la famille entière d'un chef de grande tente avec ses gens, ses animaux et tout son matériel. Ils étaient tous là, s'avançant lentement au pas lourd et majestueux de leurs nombreux chameaux. Trois cavaliers, évidemment les maîtres, marchaient en avant, recouverts de leur double manteau au capuchon dressé.

Moi, dans ce moment, j'aurais payé pour me mettre dans le simple appareil ou à peu près. Eux, ils étaient vêtus comme nous le sommes en hiver; et il paraît qu'ils se préservent ainsi des ardeurs directes de la chaleur. Je n'y contredis pas, mais je reste persuadé que c'est aussi une manière de tout porter sur soi, quand on va sans valise.

Ils étaient montés sur des chevaux superbes aux harnais bariolés, et ces chevaux semblaient impatients de leur allure calme. Le cheval arabe si fin, si nerveux, si délié, n'est-il pas créé pour franchir les solitudes, c'est-à-dire aller vite?

D'autres cavaliers trottinaient sur les côtés et en arrière, et le fretin allait à pied comme les bêtes : chameaux, chevaux, ânes, chèvres, brebis et chiens. Plusieurs chameaux et chevaux portaient des palanquins pour les enfants et surtout pour les femmes, celles qu'il faut cacher et que leur situation dans la famille détache des labeurs pénibles.

Ces palanquins, aux couleurs voyantes, qui se balançaient lentement et régulièrement, jetaient un cachet de bizarre originalité dans ce millier d'êtres grouillants, au contraire d'un omnibus aux couleurs sombres, à la tranche dorée, que deux mules traînaient et à l'intérieur duquel les stores baissés laissaient deviner un groupe de favorites. Des doigts aux ongles peints et des yeux brillants ne se distinguaient-ils pas aux angles discrètement soulevés?

Et c'était splendide, ainsi qu'il est convenu de l'écrire. En vérité, c'est laid et dans le fond c'est sale : sempiternelle histoire de l'appropriation réciproque de la terre et de ses produits.

Quoi qu'il en soit, voilà des gens pratiques qui, après les récoltes et avant la fournaise estivale, s'en vont dans le nord chercher quelque fraîcheur, laissant à des serviteurs la garde de leurs biens : c'est l'exode hygiénique. Nous autres, nous restons

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 885.

à Biskra, et plus loin, pour nous garder nous-mêmes ; mais vous dire que nous nous en trouvons bien, serait mentir effrontément.

IX

Et l'oued roule des eaux limoneuses dans les méandres d'un lit démesurément élargi par les orages. On le suit, on le quitte au caprice de ses berges. Quelques cents mètres de route, aux endroits difficiles, remplacent la piste devenue impraticable et l'on relaie à la *Fontaine-des-Gazelles.*

A cette charmante dénomination, vous vous figurez quelque source limpide, un doux ombrage et le reste. Quelle erreur est la vôtre !

Il y a là au pied d'un pauvre tertre un filet d'eau chaude, saumâtre et tellement mauvaise, qu'à mon premier passage, je fus prévenu de n'en pas boire. J'en goûtai cependant, afin de la connaître, et je pus me convaincre que, si jamais des gazelles s'y sont désaltérées, c'est qu'elles avaient bien soif.

Cette eau suffit, néanmoins, à entretenir une centaine de palmiers, grenadiers et figuiers, au milieu desquels est une petite bâtisse carrée qui, close à la façon arabe, est une maison de campagne. Jugez de la maison de ville (à Biskra!), au point de vue météorologique. Il y a de quoi frémir, ou plutôt de quoi souhaiter au maître de céans tous les bonheurs possibles, sans lui en envier aucun, pas même celui d'avoir à sa porte une baraque où l'on vend de l'absinthe, cette liqueur commune aux plus simples comptoirs.

Il y a aussi un hangar pour le relai et, tant pis si vous m'accusez d'être un peu minutieux, je ne puis m'empêcher d'y signaler des moineaux, mignonnes créatures dont l'existence est tellement liée à celle de l'homme, que la moindre habitation en comporte. C'est à se demander quel instinct les y pousse, tant quelquefois c'est loin de partout.

Ensuite, le long de coteaux accidentés, on zigzague dans un éboulis de blocs gros et petits, dont le chemin de fer fera certainement son profit. On tourne sur la rive droite de l'oued par un pont métallique à tablier plat, dont l'établissement a coupé court à de fréquents accidents, et bientôt on débouche dans la plaine d'*El Outaiah* où vous remarquez d'emblée deux groupes de palmiers.

Près du premier dont on côtoie les bordures lézardées, est le bordj qui servait autrefois et sert encore au besoin de réduit protecteur. C'est à la fois une ferme et une auberge où l'on change de chevaux, et c'est entouré d'un mur vrai et crénelé. On s'y déraidit et c'est l'occasion de voir, encastrée dans la porte, une pierre tombale, dont l'inscription latine se lit encore très bien.

Courage ! c'est le dernier relai. Vous laissez à droite l'autre oasis minuscule, à moins que pour des raisons particulières le voiturier n'y passe, *viatoribus invitis*. Si c'est à la mi-mars, admirez les orges qui mûrissent et dont les épis jaunissent, tranchant sur l'humus noir et les panaches verts.

Et l'on avance comme on veut, ou plutôt comme on peut, pour éviter les ornières ou les tas de poussière.

Chemin faisant, on aperçoit un douar aux nombreuses tentes et l'on est assailli par sa marmaille qui se précipite au-devant de la guimbarde, l'entoure et la suit à la course. Ces enfants, pour la plupart garçons, n'ont qu'une simple chemise, courte et sale, et ils la relèvent jusqu'aux aisselles, *o nuda simplicitas !* Je me rappelle avoir remarqué parmi eux un pied-bot, qui n'était pas le moins leste et prenait fructueusement part aux petites batailles sur la menue monnaie.

X

Pour se rendre d'un lieu à un autre l'Arabe, comme tous les gens primitifs, affectionne la ligne droite, et il ne s'en détourne que devant un obstacle infranchissable. Vous avez beau rectifier, aplanir en allongeant si peu que rien ; il reste fidèle à son sentier, et c'est ainsi qu'il continue à monter de Bône à l'Edough par des pentes vertigineuses et que de Sidi M'cid il saute à Constantine par une véritable escalade.

Ici, au bout de cette plaine d'El Outaiah qui n'en finit pas avec ses 15 kilomètres de traversée argileuse, il a également pris au plus court pour franchir la crête mamelonnée qui la sépare du *Sahara*. Et nous avons suivi sa trace en ce sens que nous passons par où il passe, c'est-à-dire par le *col de Sfa*, dont nous avons considérablement modifié la rampe en taillant dans le roc, en décrivant des courbes, en élevant des murs.

Le coche n'en est pas moins péniblement tiré jusqu'au sommet et il semble que, comme les bêtes, on l'atteigne essoufflé.

Mais alors quel repos, quel dédommagement !

La grandeur du spectacle est vraiment saisissante. Aussi loin que la vue peut s'étendre, c'est le *désert* plat et uni comme une mer tranquille. Pour en donner l'illusion, il ne manque à l'horizon du merveilleux panorama déroulé par la plaine immense que des semblants de mâts, de vergues et de voiles. Et il arrive même, comme à la mer, que le bleu du ciel s'y fond tellement bien dans le bleu de la terre, qu'on cherche où finit l'une et où commence l'autre.

On s'arrête interdit et l'on admire !

A 10 kilomètres, presque sous les pieds, tant la pureté de l'air rapproche les distances, une grande tache verte saute aux yeux étonnés. C'est *Biskra*, l'oasis aux cent mille palmiers que domine un cyprès gigantesque. Plus loin, à droite, c'est Oulmach, et c'est encore Sidi Okba qui du côté sud-est, en un trait noir, sur le ciel se détache. Et l'Aurès, dont on foule les dernières et rudes sentes, accentue sa teinte pourpre au soleil qui se couche.

Harassés et poussiéreux, vous êtes enfin rendus et tout de suite vous éprouvez une agréable surprise à vous retrouver quelque part, surtout si l'air est doux et si les prévenances d'une charmante camaraderie ont aplani les voies.

Dans ces conditions, elle est vraiment coquette, cette petite ville française de Biskra, avec ses rues blanches et alignées, sa place en quinconce de palmiers et gommiers, ses rigoles d'arrosage et ses arcades sombres.

Avec cette complaisance, qui tient d'une idée de protection nécessaire, on y aperçoit vite de grandes casernes, entourées de grandes murailles, dont certains angles, la moitié de l'année, doivent refléter des degrés de fournaise.

A deux pas, quiconque a une carte et encore mieux un titre, est gracieusement admis à visiter un jardin particulier, dont les allées ratissées serpentent sous d'épais ombrages dans une verdure luxuriante, où il ne manque absolument que des bergères pour compléter le tableau d'une pastorale de Florian dans le genre tropical.

Et l'on est au désert, puisque hélas ! tout y ramène.

Comme si l'espace avait manqué, les maisons sont basses, étroites et serrées ; les chambres sont petites, les moustiques nombreux. Par 37 degrés, un soir du commencement de juin, c'était à s'y vouer au grand diable d'enfer.

L'eau n'y est potable que pour les indigènes, qui y sont habitués, comme les pauvres à la misère : car elle est horriblement salée et magnésienne. N'en usez qu'à votre corps défendant, ou gare à de rapides et fréquentes inquiétudes, qu'il n'est pas besoin de qualifier.

Cette exécrable qualité de l'eau du sud algérien, n'y est-elle pas une des raisons de la profusion des liqueurs alcooliques et de l'emploi abusif qu'on y en fait ? Quelque perdue dans l'espace qu'y soit une baraque, elle est un débit où le sac d'eau, suspendu sous l'auvent, est le prétexte aux fortes absinthes et autres apéritifs du même genre et de la même valeur.

Voyageurs circonspects, fonctionnaires prudents, n'y buvez, coûte que coûte, que de l'eau de Saint-Galmier ou analogue : elle est là du reste qui vous attend, enveloppée dans des manchons de laine constamment mouillés et s'évaporant au courant des couloirs sur des tables *ad hoc*.

Méfiez-vous des scorpions qui rampent dans les angles bas et

frais, et dont on vous montre en bocal de beaux échantillons. Les chats leur font heureusement une guerre acharnée.

Et, pour que vous sachiez tout, c'est loin, pas commode et peu propre, où vous m'entendez bien. C'est, du reste, la question qui se traite sous la jambe, partout où l'homme fait la bête, et Dieu sait que, sous ce rapport, il n'est pas besoin d'aller à Biskra pour en constater et sentir les effets détestables.

SOUSCRIPTION

EN FAVEUR DE LA VEUVE D'UN CONFRÈRE

DEUXIÈME LISTE

Mmes la baronne James de Rothschild.	500 fr.
L. Brouardel	50
A. Charcot	100
A. Fournier	100
A. Brochin	20
Vve Coutreau (de Châtellerault).	20
E. Le Sourd	100
Mlle Marguerite Calvé (de Toulon)	20
Anonyme (Paris)	50
Anonyme (Paris)	3
Anonyme (Nancy)	5
Première liste	100
Total	1068 fr.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 24 août 1888, a été promu dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. le docteur Kieffer, médecin auxiliaire de deuxième classe.

— La Faculté de médecine de Montpellier a dressé ainsi qu'il suit la liste de présentation des candidats aux chaires laissées vacantes, d'une part par la mise à la retraite de M. le professeur Benoist, et d'autre part par le passage de M. le professeur Castan à la chaire de clinique médicale :

1° Chaire d'anatomie : en première ligne, M. le docteur Paulet; en deuxième ligne, M. le docteur Bimar.

2° Chaire de pathologie interne : en première ligne, M. le docteur Carrieu ; en deuxième ligne, M. le docteur Mossé.

— *Mission scientifique.* — M. le docteur Frémy, ancien interne des hôpitaux de Paris, est chargé d'une mission aux États-Unis, à l'effet de visiter les établissements publics et privés de ce pays affectés au traitement de la tuberculose.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant, ci-après, la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 99. — JEUDI 30 AOUT 1888. 61e ANNÉE. JEUDI 30 AOUT 1888. — N° 99.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance de communications variées, chômage de discussions.

M. Guermonprez (de Lille) est venu communiquer une intéressante observation de néphrorraphie dans un cas de rein mobile. Cette opération a été jusqu'ici assez peu pratiquée en France; M. Brodeur, dans sa thèse sur l'intervention chirurgicale dans les affections du rein (Paris 1886), a recueilli 36 observations de reins mobiles dans lesquelles on a pratiqué 26 fois la néphrectomie et 10 fois seulement la néphrorraphie. Il y a lieu d'être quelque peu surpris de cette préférence des chirurgiens pour la néphrectomie dans ces cas, surtout si l'on compare la mortalité de cette opération avec celle de la néphrorraphie. En effet, tandis que, d'après la statistique de M. Brodeur, la première a donné 40 p. 100 de mortalité, la seconde n'a donné qu'une mort sur 10 cas, soit 10 p. 100. Ce qui ressort très nettement de cette statistique, c'est que, qu'il s'agisse de néphrectomie ou de néphrorraphie, le résultat opératoire est très différent, selon qu'on va chercher le rein par la voie lombaire ou par la voie abdominale. Ainsi, sur les 26 néphrectomies citées plus haut, il y en a eu 20 abdominales avec 12 guérisons (60 p. 100) et 6 lombaires avec 6 guérisons. Quant aux 10 néphrorraphies, elles sont naturellement toutes lombaires et ont donné 9 guérisons (90 p. 100). Nous avons eu l'occasion d'assister M. Péan dans plusieurs néphrectomies et dans une néphrorraphie, et nous avons été frappé de la facilité, de la simplicité et de la bénignité de cette dernière opération. Nous ne pouvons donc qu'appuyer les conclusions de M. Guermonprez et dire, avec lui, que, quand l'intervention chirurgicale s'impose dans les cas de reins mobiles, il faut évidemment préférer la néphrorraphie et ne recourir à la néphrectomie que lorsqu'il s'agit de reins mobiles dégénérés, atrophiés ou hypertrophiés, comme dans plusieurs des cas publiés par M Péan et d'autres. Ajoutons que la voie lombaire, la seule indiquée pour la néphrorraphie, doit, autant que possible, être préférée également pour la néphrectomie. Enfin, il est bien entendu que, dans les cas de reins flottants douloureux, le chirurgien ne devra jamais intervenir qu'après épuisement de tous les moyens médicaux ou orthopédiques.

M. Polaillon a présenté une énorme tumeur fibreuse de l'ovaire, opérée par la laparotomie, avec pédicule fixé en dehors de l'abdomen. La malade, opérée seulement depuis quelques jours, va aussi bien que possible. A cette occasion, M. Polaillon a fait le procès du lavage du péritoine à l'eau bouillie, devenu peut-être un peu trop à la mode depuis quelque temps. Ce lavage ne serait pas, selon lui, sans danger, à cause de son influence, par action réflexe, sur certains troubles de la respiration pouvant aller jusqu'à une syncope mortelle, ainsi qu'il l'a lui-même observé dans un cas malheureux. Sans nier l'utilité du lavage péritonéal dans certains cas déterminés d'ovariotomies ou d'hystérotomies laborieuses, nous pensons qu'il n'est pas aussi souvent indiqué que semblent le croire les jeunes chirurgiens, et que la toilette du péritoine, dans la grande majorité des cas, peut être faite très convenablement avec des éponges antiseptiques.

Signalons enfin deux lectures : l'une de M. Pinel, sur des recherches intéressantes de psychologie expérimentale avec quelques applications pratiques; l'autre de M. Larat, sur le traitement de l'occlusion intestinale par l'électricité, selon la méthode de M. Boudet de Paris.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. DESPRÉS.

Luxation ancienne de l'épaule (trois mois); réduction par les manœuvres manuelles; inutilité des appareils à moufles.

(Observation recueillie par M. TUILANT, interne du service.)

Mme S..., soixante-huit ans, sans profession, se présente, le 18 juillet 1888, à l'hôpital de la Charité, à la consultation de M. Després. — Malade peu musclée, n'ayant pas eu de luxations antérieures.

Il y a trois mois, elle fait une chute sur le coude, et, dans cette chute, son bras est porté en arrière et en abduction forcée. La douleur, relativement peu vive, qu'elle éprouve après l'accident, fait que la malade ne consulte pas de médecin et continue à vaquer à ses occupations. Des mouvements du bras étaient, du reste, en partie conservés.

Ce n'est que plus tard, un mois ou six semaines après l'acci-

dent, que ceux-ci se limitent petit à petit et ne permettent plus à la malade de se servir de son bras. En même temps, elle se plaint d'accès douloureux intermittents, d'élancements qui irradient dans tout le membre malade.

Ces accidents l'engagent à venir consulter à l'hôpital de la Charité, le 18 juillet, trois mois, presque jour pour jour, après l'accident.

M. Després constate alors une luxation de l'épaule, caractérisée par un aplatissement très manifeste du moignon, saillie de l'acromion et dépression sous-acromiale très marquée. Le coude, écarté du tronc de 10 centimètres environ, était légèrement porté en arrière. En le portant encore un peu plus en dehors, on sentait nettement la tête humérale dans le creux axillaire. Enfin, la malade étant très peu musclée, on pouvait sentir à travers les fibres du grand pectoral le bec de l'apophyse coracoïde et au-dessous la tête humérale déplacée. Il s'agissait, en un mot, de la variété sous-coracoïdienne de la luxation de l'épaule.

Les mouvements étaient très bornés, surtout la rotation et l'adduction.

La sensibilité de l'épaule n'a pas été examinée avant la réduction, néanmoins il n'y avait aucune apparence de paralysie.

Le jour même de son arrivée à l'hôpital, M. Després pratique chez la malade des mouvements de rotation du bras, d'élévation complète, en amenant le bras dans la verticale, afin de mobiliser la tête humérale et de rompre les adhérences qui se sont produites depuis l'accident. Cette manœuvre n'est pas prolongée au delà d'une minute, et M. Després assigne la malade au lendemain pour la réduction.

Le lendemain nouvelle tentative : un aide maintient la malade et immobilise l'omoplate en appliquant les deux mains à plat sous la région axillaire, immédiatement au-dessous de la tête humérale luxée (méthode de l'amplexion). Un second aide s'oppose aux mouvements d'élévation de l'épaule ; ce qui immobilise encore davantage l'articulation.

Les manœuvres de la veille sont alors répétées, sans administration de chloroforme, et la tête humérale, encore une fois libérée de ses adhérences, paraît bien mobile. Alors le bras est porté en rotation en dehors (procédé de Kocher). Puis, à mesure que la tête humérale se déplace, les mouvements provoqués sont plus étendus (élévation, adduction, abduction et circumduction). Ces mouvements, assez douloureux du reste, permettent au bout de cinq minutes environ de réduire facilement la luxation, après les phases suivantes : en portant la main du côté luxé sur l'épaule du côté opposé, on produisit une transformation de la luxation sous-coracoïdienne en une luxation sous-épineuse. En pressant alors sur la tête humérale, l'ancienne luxation se reproduisit. M. Després recommença alors les mêmes mouvements : rotation du bras et abduction, en portant toujours la main luxée sur l'épaule du côté sain, et cette fois la luxation se réduisit.

Deux jours après, des pointes de feu sont appliquées contre les accidents inflammatoires qui pourraient se produire du côté de l'articulation. Au bout de dix jours, la malade a toujours son bras en écharpe, mais peut faire exécuter spontanément à son bras malade des mouvements d'adduction et d'abduction, du reste encore très limités.

Aujourd'hui, seize jours après l'accident, la malade se sert de son bras assez librement.

Voici ce que nous disait, à cet égard, M. Després : c'est un exemple qui n'est pas propre à encourager l'usage des machines qui ont eu trop de vogue. Ce fait démontre qu'on peut réduire des luxations anciennes par des procédés manuels, toujours inoffensifs, surtout lorsque le chirurgien n'est point un athlète et lorsqu'il n'emploie pas le chloroforme.

On ne peut réussir avec ces procédés qu'à la condition de mobiliser préalablement la tête humérale et de détacher les adhérences qui la maintiennent dans la position de la luxation. On avait bien recommandé cette précaution jadis, lorsque l'on employait les moufles pour la réduction des luxations anciennes, mais on ne faisait guère que des mouvements de rotation. Et cela ne suffisait pas. Il faut élever le bras et le placer dans la verticale, employer même de la force. Dans ce mouvement, l'on se sert de l'humérus comme d'un levier du deuxième genre, le point d'appui est pris sur l'acromion, la puissance agit par la main du chirurgien, appliquée sur la partie inférieure du bras, près du coude ; la résistance à vaincre est à la tête humérale.

C'est du reste avec cette élévation forcée du bras que l'on arrive à fracturer à dessein le col de l'humérus, dans les cas de luxations anciennes irréductibles (ainsi que l'a fait M. Després, l'observation a été présentée à la Société de chirurgie). De plus, en faisant ce mouvement, on ne déchire point la partie la plus utile de la capsule de l'articulation, c'est-à-dire celle qui recouvre la tête, et l'on est sûr qu'il se reformera une capsule complète.

Une fois la tête débarrassée des adhérences, il ne s'agit plus que de la ramener devant la cavité glénoïde. Pour cela la rotation est ce qu'il y a de plus sûr. On peut pratiquer soit le procédé de Mothe, soit le procédé de Kocher, soit le procédé de la traction continue, en faisant exécuter en même temps, au bras luxé, des mouvements de rotation.

Il arrivera sans doute, qu'avant de réduire la luxation on la transformera en une quelconque de ces variétés de luxations incomplètes, telles que la sus-glénoïdienne ou sous-épineuse et la sous-glénoïdienne, mais il ne faut pas s'en étonner. De même que ces luxations sont des transformations des luxations en avant et en arrière, dues à ce que les malades ont remué le bras ou ont été soumis à des manœuvres incomplètes de réduction, de même cette transformation en sens inverse est un acheminement vers la réduction.

Les machines agissent avec moins de sûreté, elles contusionnent les tissus et peuvent produire des accidents graves, tels que l'arrachement du bras [2 cas, 1 en France (A. Guérin) et 1 en Angleterre (Bothevell)], des anévrysmes et surtout une contusion musculaire qui entraîne des paralysies d'une certaine durée. Toutes les fois, donc, que les sujets sont peu musclés et que personne n'a touché à la luxation, datât-elle de trois mois, il y a lieu de préférer le procédé qui a si bien réussi dans notre cas, aux moufles et aux appareils mixtes imités de l'appareil de Jarwis.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. J. Simon.

I. Luxation congénitale du fémur et coxalgie. — II. Du danger des vomitifs et des controstimulants dans la pneumonie et la bronchopneumonie. — III. Albuminurie, accidents urémiques.

Nous avons aujourd'hui une série de faits cliniques fort intéressants au point de vue de la pratique journalière :

I. Tout d'abord voici une petite fille, âgée de dix ans, entrée ici soi-disant pour une coxalgie assez récente, dont elle souffrait beaucoup plus en ces derniers temps, disait sa mère, car l'enfant, trop bien stylée, ne répondait à aucune de nos questions, ni sur son âge, ni sur son nom ; la leçon lui avait été faite, elle avait reçu aussi l'obligation de boiter en se plaignant de souffrir beaucoup. Bref, sa mère vou-

lait s'en débarrasser pendant quelque temps en la plaçant ici.

Or, voici ce qui résulte de l'examen à fond auquel j'ai procédé : tout d'abord, elle marche à petits pas et se plaint de souffrir en marchant ; en cela elle n'a pas tout à fait tort. Si nous la faisons coucher, étendre sur un matelas, elle a bien l'attitude de la coxalgie, elle a plutôt encore celle d'une luxation coxo-fémorale gauche.

C'est qu'en réalité il existe chez elle, comme nous allons le voir tout à l'heure, une véritable luxation. Lorsque j'imprime certains mouvements au membre inférieur gauche, je ne renverse pas le bassin et il est facile de reconnaître que la tête du fémur est dans une position vicieuse, mais d'autre part nous ne constatons aucune altération, aucune trace de coxalgie suppurée. Du reste les tissus environnant l'articulation coxo-fémorale ne sont ni chauds, ni sensibles, ni indurés, comme ils le seraient nécessairement, si nous avions affaire à une véritable coxalgie. L'absence de cette affection nous est également prouvée par la flexion à angle aigu que nous imprimons facilement aussi au membre inférieur. Et cependant cette petite fille souffre véritablement, et de plus les mouvements d'abduction, normaux dans le membre sain, ne sont pas possibles dans le membre malade, les abducteurs présentant un raccourcissement notable.

Bref, je nie donc l'existence d'une coxalgie, pour admettre seulement l'idée d'une pseudarthrose. Il n'y a pas de coxalgie, car il n'y a ni douleur très vive, ni empâtement périphérique, ni chaleur etc. ; mais il y a luxation du fémur dont la tête se sent dans le pli de l'aine, lequel est déformé de même, d'ailleurs, que la fesse du même côté qui est aplatie, tandis que le trochanter est remonté au-dessus du niveau qu'il occupe normalement. Mais cette luxation coxo-fémorale n'est pas une luxation pathologique, elle est congénitale et s'accompagne d'un certain degré d'arthrite, c'est-à-dire que, faute d'avoir un appareil convenable, cette petite fille, en marchant, imprime à son fémur des mouvements de va-et-vient, de rayonnement, qui ont rendu les tissus douloureux.

Il y a donc luxation et non coxalgie, et la malade, du reste, boite, mais nullement comme une malade atteinte de coxalgie. Il n'y a pas chez elle de troubles fonctionnels, pas d'empâtement au niveau de la hanche, pas de suppuration, pas de destruction osseuse; et l'exploration de la région montre que les tissus sont sains et permet de sentir la tête du fémur dans le point où je l'ai indiquée tout à l'heure.

Quoi qu'en dise la mère de l'enfant, il s'agit donc bien d'une luxation congénitale s'accompagnant de quelques douleurs dues à de l'arthrite.

Cette arthrite doit être soignée par le repos et les cataplasmes et, quand elle aura disparu, l'enfant portera un appareil lui permettant de marcher sans souffrir, sans fatigue, un appareil dont l'idéal serait un corset avec deux plaques métalliques emboitant parfaitement le haut du bassin, et maintenant surtout le grand trochanter, plus un béquillon soutenant l'épaule du côté malade, s'ajustant à la ceinture de cuir du corset et se continuant pour ainsi dire avec une autre tige métallique qui fait gagner le sol.

II. A propos des cas de rhumes, bronchites, pneumonies et bronchopneumonies, toujours nombreux pendant l'hiver, je crois utile d'appeler de nouveau votre attention sur les dangers, trop souvent méconnus encore aujourd'hui, des vomitifs et des controstimulants dans ces affections. Je viens encore de voir ces jours-ci des faits navrants au point de vue des résultats de cette médication, malheureusement encore si souvent employée. Ainsi chez un enfant de six mois, auprès duquel j'avais été appelé, on n'avait pas craint de donner 10 centigrammes de kermès, pour combattre l'oppression, et 10 grammes de sirop diacode contre l'insomnie. A deux autres enfants, plus grands (de deux à quatre ans), on avait prescrit, pour une bronchopneumonie, l'oxyde blanc d'antimoine, le chloral et le bromure chez l'un d'eux, chez l'autre, un vomitif le matin et la codéine à haute dose. Si, chez ces deux derniers malades, il n'y eut pas péril en la demeure, le traitement n'en fut pas moins trop énergique et les vomitifs dangereux. Quant aux enfants plus jeunes, un pareil traitement ne peut que les tuer et les tuer plus sûrement que la maladie elle-même.

Dans la bronchite capillaire, dans la bronchopneumonie, dans la pneumonie, le diagnostic étant fait, vous n'avez pas le droit de donner à l'enfant des vomitifs, sous peine de commettre une faute grave, et de l'exposer à un danger des plus sérieux.

Cette semaine encore, un petit enfant de vingt et un jours est pris de coryza d'abord, puis, deux jours après, de bronchite, le lendemain enfin d'une bronchopneumonie très limitée. Avant de me faire appeler, on avait donné déjà un vomitif qui, du reste, ne l'avait pas du tout fait vomir. Aussi quand je suis arrivé, l'enfant était-il pâle, refroidi, haletant, plongé dans un abattement profond. Il eût fallu, au contraire, lui prescrire — et c'est ce que j'ai fait dès mon arrivée — l'alcool pour relever ses forces, pour lui donner les moyens de résister, en même temps que de petits révulsifs coup sur coup sur la poitrine, c'est-à-dire larges comme une pièce de 5 francs en argent, répétés tous les jours ou tous les deux jours et laissés en place pendant trois heures ou trois heures et demie seulement. Il n'y a pas autre chose à faire en pareil cas.

De cette façon, non seulement vous ne nuirez pas au petit malade, mais encore souvent vous arriverez à pouvoir le tirer assez facilement d'affaire. Bien plus, l'enfant de deux à trois ans guérit presque toujours d'une pneumonie si vous ne lui donnez rien, il guérit *suâ sponte*, tandis que par les vomitifs, thérapeutique abominable contre la toux, l'oppression et la difficulté d'expectoration, vous n'arrivez qu'à déprimer, affaiblir l'enfant et favoriser la mort.

Je vous citerai un fait qui m'est personnel, il remonte assez loin déjà, à l'époque où moi aussi je recourais, dans les affections dont je parle en ce moment, aux vomitifs et aux controstimulants. Un jour, je suis appelé auprès d'un homme de quarante à quarante-cinq ans, sujet américain, atteint d'une bronchite généralisée, accompagnée de congestion pulmonaire avec sécrétion catarrhale abondante. Je prescris : kermès, antimoine, opium et révulsifs ; or l'effet en fut tellement désastreux qu'à quatre heures du matin, on vint me chercher et qu'en arrivant dans l'antichambre, j'entendis, à travers plusieurs pièces de l'appartement, un bruit de râle trachéal formidable déterminé par l'obstruction des bronches par d'épaisses mucosités accumulées en quantité. Le pouls se sentait à peine, la peau était froide, le malade enfin agonisait. Je mandai immédiatement M. Jaccoud et, sur ses conseils, j'abandonnai aussitôt la médication déprimante pour donner à cet homme l'alcool à haute dose (100 grammes). Au fur et à mesure qu'il le pre-

nait, on le voyait se remonter, renaître à la vie. En un mot, il fut sauvé par l'alcool, tandis qu'il mourait par la thérapeutique à laquelle j'avais eu recours.

III. La petite malade dont je vous ai parlé dans ma dernière leçon sur l'œdème et l'albuminurie (1), paraissant avoir, comme je vous l'ai dit, une néphrite légère avec bouffissure d'une partie de la face, n'est pas en voie de guérison. Loin de s'être amélioré, son état, au contraire, s'est très notablement aggravé.

Vous vous rappelez que, les deux premiers jours, nous n'avions pas trouvé trace d'albumine dans ses urines et que, le troisième jour, celles-ci laissaient apercevoir seulement un simple nuage. Aujourd'hui, il n'en est plus ainsi, et la quantité d'albumine s'élève à 8 grammes par litre d'urine, quoique nous ayons fait tout ce que nous pouvions pour enrayer l'albuminurie. Mais à l'hôpital, il faut bien le dire, nous ne sommes plus dans les mêmes conditions qu'en ville ; ici nous avons des fenêtres qui ferment mal, l'enfant, qui ne peut être aussi attentivement surveillé, se découvre, la température varie sans cesse par les allées et venues dans les salles.

Ce qu'il faut comme traitement, c'est faire en sorte que la peau fonctionne convenablement, c'est couvrir l'enfant de flanelle, de bonnes couvertures de laine, entourer le cou d'ouate, appliquer des cataplasmes sinapisés, des ventouses sèches, des vésicatoires sur les régions rénales droite et gauche, voire même des ventouses scarifiées ou des sangsues, si cela est nécessaire, de chaque côté de la colonne vertébrale, au-dessous des fausses côtes.

En même temps, on fait prendre des boissons chaudes, on prescrit l'acide pyrogallique, la digitale, le tannin, les diurétiques; on agit, d'autre part, sur le tube digestif à l'aide du calomel, du séné, de certaines eaux minérales, enfin on met le malade au régime lacté.

Bref, quoi que nous ayons fait à notre petite malade, elle a été de mal en pis, et, aujourd'hui, elle se trouve dans une période extrêmement critique, en imminence d'urémie, n'urinant presque plus.

Lorsqu'un malade se trouve dans une pareille phase, qu'il est en proie à de violentes douleurs de tête, à des nausées, à des vomissements, à des attaques éclamptiques, au coma et qu'il ne respire plus que par son bulbe, que faut-il donc faire ? Il faut, alors même que le malade sera absolument déprimé et dans un état réellement pitoyable, il faut, dis-je, combattre sans hésiter l'empoisonnement du sang par des émissions sanguines.

Il y a deux ans, j'étais appelé, dans les Champs-Élysées, auprès d'une petite orpheline atteinte d'albuminurie, arrivée à la période urémique avec attaques éclamptiques, etc., bref, dans un état extrêmement grave. Je fis, dès mon arrivée, appliquer des ventouses scarifiées de chaque côté sur la région rénale, et, le soir, l'amélioration ne me satisfaisant pas assez, je prescrivis des sangsues derrière les apophyses mastoïdes.

Cette fois, j'obtins une amélioration rapide et bientôt l'enfant était sauvée.

Il ne faut donc pas craindre de tirer du sang en pareils cas, et revenir même une seconde fois, si cela est nécessaire, aux émissions sanguines, lesquelles finiront — et le plus souvent très rapidement — par produire un excellent effet.

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 835.

En même temps, vous pourrez prescrire le chloral à la dose de 1 gramme en lavement, voire même de 2 grammes par jour, tout en continuant la digitale en potion.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Du traitement de l'ongle incarné.

Par M. le docteur A. Ricard, chef de clinique de la Faculté.

Quelle que soit la cause de l'affection désignée sous le nom d'ongle incarné, que ce soit l'ongle qui, mal formé, se creuse un sillon dans les chairs, que ce soient, au contraire, les chairs refoulées qui viennent se couper sur le bord de l'ongle, peu importe, la lésion est constituée par l'enclavement de l'ongle au milieu des chairs ulcérées et fongueuses. Cependant, suivant les théories proposées, trois méthodes de traitement ont été adoptées. Les uns, croyant que l'ongle fait, à lui seul, tout le mal, ne s'adressent qu'à lui. D'autres ne s'attaquent qu'aux parties molles, pensant que ce sont elles qui sont refoulées sur l'ongle normal; enfin, un grand nombre de chirurgiens, négligeant cette question théorique, s'attaquent à la fois à l'ongle et aux parties molles.

Cette multiplicité des procédés et des méthodes nous prouve que la thérapeutique de l'ongle incarné n'est pas encore parfaite, et ce qui légitime cette abondance de procédés anciens ou nouveaux, c'est la récidive qui s'observe dans quelques cas, à la suite des moyens chirurgicaux employés. Pour nous, nous croyons que le chirurgien est plus que suffisamment armé contre l'incarnation de l'ongle dans les chairs, et qu'il n'est pas besoin de recourir à des procédés nouveaux, mais plutôt à bien et judicieusement employer ceux dont on dispose.

Lorsqu'un malade atteint d'onyxis latérale vient demander à son médecin les soins qu'il peut lui donner, le médecin doit, avant de prendre parti, faire son choix dans les nombreux procédés recommandés et ne pas croire qu'ils sont également bons et indifféremment applicables à tous les cas. Examinons donc quelles sont les conditions qui doivent guider le médecin dans son choix.

Ces conditions sont de deux ordres, elles tiennent au malade lui-même, et à l'étendue de la lésion dont il est porteur. Si le malade est un jeune homme propre, soigneux de sa personne, s'il n'est astreint à aucune profession pénible, s'il lui est facile de porter des chaussures souples et bien conformées, s'il a le loisir de rester assis une grande partie de la journée, ou de pouvoir à sa guise éviter les fatigues, son ongle incarné doit guérir sans opération, et simplement à la suite de soins et de pansements attentifs.

Si le malade, au contraire, est un homme pauvre, mal chaussé, astreint à de durs labeurs, un malade qui n'est pas maître de son temps, de la nature de son travail, ou bien qui, peu habitué à se soigner, sera incapable de mettre en pratique les conseils qui lui seront donnés, dans ce cas, c'est à une opération qu'il faut avoir recours. C'est qu'en effet, vouloir guérir un ongle incarné par des pansements, c'est demander à un malade des semaines de soins assidus, une série de précautions particulières que pourront prendre les jeunes gens sans profession pénible, les employés, les commis, etc.; mais que l'on ne saurait exiger d'un ouvrier, qui ne pourra sacrifier les journées de son salaire, n'aura ni le moyen, ni la possibilité de réformer sa chaussure, et qui, souvent dédaigneux de la minime affection dont il est porteur, négligera les soins minutieux indispensables à la cure non opératoire de son onyxis. C'est pourquoi dans la clientèle de nos hôpitaux de Paris, c'est presque toujours à l'intervention chirurgicale qu'il faut avoir recours. Il en est de même dans l'armée, où le soldat, ne disposant pas de l'emploi de son temps et ne pouvant modifier sa chaussure, est peu susceptible d'être guéri par les procédés de douceur, toujours longs et minutieux.

Ces procédés de douceur sont très simples : ils ont l'inconvénient d'être longs à agir. Lorsque l'ongle incarné est à son début, que le bourrelet enflammé des chairs, qui recouvre l'ongle, n'est pas encore devenu ulcéreux et fongueux, il est facile d'insinuer, entre l'ongle et le fond du sillon cutané, quelques brins de charpie ou d'ouate, qu'on a préalablement imprégnés de perchlorure de fer. De cette façon, le bord tranchant de l'ongle est isolé des chairs, et celles-ci repoussées sont en même temps modifiées et comme tannées sous l'action du perchlorure.

Ce traitement n'amène que lentement la guérison. Au premier pansement, à peine quelques brins de charpie pourront être péniblement insinués, mais, le lendemain et les jours suivants, le pansement s'appliquera mieux, plus complètement, et le malade pourra bientôt lui-même continuer, chaque jour, l'application de ce traitement. Avec les quelques soins qu'il nous reste à indiquer, la réussite est presque constante.

Nous ne saurions trop recommander, en effet, d'insinuer la charpie ou l'ouate, autour du bord de l'ongle, et non pas seulement sur la face extérieure de cet ongle; le pansement, étant méthodiquement appliqué, doit envelopper le bord de l'ongle comme une gouttière et doit se substituer aux téguments enflammés pour constituer le véritable nid du bord unguéal. Pour cela, il doit donc décoller légèrement l'ongle, très facilement décollable d'ailleurs, et être insinué au-dessous de lui avec l'extrémité d'une spatule. Ce n'est que par cet isolement complet de l'ongle et des chairs que la guérison pourra s'obtenir.

De plus, il faut recommander au malade une chaussure large et simple, ne comprimant pas les orteils les uns contre les autres; et, au début du traitement, la station debout trop prolongée, les grandes marches doivent être interdites.

Mais ce n'est pas là le seul moyen de douceur, dont on puisse disposer; à côté de cette méthode simple, il en est une autre, applicable également à un grand nombre de cas.

Fort souvent, en effet, on peut constater que c'est le bord externe du gros orteil qui est atteint et seul affecté; si l'on regarde attentivement la disposition des autres orteils, dans ce cas, on pourra trouver le mécanisme qui a présidé à la formation de l'onyxis. On constate, en effet, que le gros orteil seul est complètement étendu et appuie sur la chaussure à plat sur un plan parallèle à la surface de l'ongle; de là une tendance à l'aplatissement de cet orteil, et à l'exubérance des chairs qui viennent à déborder l'ongle sur les côtés. Les autres orteils, au contraire, plus ou moins fléchis, appuient sur l'extrémité de la pulpe digitale; et la constriction, produite par une chaussure mal faite ou trop étroite, les pousse sur la partie latérale des chairs du gros orteil, qui se trouvent ainsi comprimées et remontées sur le bord externe de l'angle. Cela est si vrai, que sous le bourrelet incarné se trouve une gouttière, très manifeste, due à l'empreinte du deuxième orteil sur le premier. L'incarnation est encore produite, d'autant plus facilement que le deuxième orteil est souvent abaissé et que la pression qu'il fait subir aux chairs du premier orteil non seulement comprime ces chairs, mais les refoule en haut directement sur le bord de l'ongle.

On comprend, dès lors, qu'une chaussure large, supprimant la pression, soit un excellent adjuvant des méthodes thérapeutiques employées. Mais ce n'est pas tout, il faut rendre au deuxième orteil, en général abaissé, sa situation normale, et même l'élever au-dessus des autres. Depuis longtemps, M. le professeur Le Fort dans ses écrits et dans ses leçons a vanté cette méthode. « On peut, dit-il, prévenir la maladie ou empêcher son retour en ramenant le second orteil au-dessus du premier et en le maintenant dans cette position au moyen d'une petite bande emplastique. » Dans le dernier numéro des *Archives de médecine et de pharmacie militaires* (n° 6, juin 1888), M. Dumas nous apporte de nouveaux faits où la guérison a été obtenue par ce procédé, qu'il a tort de croire n'être décrit nulle part. Le procédé de M. Dumas n'est autre que celui de M. Le Fort. Peut-être, cependant, apporte-t-il au procédé de ce dernier auteur une légère modification, ou tout au moins une interprétation différente.

On fait chevaucher le deuxième doigt sur le gros orteil et on maintient ce chevauchement au moyen de bandelettes de diachylon, pendant tout le temps nécessaire à la cicatrisation de la petite plaie (l'incarnation). Le gros doigt est glissé sous le deuxième, de manière que la pulpe de celui-ci appuie sur le bord externe de l'ongle et sur le bourrelet cutané adjuvant. Le troisième orteil est rapproché du premier, de façon à empêcher le deuxième de retomber. Lorsque ces bandelettes sont bien appliquées, sans être trop serrées, le malade, dit M. Dumas, peut marcher dans la chambre avec des pantoufles. En trois ou quatre jours, la guérison se dessine, et en une dizaine de jours elle est complète.

C'est, comme nous le disions, le procédé de M. Le Fort avec cette remarque que M. Dumas ne se contente pas de soustraire le gros orteil à la pression latérale du deuxième, mais qu'il utilise la position nouvelle donnée à cet orteil pour comprimer en sens inverse les chairs incarnées, et les déprimer au-dessous du bord de l'ongle.

Si l'on veut résumer tout ceci, nous dirons : onyxis peu avancée, malade attentif, capable de se livrer à tous les petits soins d'un long traitement, tels sont les cas justiciables d'un procédé de douceur — pansement à l'aide de charpie introduite sous l'ongle, chaussures larges, redressement du deuxième orteil sur le premier.

Mais si l'ongle est profondément incarné dans les chairs, si l'ulcération est large, suppurante, les fongosités volumineuses et recouvrant l'ongle, le traitement de douceur est impossible. De même, si le malade est un homme exerçant une profession pénible, portant des chaussures grossières et rudes, mal faites et mal assujetties à son pied, si ce malade, obligé de gagner chaque jour sa vie, ne peut se soumettre aux longueurs, aux minuties du traitement de douceur, même si la lésion est moins avancée, il faut opérer.

Quel procédé chirurgical convient-il d'employer? Nous serons brefs sur ce point, renvoyant aux livres de médecine opératoire pour la description de tous les procédés mis en usage. Mais pour que le procédé employé soit bon, il doit prévenir la récidive.

Pour arriver à ce résultat, on peut classer les procédés en trois groupes : ceux qui s'adressent à l'ongle seul, — aux parties molles, — à la fois à l'ongle et aux parties molles.

Parmi les procédés s'attaquant à l'ongle, il n'y en a guère que trois qui méritent d'être reproduits.

Le premier en date est celui de Fabrice d'Aquapendente, qui isolait d'abord l'ongle de la chair avec un peu de charpie, puis avec des ciseaux, et coupait en long sa portion incarnée, jusqu'au point où elle adhérait aux chairs; et la saisissant avec des pinces, il l'arrachait, sans user de violence, d'avec le reste de l'ongle, il recommençait ainsi jusqu'à ce que toute la partie incarnée fût complètement arrachée.

Malgaigne, ayant remarqué que la portion incarnée était décollée des chairs, incisait avec des ciseaux ou un bistouri toute la portion incarnée de l'ongle, jusqu'à l'endroit où il sort de la matrice, la saisissait avec une pince à disséquer et la déchirait en travers. Il plaçait ensuite un peu de charpie sous les chairs, et, pour l'ordinaire, le malade pouvait, immédiatement après, marcher et courir sans douleur.

On connaît le procédé de Dupuytren, qui engageait violemment et brusquement sous l'ongle, en son milieu, la pointe d'une branche de ciseaux bien affilés. D'un seul coup, il divisait l'ongle en deux parties et avec une bonne pince à disséquer enlevait la partie malade en l'enroulant sur elle-même, du milieu vers les bords. On peut enlever l'autre partie, restée adhérente, si l'incarnation est double, ou même enlever d'un seul coup tout l'ongle avec une spatule introduite d'arrière en avant, procédé douloureux, nécessitant une certaine force, et n'amenant souvent qu'une avulsion incomplète.

D'autres chirurgiens ne s'adressent qu'aux parties molles. Lisfranc abrasait au bistouri toute la portion exubérante et fongueuse des chairs qui surplombait le bord de l'ongle.

M. Guyon se contente de déplacer et d'abaisser les chairs. Sur le bord de l'orteil au-dessous des parties irritées, il enlève un coin de parties molles, dont il gradue l'étendue et la profondeur d'après les dimensions de la portion incarnée. Par la suture, il réunit les deux lèvres de la plaie qu'il vient de créer, et dégage ainsi le bord incarné de l'ongle.

A la suite de tous ces procédés, la récidive est en somme beaucoup plus rare qu'on ne le pense. Après l'ablation du rebord incarné de l'ongle ou de l'ongle tout entier; le temps, toujours fort long, nécessaire à la repousse de l'ongle permet la cicatrisation complète des chairs et prévient ainsi la récidive.

Mais cependant cette récidive s'observe, et c'est pour la combattre que Dupuytren, Sédillot, Baudens, détruisaient par le bistouri, le feu, ou le caustique, la portion de la matrice unguéale correspondant au bord incarné, ils s'opposaient ainsi à la reproduction de ce bord et par suite à l'incarnation.

D'autres méthodes se sont fait jour également. M. Quenu regarde comme produisant la substance unguéale, la matrice rétro-unguéale, et toute la partie du derme sous-unguéal qui répond à la lunule. Aussi, dans la cure radicale de l'ongle incarné, c'est toute cette partie qu'il conseille d'enlever complètement si l'on veut absolument se mettre à l'abri de la récidive.

Le procédé de M. Quenu est tout au long exposé dans les Bulletins de la Société de chirurgie (1). Voici en quoi il consiste :

Après avoir arraché l'ongle, le chirurgien fait une incision tangente à la lunule et dépassant légèrement les limites de l'ongle; des extrémités de cette incision, il fait ensuite partir de chaque côté une incision perpendiculaire à la précédente, soit deux incisions dorso-latérales qui remontent sur le dos de la phalange, dans le prolongement du bord incarné de l'ongle. Ainsi se trouve formé un lambeau superficiel à base postérieure, ce lambeau est soulevé avec une pince et une incision transversale, pratiquée profondément, forme alors avec les incisions premières un rectangle transversalement dirigé. Ce rectangle doit comprendre toute la matrice de l'ongle et tout le derme sous-unguéal de la lunule; il doit être réséqué dans sa totalité. Cette résection achevée, on avive le bord libre du lambeau dorsal, on le rabat sur la surface cruentée, où il est maintenu par des points de suture latéraux, il serait inutile de placer des sutures sur le bord libre, parce qu'elles coupent généralement le tissu friable du derme sous-unguéal.

Il est évident que, s'il s'agit d'une onyxis unilatérale, le chirurgien ne doit agir que sur la moitié correspondante de la matrice de l'ongle.

M. Schwartz, qui se trouve bien du procédé de M. Quenu, conseille, pour éviter l'hémorrhagie, d'enlacer autour de la racine du gros orteil un tube élastique qui est serré et maintenu à l'aide d'une pince à forcipressure qui en fixe les deux bouts. Ce tube compresseur reste en place jusqu'à la fin du pansement qui, alors, reste presque toujours tout à fait sec.

Le pansement est d'ailleurs fort simple. Il consiste en un petit tampon de gaze iodoformée qu'on applique sur le lambeau pour le maintenir sur la deuxième phalange et adapter les deux surfaces cruentées. Par-dessus, un peu d'ouate aseptique, boratée ou salicylée, est maintenue par quelques tours de bande légèrement compresseurs. Après trois jours, on retire le pansement, pour enlever les points de sutures, et l'on continue les jours suivants, par de simples applications de vaseline boriquée. En général, le douzième jour tout est réuni.

A côté du procédé autoplastique de M. Quenu, nous devons en mentionner un, très élégant, qui met également le malade à l'abri de la récidive. Nous avons vu maintes fois ce procédé donner les plus jolis résultats entre les mains de M. Théophile Anger, et on le trouvera décrit tout au long, dans la thèse du docteur Damée (2).

Voici, sommairement, en quoi il consiste. Au delà de la matrice de l'ongle, en dehors des parties malades, le chirurgien taille par transfixion un lambeau latéral, finissant au niveau de la pulpe digitale. Ce lambeau est relevé, il laisse à nu une surface cruentée, au milieu de laquelle se trouve le bord unguéal incarné, l'opérateur enlève alors jusqu'à l'os, et en commençant en arrière de la matrice, un copeau comprenant le bourrelet fongueux, le rebord de l'ongle et le derme sous-jacent. Le couteau est tenu comme une serpe, à la façon de Baudens. Le lambeau préalablement taillé est alors rabattu et assujetti, soit par quelques points de sutures, soit seulement par quelques bandelettes agglutinatives, en ayant soin de bien affronter le bord unguéal du lambeau ; l'ongle déborde alors la cicatrice comme le bord d'un toit surplombe un mur. La récidive est fatalement évitée et, cependant, l'ongle est conservé.

(1) *Bulletin de la Société de chirurgie*, t. XIII, p. 252, 1887.

(2) *De l'ongle incarné et d'un procédé spécial d'opération*, Th. Paris, 1881.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 août 1888. — Présidence de M. Hérard.

CORRESPONDANCE

M. Debackes (de Roubaix) adresse un pli cacheté (Accepté);

M. Pitombo, de Louveira (Brésil), se porte candidat à une place de correspondant étranger (première division).

LECTURES

Recherches de psychologie expérimentale. — M. Pinel ayant constaté qu'un carton écran vibratoire, tenu à la main par sa partie inférieure et serré par les dents au sommet, permettait la transmission d'une vibration phonique jusqu'au centre de l'audition, lorsque le son était dirigé perpendiculairement à la surface, a fait construire un premier appareil, basé sur cette expérience, pour les personnes dont l'ouïe est nulle ou faible; l'audition, dans ce cas, semble se transmettre par l'intermédiaire des nerfs dentaires, maxillaires supérieur et inférieur.

Il présente un deuxième appareil qui est un écran fait en bois sonore, de même nature que le bois employé dans les instruments téléphoniques.

Enfin dans un troisième appareil, il ajoute un système microphonique à la partie postérieure, analogue à la plaque de transmission du téléphone. Cet appareil lui a donné de bons résultats chez les sourds-muets.

M. Pinel avait espéré que les rayons lumineux isolés, obtenus par le spectre et projetés sur le fond du voile du palais et de l'isthme du gosier, retentiraient sur le fond de l'œil, par action réflexe, et il avait espéré pouvoir être de quelque utilité pour les personnes qui voient peu. Mais rien jusqu'à ce jour ne lui a paru digne d'être enregistré.

Dans le cours de ses recherches, M. Pinel a modifié l'ophthalmoscope actuel, en plaçant un petit appareil photographique au centre du miroir réflecteur. L'image de la rétine se produit d'une manière satisfaisante, et on obtient d'assez bonnes photographies du fond de l'œil.

Néphrorraphie. — M. Guermonprez (de Lille) communique l'observation d'une femme de trente-sept ans qui avait un rein mobile dont elle souffrait beaucoup. Elle pouvait à peine marcher, ne pouvait rester longtemps assise, souffrait beaucoup dans le décubitus latéral droit, et le décubitus dorsal presque permanent était devenu pour elle une nécessité. On sait que le diagnostic du rein mobile présente souvent de grandes difficultés, cependant M. Guermonprez était parvenu à saisir un certain nombre de signes qui ne pouvaient lui laisser aucun doute sur la nature de l'affection dont il s'agissait. Devant les souffrances de cette malade et l'impossibilité où elle se trouvait de se livrer à aucune occupation, il se décida à pratiquer la néphrorraphie.

Cette opération fut faite le 25 juillet. La malade étant couchée sur le lit de M. Péan, il fit, dans la région lombaire du côté gauche, une incision de 25 centimètres, allant de la dernière côte à la crête iliaque, écarta la masse des muscles dorso-lombaires, débrida

l'aponévrose, incisa le carré des lombes et fit alors repousser vers la plaie, par un aide, le rein qui était très voisin du rachis. Il se trouva en présence d'une surface cellulo-fibreuse transparente et arriva facilement sur la face postérieure du rein dont il put constater l'état de parfaite intégrité. Il la sutura avec sa capsule à la peau, par quatre crins de Florence, sans être obligé de sectionner la dernière côte. Il plaça deux drains, un à chaque extrémité de la plaie. Le 2 août, il retira les drains. Les suites de l'opération furent des plus simples la malade guérit promptement et ne souffre plus du tout. M. Guermonprez rapproche de ce fait deux observations de néphrorraphies pratiquées par M. Duret et également suivies de guérison.

Il ajoute qu'il lui paraît tout à fait insuffisant de fixer la capsule seule du rein selon la méthode allemande et que, pour éviter la récidive, il importe de suturer à la fois le rein et sa capsule selon la méthode française. On obtient ainsi un ligament véritable, solide et résistant, qui met sûrement à l'abri de toute récidive. Au point de vue des fils, il considère le catgut comme infidèle, à cause de sa résorption trop rapide, et préfère le crin de Florence, beaucoup mieux toléré que la soie. Il termine par les conclusions suivantes.

1° La néphrectomie n'est plus la seule ressource à opposer au rein flottant douloureux :

2° La néphrorraphie, pratiquée par la méthode allemande, est vraiment insuffisante ;

3° La même opération, pratiquée par la méthode française (suture simultanée du rein et de la capsule, emploi de la soie ou du crin de Florence), peut être suivie d'une guérison complète, lorsque les douleurs incriminées sont toutes et exclusivement attribuables à l'ectopie rénale. (Comm. M. Tillaux.)

Tumeur solide de l'ovaire. — M. POLAILLON présente une énorme tumeur solide de l'ovaire droit, pesant 6 kilogrammes 1/2, qu'il a extirpée il y a cinq jours par la laparotomie. C'est un myxosarcome qui était fixé au ligament large par un pédicule charnu. Il fit une incision médiane allant du pubis à l'épigastre et fixa le pédicule hors de l'abdomen après l'avoir traversé par deux broches en croix et l'avoir lié avec un fort cordon de caoutchouc. Il fit la toilette du péritoine avec des éponges antiseptiques. L'opération avait duré une heure dix minutes. La malade est aujourd'hui au quatrième jour et n'a pas eu la moindre fièvre.

M. Polaillon n'a pas fait le lavage du péritoine à l'eau bouillie parce qu'il le considère comme offrant quelques dangers. Il a remarqué que, pendant ce lavage, la respiration de la malade se ralentissait et il a même eu à déplorer ainsi un cas de mort par syncope. Le contact de l'eau chaude sur le péritoine, et surtout sur sa partie diaphragmatique, paraît donc exercer une influence fâcheuse sur la respiration. Il résulte de ce contact une action réflexe qui peut déterminer une syncope mortelle.

En résumé, le lavage du péritoine n'est pas, selon lui, exempt de dangers. S'il se trouve formellement indiqué dans certains cas, il faut avoir soin d'incliner la malade de façon que l'eau ne baigne que le petit bassin et n'aille pas au contact du diaphragme.

Traitement de l'occlusion intestinale par l'électricité. — M. LARAT signale tout d'abord combien souvent est obscur le diagnostic de la cause de l'occlusion intestinale. Presque toujours on est en présence d'un intestin ballonné, empêchant toute palpation. On se heurte le plus souvent à une quasi impossibilité.

Il signale aussi l'inutilité complète des purgatifs, quand l'intestin est imperméable. En pareil cas, les purgations répétées ne font que provoquer des vomissements.

La débâcle, quand elle est obtenue par l'électrisation, présente diverses formes. Tantôt elle est brusque, gazeuse et stercorale. Tantôt elle traîne, se fait en plusieurs jours.

Une seule séance d'électrisation est souvent impuissante à l'obtenir. Il faut, en moyenne, quatre ou cinq séances pour obtenir le résultat demandé.

Sur dix-neuf cas rapportés, l'auteur cite dix succès. En somme, il croit pouvoir légitimement conclure, de cet ensemble de faits, que l'électrisation galvanique intestinale mérite d'être employée dans tous les cas d'occlusion, dès que les moyens médicaux ont échoué et que l'obstacle est évidemment infranchissable aux purgatifs, sur lesquels il y a lieu de ne pas insister outre mesure.

La séance est levée.

Dimanche dernier, la plupart des médecins de Saint-Germain ont voulu rendre un pieux hommage à la mémoire du regretté Giraud-Teulon. Ils sont allés, à l'occasion de l'anniversaire de sa mort, déposer une couronne sur sa tombe.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

39

TANNIN ROBUR

CHIMIQUEMENT PUR

CAPSULES TANNIQUES CRÉOSOTÉES

Chaque capsule contient 10 centigr. de **tannin** *dans de l'huile créosotée.*

PILULES GLYCO-TANNIQUES

Chaque pilule contient 10 centigr. de **tannin** *dans de la glycérine.*

Sous ces formes, le TANNIN est inoffensif pour les parois de l'estomac.

PRIX DE LA BOITE : **4** FRANCS

Dépôt général : Ph^ie^ CHEVRIER, 21, faub. Montmartre, Paris, et d^s^ toutes les bonnes pharmacies.

Phthisie pulmonaire et tuberculoses locales.

73

COCAÏNE MIDY CHLOROBORATÉE

Pastilles dosées à 0,002^m^ de chlorh. de cocaïne constituant un véritable **Gargarisme sec**. Affections de la gorge, bouche, langue.

3 fr. le flacon, 113, faubourg Saint-Honoré.

23

NÉVRALGIES, MIGRAINES, FIÈVRES.

PILULES DE SAINT-CLOUD

Chaque pilule contient 1/5e de milligramme d'*Aconitine*, du *Valérianate de Quinine* et du *Valérianate de zinc.*

Ph^ie^ DUFILHO, Saint-Cloud, et t^tes^ pharmacies.

37

VICHY, EAU MINÉRALE NATURELLE

SOURCES : *Grande-Grille*, Maladies du Foie et de l'Appareil biliaire; *Hôpital*, Maladies de l'Estomac; *Hauterive*, Affections de l'Estomac et de l'Appareil urinaire; *Célestins*, Gravelle, Maladies de la vessie, etc.

Bien désigner le nom de la source.

Exiger le nom de la source sur la capsule.

LA CAISSE DE 50 BOUTEILLES.

Paris, 35 fr.; Vichy, 30 fr. (Emballage franco.)

LA BOUTEILLE, A PARIS, 75 CENT.

L'eau de Vichy se boit au verre, 25 cent.

A Paris, 8, boulevard Montmartre; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré, où se trouvent à prix réduits toutes les eaux minérales naturelles sans exception.

13

VÉRITABLES GRAINS DE SANTÉ

DU DOCTEUR FRANCK (*Codex n° 603*).

Aloès et Gomme-Gutte

Le plus commode des **Purgatifs**, très imité et contrefait.

Exiger le mot véritable sur l'étiquette, imprimée en 4 *couleurs* et sur des *boîtes bleues*.

Dépôt : Ph^ie^ LEROY, 2, r. Daunou, et toutes ph^ies^.

91

L'EAU DE LÉCHELLE

HÉMOSTATIQUE.

Combat efficacement les *hémorrhagies utérines* et intestinales, l'hémoptysie, l'atonie des organes, les affections des muqueuses. *Leucorrhée*, diarrhée, catarrhe, etc.

Dépôt général : 378, rue Saint-Honoré, Paris.

79

SACCHARINE CHAUMEL

(en pastilles comprimées), 1 pastille sucre un verre d'eau. Boîte 1^f^ et 2^f^50 (Env. f^co^ éch.). 87, r. Lafayette.

66

PILULES DE BLANCARD

A L'IODURE FERREUX INALTÉRABLE

Approuvées par l'Académie de médecine de Paris

Employées dans l'**anémie**, la **chlorose**, la **leucorrhée**, l'**aménorrhée**, la **cachexie scrofuleuse**, la **syphilis constitutionnelle**, le **rachitisme**, etc., etc.

N. B. — Exiger toujours la signature ci-contre.

Blancard

Pharmacien, 40, rue Bonaparte, Paris

62

LE PHOSPHATE MONO-CALCIQUE

CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.
Vin id. id. à 1 — 60.

Paris, 145, r. de Belleville, et bonnes ph^ies^.

34

BAINS D'EAUX-MÈRES

de Salies-de-Béarn (*Basses-Pyrénées*).

Eaux-mères chlorurées sodiques bromo-iodurées et sels concentrés d'eaux-mères pour bains chez soi.

Un litre pour un bain. Flacon : 1 fr. 50.

Rachitisme, lymphatisme, scrofules, nécroses.

Paris, Pharmacie centrale et principales ph^ies^.

72

PILULES SUISSES

(*Pilules de coloquinte composées*)

PURGATIVES, LAXATIVES, DÉPURATIVES

MM. les médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. HERTZOG, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

26

FARINE MALTÉE DEFRESNE

NUTRIMENT COMPLET

COMPARABLE AU LAIT MATERNEL DESSÉCHÉ

Farine maltée		Lait maternel DESSÉCHÉ	
Erythrodextrine	22 »		
Aliment^s^ protéiques	14.63	*Aliment^s^ protéiques*	12.70
Aliments gras	10.59	*Aliments gras*	29.50
Sucre et Maltose	49 »	*Sucre-Lactose*	54.35
Acide phosphoriq.	0.68	*Acide phosphoriq.*	0.88

Cette délicieuse farine, dont le gluten et l'amidon ont été rendus assimilables par la germination du blé, emprunte au jaune d'œuf ses matières grasses émulsionnées et son phosphate de chaux.

La **Farine maltée Defresne** supplée à l'insuffisance du lait maternel, elle prévient le danger que présente le brusque passage de l'élevage au sein à l'alimentation ordinaire. Avec la **Farine maltée**, il n'y a plus à redouter les **entérites** ni les **affections gastro-intestinales**, si meurtrières chez les nourrissons. — PRIX : **2** francs.

DEFRESNE, auteur de la *Pancréatine* et Ph^ies^.

74

SOLUTION PAUTAUBERGE

au chlorhydro-phosphate de chaux créosoté.

Chaque cuillerée contient 10 centigrammes de créosote et 50 centigrammes de sel de chaux; elle doit être prise dans de l'eau sucrée.

Bien tolérée par les voies digestives, cette Solution est facilement acceptée et complètement absorbée; très efficace dans les **Tuberculoses, Affections chroniques broncho-pulmonaires, Scrofules, Rachitisme.**

L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César, Paris.

36

CACHETS DIGESTIFS H. MOURRUT

PEPSINE ET DIASTASE

Les cachets Mourrut sont la préparation la plus convenable pour administration de la Pepsine et de la Diastase. Ces deux ferments digestifs sont insolubles dans l'alcool, qui les précipite de leur dissolution dans l'eau; on ne doit donc pas les administrer dans un liquide alcoolique (BOUCHARDAT, *Annuaire*, 1880, p. 138).

Ph^ie^ CHAMPIGNY, 57, r. Clichy ; 10, r. Port-Mahon.

111

CAPSULES ET SIROP DE HOUDÉ

AU SULFATE DE SPARTÉINE

L'expérimentation physiologique et l'observation clinique s'accordent pour démontrer que le sulfate de **Spartéine** exerce une action prédominante et élective sur le fonctionnement du cœur, en augmentant l'énergie, la durée et la persistance des contractions et en régularisant le rythme cardiaque troublé.

Les **CAPSULES** et le **SIROP de HOUDÉ** au **Sulfate de Spartéine** sont donc tout indiqués, chaque fois que le myocarde a fléchi, lorsque le pouls est irrégulier, intermittent, arythmique, dans les *attaques d'asystolie*, dans *l'asthénie cardiaque*, la *dyspnée du cœur* et la *péricardite*.

Dose quotidienne, de 10 à 15 centigrammes.

Dépôt : A. HOUDÉ, Paris, r. f^g^ St-Denis, 42, et ph^ies^.

47

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la secrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

10

QUINA-BONBON DIASTASÉ

Chaque bonbon contient sucre et cacao, quinquina jaune et diastase — dans les proportions d'un petit verre de vin de quinquina. Vivement recommandé dans la thérapeutique infantile.

Prix de la boîte : *2 fr. 25.*

DÉTAIL : M. Solirène, ph^ien^, 17, r. Soufflot, Paris.

VENTE EN GROS : M. Yves Marchier, pharmacien à Privas (Ardèche).

43

Eau minérale

ARSENICALE, FERRUGINEUSE, MAGNÉSIENNE

FARETTE

Anémie, gastralgie, convalescence, maladies de la peau.

22, rue du Quatre-Septembre, Paris.

50

MALADIES DU CŒUR

Palpitations, Affections mitrales ou aortiques, Anévrysmes, Hydropisies, guéris par **DRAGÉES TONICARDIAQUES LE BRUN (caféine iodoformée).** Dépôt G^ral^ : Ph^ie^ C^le^ F^g^ Montmartre, Paris.

96

Gouttes, Gravelles, Coliques hépatiques, néphrétiques, Cystite

CONTREXÉVILLE

SOURCE DU PAVILLON

seule décrétée d'intérêt public.

Dépôt central : ADAM, b^vard^ des Italiens, 31, Paris.

Exiger la source du **Pavillon.**

38

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires**, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

94

PELLETIÉRINE DE TANRET

Lauréat de l'Institut.

C'est le tænifuge le plus sûr et le plus facile à prendre. Elle ne se délivre que par doses préparées pour adultes et avec le mode d'emploi.

LA PELLETIÉRINE TANRET EST ADOPTÉE PAR LA MARINE ET LES HÔPITAUX DE PARIS.

Gros : Ch. TANRET, 14, r. d'Alger, Paris.

Détail à Paris : Ph^ie^, 64, r. Basse-du-Rempart.

N° 100. — SAMEDI 1er SEPTEMBRE 1888. 61e ANNÉE. SAMEDI 1er SEPTEMBRE 1888. — N° 100.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Le traitement chirurgical des myomes utérins.

Par M. le docteur L. SECHEYRON,
Ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur suppléant à l'École de médecine de Toulouse.

La recherche du traitement radical des myomes utérins soulève, depuis quelques années, des discussions ardentes dans les diverses sociétés savantes. Cette question, née d'hier avec les méthodes antiseptiques, est une des plus graves de la gynécologie.

Le temps est passé, où il paraissait suffisant d'essayer de parer aux accidents pressants : hémorrhagies, douleurs, et de faire luire, devant la malade, l'espérance d'une rétrocession souvent lointaine.

L'étude plus complète de la marche des fibromes a démontré la nécessité d'une intervention active. La tumeur fibreuse est sur le point de passer, du rang des tumeurs bénignes, dans celui des tumeurs à pronostic grave. Toute tumeur fibreuse ne devient pas passible d'un traitement actif; mais, toute tumeur, à un moment de son évolution, peut réclamer une intervention énergique. Ce principe est posé d'une façon indiscutable par tous les gynécologistes.

Ce point admis, plusieurs questions doivent être résolues ? Quand et comment doivent être traités les myomes ? En un mot, il s'agit d'établir : 1° *les indications et contre-indications opératoires*; 2° *les moyens d'attaque, la nature de l'intervention.*

I

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS OPÉRATOIRES DES MYOMES EN GÉNÉRAL

CONTRE-INDICATIONS. — Ce chapitre est un des plus délicats. Ses conclusions ne peuvent être absolues et définitivement arrêtées. Toutes les difficultés proviennent de la marche irrégulière des fibromes, de leur mode différent de retentissement sur l'économie générale, sur l'utérus, les organes abdominaux.

Le fibrome éveille, dans l'esprit, l'idée d'une tumeur bénigne, à évolution lentement envahissante, souvent stationnaire, souvent encore régressive. Le grand nombre de tumeurs fibreuses que l'on rencontre, au hasard des examens cliniques, fortifie l'opinion sur leur bénignité. Il n'est pas nécessaire de recourir contre elles, d'emblée, à une intervention, alors qu'elles restent à l'état latent. L'extirpation pour le moindre cancer s'impose dès le début : une même conduite est loin d'être passée dans nos mœurs chirurgicales, pour le simple fibrome, ne s'accompagnant d'aucun trouble fonctionnel.

Cette déclaration est essentielle, au début d'une étude sur le traitement chirurgical des myomes ; mais, elle n'enlève aucune valeur aux indications opératoires qui concernent un grand nombre de ces tumeurs.

Le fibrome, tumeur unique ou *multiple*, qui n'éveille aucune réaction autour de lui, rencontré accidentellement, pour ainsi dire; doit être respecté; mais, à cette proposition, s'ajoute ce correctif : le fibrome sera surveillé. Plus tard, et bientôt peut-être, s'élèvera la question d'une opportunité opératoire.

Cette classe des fibromes latents est la plus nombreuse; à côté d'elle, dans les contre-indications opératoires, se place le groupe des fibromes inopérables. Les contre-indications dérivent alors soit du volume énorme du fibrome, de ses connexions, soit de l'état général, de l'âge avancé de la malade.

Beaucoup de malades voient leur abdomen augmenter de volume, peu à peu, sans secousse, sans métrorrhagies ou sans autres symptômes alarmants. Cette augmentation de volume est causée par une tumeur fibreuse à évolution graduelle, incessante. Il est souvent trop tard lorsque le médecin est appelé à donner son avis sur l'opportunité opératoire. La tumeur remplit l'abdomen, s'élève au-dessus de l'ombilic, distend les fausses côtes. Il est trop tard pour pratiquer la castration ovarienne. L'opération, commencée par une simple laparotomie, resterait exploratrice. Les ovaires, méconnaissables, éparpillés autour des flancs de la tumeur, ne sauraient être extirpés complètement. Tous les chirurgiens, experts en gynécologie opératoire, ne se méprennent pas sur la valeur, les longueurs, les difficultés de toute nature de ces essais de castration ovarienne.

Faut-il pousser plus loin l'opération, pratiquer l'hystérectomie abdominale. Dans ces dernières années, de nombreuses hystérectomies ont été pratiquées. Les statistiques

sont déplorables, surtout en ce qui concerne les hystérectomies pour tumeurs volumineuses. Devant les sociétés gynécologiques, des chirurgiens présentent parfois de ces tumeurs extirpées récemment, pesant 15, 20 kilos et plus. Mais souvent aussi, à l'utérus, à la tumeur extirpée, ils peuvent joindre des détails sur l'autopsie. La mortalité est ici très grande. Elle atteint une limite qui défend toute opération, à moins d'obligation immédiate, absolue.

Cette mortalité s'explique par les difficultés opératoires de toute nature : adhérences péritonéales, viscérales; multiplicité des ligatures, qui entravent l'opération et compromettent son succès en la prolongeant à l'excès. Une opération abdominale, qui dure plus d'une heure et demie, est le plus souvent compromise. Il faut tenir compte des possibilités croissantes d'infection de la plaie, d'une fort grande étendue, dans ces cas.

On ne peut non plus oublier ces morts rapides, en quelques heures, que ne peuvent expliquer des accidents septicémiques, et pour lesquelles les plus habiles ont inventé l'explication du choc opératoire. Ce mot est vague et, cependant, il rappelle bien l'idée de ces opérées de grosses tumeurs, succombant rapidement, comme abattues, par traumatisme.

Le fait paraît démontré : il est des grosses tumeurs abdominales qui doivent être respectées. Mais ces tumeurs, comme, du reste, tout myome, peuvent appeler parfois une intervention. Alors, l'indication se tire le plus souvent des phénomènes de compression. L'opération prend le caractère d'une opération de nécessité.

En présence des grosses tumeurs qui s'élèvent haut au-dessus de l'ombilic, remplissant la cavité pelvienne, il est plus sage de désarmer. Peut-être, dans certains de ces cas, à moins que le myome ne renferme de nombreuses vacuoles, de nombreuses cavités kystiques, il serait rationnel d'essayer le traitement électrique, selon la méthode de M. le docteur Apostoli. On pourrait peut-être — quelques-uns l'affirment, surtout en Angleterre, en Amérique — conjurer des accidents graves, tels qu'hémorrhagies, douleurs.

Ces cas extrêmes sont des plus graves, parce qu'ils ne rétrocèdent guère et laissent peu d'espoir au chirurgien. Il ne faut donc pas s'évertuer à poursuivre l'extirpation de ces tumeurs volumineuses, mais, plutôt, s'évertuer à empêcher les fibromes d'atteindre ce volume, c'est-à-dire intervenir aussitôt que possible, dès les premiers symptômes inquiétants, surtout si la tumeur est d'un petit volume.

Il faut opérer : car la tumeur a toutes les chances de se développer, de n'être plus justiciable que d'une intervention périlleuse par la voie abdominale.

L'accroissement de la tumeur ne sera guère entravé par un traitement médical, fût-il composé de médicaments les plus divers. L'état général seul pourra être amélioré par un traitement sagement dirigé : traitement tonique; station balnéaire : Salies de Béarn spécialement.

L'expérience n'est pas encore suffisante pour qu'une appréciation puisse être formulée, sans parti pris, sur les résultats du traitement électrique (galvanocaustique). Les uns affirment ce que d'autres nient. Les uns emploient des courants à haute intensité, les autres condamnent ces derniers, et n'usent que de faibles intensités.

La lumière n'est pas encore établie sur ce point. Aucun fait absolument concluant n'est déterminé. La marche des fibromes est pleine d'imprévu. Dans un jugement sur l'efficacité d'un traitement employé contre les fibromes, il faut se tenir en garde des phases dangereuses, avec métrorrhagies, douleurs graves qui disparaissent parfois sous la simple influence du repos; souvent la situation ne s'améliore que pour un temps indéterminé; les crises se répètent sans époque fixe; le danger s'accroît avec chacune d'elles; la tumeur devient volumineuse; et, parfois en quelques mois, en quelques années, malgré tout traitement électrique, la période d'une opération relativement bénigne est passée. Quelques faits, signalés par les chirurgiens ayant dû recourir, dans ces cas, à l'hystérectomie abdominale, démontrent quelques insuccès bien nets du traitement électrique.

Avant d'opérer une tumeur fibreuse, il faut considérer non seulement son volume, mais encore ses connexions avec les organes voisins, l'état de la santé générale.

La considération du siège des fibromes est du plus haut intérêt dans l'indication et le pronostic opératoires. Il y a grande différence entre l'extirpation d'un fibrome du col ou inclus dans la cavité utérine et celle d'une tumeur péri-utérine, pour ainsi dire, dédoublant les ligaments larges ou bien, par sa situation sur le segment inférieur de l'utérus, comprimant la vessie ou le rectum.

Les myomes, disposés sur les *parties latérales* de l'utérus, peuvent remplir l'excavation pelvienne, déborder le pubis. Ces myomes ont de la tendance à dédoubler les ligaments larges et à s'immiscer plus ou moins profondément dans leur intérieur ; par leur siège, ils réunissent toutes les conditions de complications possibles : les phénomènes douloureux, les compressions des uretères, de la vessie, du rectum, l'occlusion intestinale qui s'y rattache, peuvent commander d'urgence une intervention ; mais, de combien de dangers ne sera-t-elle pas entourée, si la tumeur dépasse le volume d'une tête de fœtus !

J'entends, seulement, d'une intervention directe, soit par le vagin, soit par l'abdomen. Car, dans la plupart des cas d'indication opératoire d'urgence, la castration ovarienne — intervention indirecte — est impuissante à faire disparaître les accidents de compression qui forcent, en général, la main au chirurgien. (Dans la seconde partie de cette Revue, une place sera réservée à l'examen du choix et de la valeur de la castration ovarienne.)

L'état des *organes urinaires* : reins, uretères, en particulier, sera d'un certain poids dans la détermination opératoire. Des lésions de ces organes, observées en particulier dans les cas de fibrome de volume notable, occupant la paroi antérieure ou les parties latérales de l'utérus, peuvent par leur gravité commander l'abstention formelle. Les difficultés opératoires sont accrues par le siège de la tumeur et, en outre, l'urémie consécutive à l'opération est à craindre. Cette réserve opératoire est acceptée par le plus grand nombre des chirurgiens. Mais cette réserve est plus théorique que pratique; il est fort difficile de mesurer le degré exact de gravité des lésions uretérales et rénales. L'examen des urines, l'absence ou la présence de l'albumine, peuvent induire en erreur. Si une lésion grave est une contre-indication, une lésion légère des mêmes viscères : rein, uretère, devient une indication; car l'extirpation du fibrome, origine du mal, exerce la plus heureuse influence sur la disparition des lésions.

Certaines affections générales avancées : tuberculose, diabète, contre-indiquent toute opération active, à moins d'urgence absolue.

La grossesse, également, rentre, en principe, parmi les contre-indications.

Indications. — Les *indications opératoires* sont, par ordre de fréquence :

1° Les *métrorrhagies répétées* qui mettent par leur continuité et leur abondance la vie des malades en péril.

2° *L'évolution rapide de la tumeur*. Cette indication opératoire, laissée jusqu'en ce moment dans l'ombre, est capitale. Elle permet d'opérer à temps par le vagin, c'est-à-dire dans des conditions favorables, des tumeurs qui rapidement ne seraient plus opérables que par l'abdomen. Cette indication met le chirurgien dans la nécessité de surveiller l'évolution de toute tumeur fibreuse. Trop souvent, même de nos jours, le médecin, après avoir constaté le myome et en considération du peu de symptômes dont l'affection s'entoure, se rassure sur le sort de la malade. Cette confiance dans l'avenir est souvent trompeuse; la tumeur peut doubler, tripler de volume en quelques mois. Elle devient ainsi seulement passible d'une opération très grave, comme l'hystérectomie abdominale, ou d'un effet moins certain, comme la castration ovarienne.

3° Les troubles d'origine réflexe : douleurs abdominales, rénales, les troubles digestifs, ou bien l'apparition des crises hystériques, deviennent parfois la source des plus heureuses interventions.

4° Les *compressions vésicales, uretérales, rectales*, imposent parfois l'intervention. Les rétentions d'urine, de matières fécales créent des situations très graves. Une intervention directe, bien que fort dangereuse et difficile si la tumeur est d'un assez grand volume, peut seule lever l'obstacle. L'opérateur peut du reste, dans ces cas, avoir la main forcée. Il doit extirper la tumeur ou bien recourir à une opération telle qu'un anus contre nature, etc.

5° Parmi les indications opératoires, il importe de faire ressortir l'importance que peuvent prendre une *inflammation du myome, une métrite interne* avec écoulement purulent maintenu en partie ou en totalité dans la cavité utérine. L'indication d'une intervention directe est ici formelle : la castration ovarienne ne peut être proposée en bonne logique.

5° Certains chirurgiens reconnaissent avec raison la *stérilité* comme une indication opératoire. Cette indication posée ne peut être acceptée seulement qu'à la condition d'une extirpation facile du myome par le vagin.

II

PROCÉDÉS OPÉRATOIRES (1)

Dans le traitement du myome, les chirurgiens poursuivent l'un des deux buts : arrêter l'évolution de la tumeur et même déterminer sa rétrocession par la castration ou bien pratiquer son extirpation.

Ils ont recours à l'une des deux méthodes d'attaque : la première, *indirecte*, se résume à la castration ovarienne; la seconde, *directe*, comprend l'extirpation de la tumeur seule ou avec l'utérus par la voie vaginale ou par la voie abdominale. L'opération prend alors le nom de *castration utérine* (Péan), s'il s'agit d'une hystérectomie totale.

(1) On retrouvera la description de plusieurs procédés opératoires dans le *Traité d'hystérotomie et d'hystérectomie par la voie vaginale*, par le docteur Secheyron. (Sous presse, O. Doin, Paris.)

Avant d'entrer dans l'étude de l'application et de la valeur relative de ces méthodes opératoires, il est nécessaire de faire une distinction entre les tumeurs opérables par le vagin et celles qui relèvent de la voie abdominale. Le volume du myome ou des myomes à extraire juge la question. Les tumeurs de petit volume, orange, pomme, ou bien celles qui ne dépassent pas les dimensions d'une tête de nouveau-né, sont justiciables des méthodes vaginales, quel que soit, du reste, leur siège. Les tumeurs plus volumineuses échappent à la voie vaginale.

Cette distinction, basée sur le volume, est essentielle. Elle indique au chirurgien la voie à suivre.

Procédés par la voie vaginale. — La tumeur à extraire peut être : 1° *pédiculée*, dans le vagin, dans la cavité utérine, entre les lèvres du col; 2° *interstitielle*, siégeant dans le col ou dans le corps.

La nature des opérations à pratiquer est d'une difficulté et d'une gravité bien différentes, suivant l'un ou l'autre de ces cas.

1. *Extirpation des polypes*. — Depuis longtemps déjà, le traitement chirurgical des tumeurs pédiculées est indiqué. Le manuel opératoire se modifie peu avec les opérateurs. Certains emploient l'*écraseur linéaire*; d'autres, le procédé de la *sercission*, décrit par Lucien Boyer. Le plus grand nombre, comme notre regretté maître Gallard, ont une prédilection pour le serre-nœud de Maisonneuve. Cette prédilection se reflète dans la thèse bien étudiée d'un de ses élèves, M. le docteur Ansaloni, de Blois (1886).

Mais tous ces procédés sont parfois d'une application difficile : ils ne sont pas antiseptiques et s'appliquent mal dans le cas de tumeurs intra-utérines à pédicule large. En outre, le plus souvent, l'hémorrhagie est peu à redouter dans l'extirpation de ces tumeurs.

Le véritable procédé chirurgical, conforme aux règles de l'antisepsie, consiste dans l'excision par l'instrument tranchant.

Si la tumeur est bien pédiculée, il s'agit de cueillir le polype. Une traction, opérée sur le polype, avec une pince, pédiculise bien la tumeur. L'excision au bistouri, et plus facilement avec les ciseaux courbes, est un jeu en général.

Si le pédicule est large, ou si la tumeur volumineuse constitue un gros polype, un polype énorme, suivant le terme de M. Pozzi, le procédé doit être différent. L'ablation de la tumeur se fera facilement avec l'aide du morcellement (procédé de M. Péan).

L'opération peut être ainsi conduite dans un cas de polype volumineux, faisant saillie dans le vagin, et attaché par un large pédicule au fond de l'utérus.

Les soins antiseptiques ont été pris avec soin.

Les parois de la vulve sont maintenues écartées avec des écarteurs coudés.

Le col est largement dilaté avec un dilatateur du modèle de Sims, de Péan. Souvent, il sera nécessaire de recourir à l'hystérotomie, c'est-à-dire à une large ouverture du col. Parfois, le col devra être sectionné jusqu'au-dessus des insertions vaginales (1). Des pinces de Museux, enfoncées dans la tumeur, l'attirent vers le col. Des fortes pinces hémostatiques, courbes et dentées, longues, sont placées sur la partie la plus éloignée de la tumeur, près de la surface d'inser-

(1) Secheyron. *Loc. cit.* (manuel opératoire de l'hystérectomie cervicale).

tion. Il suffit de donner un coup de ciseau sur les parties sous-jacentes à la pince, dans lesquelles se trouvent implantées les pinces, pour pouvoir enlever la totalité ou du moins une grande partie de la masse. L'application de deux pinces est parfois nécessaire. On applique alors une seconde pince à côté ou au-dessus de la première. Il est préférable d'enlever la première pince afin de ne pas être gêné et de pouvoir manœuvrer facilement les ciseaux dans la cavité utérine.

De nouvelles parties sont enlevées, il arrive un moment où, par un simple mouvement de traction et de rotation de la pince, le chirurgien dégage de sa coque le sommet de la masse fibreuse.

Si l'opérateur le juge nécessaire, des pinces hémostatiques sont mises à demeure pendant plusieurs heures, vingt-quatre heures, trente-six heures. Une irrigation abondante avec une sonde intra-utérine sera pratiquée.

Des éponges, des tampons secs recouverts d'iodoforme ou des tampons de gaze iodoformée, sont placés dans le vagin.

En l'absence de tout élément fébrile, la température étant normale, le pansement sera maintenu plusieurs jours. Dans le cas contraire : élévation de température, céphalalgie, bouffées de chaleur, douleur abdominale, écoulement de liquide un peu odorant, les tampons seront enlevés et une nouvelle irrigation sera pratiquée vers le cinquième ou le sixième jour; les éponges, les tampons iodoformés du premier pansement seront enlevés; il sera procédé à des irrigations vaginales avec le sublimé 1/4000, acide phénique 1/200.

L'opérateur, en présence de polypes énormes, de tumeurs constituant de véritables grossesses fibreuses, pourra se trouver très embarrassé pour procéder au morcellement rapide. Pour remédier à cet inconvénient, M. Péan avait inventé une sorte de forceps-scie, construit en 1858 par Mathieu père.

Tout récemment M. le docteur Segond vient de faire construire un instrument ingénieux, remplissant le même rôle que le forceps-scie.

2. *Extirpation des myomes interstitiels.* — La tumeur *interstitielle* peut siéger au col ou dans le corps de l'utérus, être, dans ce cas, située dans le fond même de l'utérus, ou dans les parois latérales, sur les bords de l'utérus. La tumeur est, en outre, unique ou multiple. Dans tous les cas, la tumeur à extraire ne dépasse pas, au moins en apparence, le volume d'une tête de fœtus à terme.

L'opération indiquée est l'extraction simple ou combinée à l'hystérectomie totale.

L'extraction simple peut se faire suivant plusieurs méthodes :

a. Décortication ou énucléation; *Méthode ancienne.*

b. Extirpation des myomes en deux temps; incision du tissu utérin et énucléation spontanée; *Procédé de Vuillet.*

c. Traction et morcellement du fibrome abaissé violemment; *Opération d'Emmet.*

d. L'hystérectomie combinée au morcellement; *Opération de Péan.*

a. Énucléation vaginale. — L'énucléation par le vagin consiste à séparer le corps fibreux de sa coque utérine, et à l'amener, ainsi décortiqué, en dehors des parties génitales.

Ce procédé, conçu en France par Velpeau, en 1840, exécuté d'abord par Amussat (1842), Bérard, Maisonneuve, Lisfranc, fut repris et développé, dans ces derniers temps, en Amérique, en Allemagne : Baker-Brown, Duncan, (1867, 1874), puis Braün, Hégar, Gusserow, Schrœder décrivirent et donnèrent leurs méthodes. Les statistiques de plusieurs opérateurs furent publiées, La meilleure d'entre elles est celle de Chroback qui donne 15, 6 p. 100 de mortalité : la plus récente donnée par M. Vautrin est de 14 p. 100 (1886).

Ces statistiques sont de nature à alarmer les chirurgiens, car le plus souvent il s'agit d'opérations destinées à une affection ne menaçant pas immédiatement la vie de la femme.

Manuel opératoire de l'énucléation; ses dangers. — La tumeur fibreuse est d'un volume moyen, d'une mandarine par exemple.

Insterstitielle, elle est située dans le col de l'utérus ou sur les parties latérales du corps : ces cas sont les plus faciles, sinon les plus fréquents.

Lorsque la tumeur siège dans les parois du col, il suffit d'abaisser l'utérus, de dilater le col, d'inciser le tissu utérin, jusqu'au myome, de saisir le myome, de le décortiquer, avec l'aide du doigt ou de spatules droites ou recourbées.

Le cas est simple, à la condition : 1° que le col soit largement ouvert ; 2° l'utérus bien amené à la vulve ; 3° et la décortication facile. Mais la difficulté devient fort grande, lorsque le col est fermé ou entr'ouvert, lorsque le corps fibreux est volumineux et offre des adhérences dont le diagnostic avant l'opération est impossible. Dans ce cas, chaque moment de l'opération offre des difficultés, des dangers; l'opérateur court le risque de laisser l'opération incomplète et la malade exposée à tous les dangers des opérations incomplètes.

Si nous prenons un autre cas malheureusement trop fréquent, nous trouverons encore l'énucléation bien autrement difficile. Supposons le myome plus grand qu'une petite orange, mais élevé dans l'utérus, offrant une large base d'implantation et faisant saillie soit vers le péritoine, soit vers la cavité de l'utérus.

Premier temps : L'utérus est abaissé, le corps dilaté. Notons qu'une dilatation suffisante ne s'obtient qu'avec difficulté, malgré l'emploi des dilatateurs, des tentes dilatatrices les mieux recommandées. Souvent même cette dilatation est à peu près insuffisante : la discision du col avec l'instrument tranchant devient presque toujours une nécessité. Cette discision même est insuffisante d'une manière générale, si le col n'est pas au préalable séparé des insertions vaginales selon les principes de l'hystérotomie cervicale. Si la tumeur fait une large saillie dans la cavité utérine, elle est cernée sur tout son pourtour avec le bistouri, ou bien une incision perpendiculaire est pratiquée sur la muqueuse au niveau de la tumeur.

Certains chirurgiens ne pratiquent l'incision qu'après avoir amené l'utérus en inversion, afin de procéder plus sûrement aux temps de l'opération consécutifs à l'incision. Notre excellent maître, M. Le Dentu, a préconisé cette manœuvre (1).

Le *second temps* consiste dans la *décortication;* temps délicat, pratiqué à l'aveugle, avec les doigts, et surtout avec les spatules droites ou courbes, dont les nombreux modèles ne peuvent que montrer l'infériorité de chacun d'eux.

(1) *Progrès médical*, 1887.

La décortication ne peut être complétée, le plus souvent, que grâce à la traction du myome, à la section des adhérences avec les ciseaux, ou encore avec la cuiller-scie ou cuiller dentée de Thomas.

La tumeur est violentée; les vaisseaux de sa coque, parfois si volumineux, sont ouverts et donnent lieu à des hémorrhagies fort graves par leur abondance et leur violence.

Les difficultés se multiplient trop souvent à l'excès; malgré tous les efforts, la décortication reste incomplète, et alors, on voit des opérateurs, voulant à tout prix réussir, déterminer des perforations avec la curette dentée de Thomas, ou avec les spatules recourbées, les énucléateurs de Sims, de Simpson et d'Emmet.

L'opération devient fort difficile; le corps fibreux est presque inattaquable, si l'on opère l'utérus, élevé, non abaissé; il faut alors se servir de spatules à longs manches, d'ongles accessoires, dits chirurgicaux, dont le nom seul est chirurgical. L'opération est longue, fastidieuse et de plus aveugle.

Elle est difficile et paraît souvent impraticable d'une manière absolue : on doit l'abandonner, la laisser incomplète.

Passons au *troisième temps : l'extirpation du corps fibreux hors des parties génitales.*

Le myome décortiqué, les difficultés ne sont pas toutes franchies.

La tumeur décortiquée est d'un petit volume : châtaigne, petite pomme; le col est dilaté; une simple traction avec une ou deux pinces de Museux permet de mettre fin à l'opération. Mais si, au contraire, la tumeur dépasse ou égale le volume du poing, atteint celui d'une tête fœtale, les complications surgissent, à mesure que l'on essaie la traction.

La tumeur serait-elle d'un volume moindre que celui d'une tête de fœtus, les plus graves accidents sont à craindre si l'on n'a pas au préalable pratiqué l'hystérotomie cervicale. Ce n'est pas en vain que la période du travail agit sur le segment inférieur de l'utérus, le dilatant, le préparant au passage du fœtus dans l'accouchement normal; dans le cas d'extraction du corps fibreux, aucun travail de préparation ne facilite la distension de l'utérus et ne le garantit contre son éclatement, sa rupture.

Les tractions répétées amènent le corps fibreux dans le vagin, rarement le col de l'utérus est exempt de déchirure; et, dans ces conditions, celle-ci peut s'étendre très haut vers l'utérus.

Lorsque le myome énucléé, arrivé dans le vagin, ne peut être enlevé de ce canal par suite du volume du myome, les gynécologistes ont alors recours à la méthode d'attaque dirigée contre les polypes énormes.

Ils cherchent d'abord à réduire le volume du myome, du polype. Certains se servent dans ce but du céphalotribe (Frankenhauser); Braün recommande une dislocation de la tumeur avec le cranioclaste. Polk propose une sorte de tire-bouchon pour évider le centre et exercer les tractions nécessaires (1). Martin emploie une sorte de forceps, à dents sur la face interne des cuillers, et saisit la tumeur en cherchant à amoindrir son volume.

Ces instruments vulnérants sont d'un emploi insuffisant : le cranioclaste serait d'un emploi rationnel, si la tumeur cédait facilement; mais la consistance, l'élasticité de la tumeur ne peuvent permettre l'action de l'instrument que dans de très étroites limites. Souvent la tumeur est immobilisée, ou elle ne fait qu'évoluer sur place, changer de face sans s'abaisser.

Le volume, parfois la dureté de la tumeur, sont un si grave obstacle, une cause si puissante d'accidents, tels que rupture de l'utérus, du périnée, que les chirurgiens entrent spontanément dans une autre voie où ils sont amenés et guidés par la pratique : ils s'attaquent directement à la tumeur, ils la découpent, ils la morcellent; ils l'enlèvent lambeau par lambeau. Chassaignac, Depaul, MM. Péan, Le Dentu, Segond, Pozzi, Polaillon, recommandent ce mode d'extraction.

Certains ont conseillé la pince emporte-pièce de Nélaton, la pince à mâchonnement de M. le professeur Richet.

M. Pozzi emploie la chaîne de l'écraseur pour couper le pédicule des polypes énormes et considère le morcellement successif à l'aide de l'écraseur, comme une méthode essentiellement sûre, mais longue et laborieuse et d'une utilité peut-être contestable. Il cite deux observations de Verneuil, avec mort (2).

Pour changer la forme du corps fibreux et amener son allongement, M. Simon pratique des sections en étages, en escaliers, à droite et à gauche. Hégar recommande un moyen peu pratique; son incision spiroïde ne peut s'élever très haut. Mathews Duncan a eu souvent recours à ce procédé.

L'énucléation est une méthode dangereuse. Elle crée une large cavité avec parois saignantes au centre d'un organe où il est difficile de maintenir l'antisepsie.

Les hémorrhagies post-opératoires sont parfois alarmantes; l'opération peut donner lieu aux perforations utérines. Cet accident redoutable est arrivé aux plus habiles opérateurs.

L'énucléation expose en outre aux opérations incomplètes, celles que l'on doit éviter. « C'est la septicémie, la gangrène, dit Vautrin dans sa thèse d'agrégation, qui assombrit surtout le pronostic de l'énucléation incomplète et en fait une opération grave par ses conséquences. Nous avons cité l'opinion de Gusserow, de Lomer : la plupart des chirurgiens, comme Chroback, Marion, Sims, Schrœder, Braun, semblent d'accord pour attribuer à la gangrène la proportion excessive de mortalité de l'énucléation incomplète. »

b. L'extirpation en deux temps a été préconisée récemment par un gynécologiste fort distingué de Genève, M. le docteur Vuillet.

M. le docteur Vuillet conseille le diagnostic précoce du myome interstitiel. Il le conseille afin de pouvoir combattre une fâcheuse tendance que pourrait avoir le myome à devenir sous-séreux, intra-ligamentaire ou sous-péritonéal. Cet auteur espère non seulement combattre cette tendance mais encore diriger le fibrome vers la cavité utérine, grâce à l'électricité : courant galvanique. Le fibrome devient ainsi sous-muqueux; il s'énuclée spontanément; dans tous les cas, son extraction se trouve simplifiée.

Le premier point pour cet opérateur est de dilater le col, la cavité utérine. Le second est d'inciser la muqueuse

(1) *Répertoire gynécologique*, mai 1887.

(2) VIII et XII du tableau in « Polypes fibreux énormes de l'utérus », *Revue de médecine*, février 1883.

et le tissu utérin au niveau où le doigt reconnaît la présence d'un corps fibreux.

L'incision est en rapport avec la profondeur et le volume du myome.

L'ergotine et l'électricité achèvent le travail de l'incision, ou plutôt donnent au fibrome l'impulsion qui le dirigera vers la cavité utérine. Ce traitement consécutif sera commencé dès le lendemain de l'incision.

M. Vuillet ne néglige pas également de laisser un tampon antiseptique à demeure ; tampon fait de gaze iodoformée, renouvelé chaque quarante-huit heures. Ce tampon joue un rôle actif comme excitant de la fibre utérine.

« L'énucléation se produit immédiatement; ou la muqueuse se cicatrise, et le néoplasme se change lentement et graduellement en un polype cavitaire ; ou enfin, il ne se produit aucune modification, et la tumeur reste dans la position qu'elle occupait avant.

L'énucléation est en général annoncée par les douleurs caractéristiques d'un travail d'expulsion ; s'il n'y a aucun indice d'infection, il faut laisser ce travail s'accomplir sans intervenir.

L'énucléation ne s'est jamais produite tout entière et il faut intervenir pour déterminer l'expulsion totale. L'élimination se fait par lambeaux qui se séparent tout seuls du reste de la masse (Vuillet). »

L'énucléation peut commencer le lendemain de l'opération ou bien au bout de six, huit, quinze, et même vingt et un jours. Après trois semaines, l'incision est cicatrisée; il ne faut plus espérer un effet utile.

Le procédé de Vuillet dérive de cette opinion que toute tumeur fibreuse, même interstitielle, peut et doit être enlevée dès que sa présence est reconnue. Le moyen proposé pour faciliter l'extirpation est d'obliger la tumeur à devenir intra-cavitaire : en ce point réside l'idée originale du distingué gynécologiste genevois. Les plus petites tumeurs sont spécialement visées.

Le moyen proposé est excellent lorsqu'il s'applique à de tout petits fibromes perdus dans le tissu utérin. Notons toutefois qu'il faut être très habile pour reconnaître leur siège exact. Le procédé est long et exige deux manœuvres, deux opérations s'il s'applique à de gros fibromes volumineux : il paraît préférable de procéder en une seule opération, comme dans le procédé Péan.

c. Traction et morcellement du fibrome abaissé (opération d'Emmet). — L'énucléation, précédée de la dilatation du col et suivie de l'extirpation du myome avec l'aide de tractions, constitue l'opération désignée en Amérique sous le nom d'opération d'Emmet. Par la traction, l'auteur cherche la transformation du myome en polype.

Cette traction a donné des résultats assez brillants à Emmet, le créateur du procédé. « J'ai extirpé par ce procédé, dit Emmet (1), onze ou douze tumeurs volumineuses et un certain nombre de fibroïdes isolés, sans mort jusqu'au jour où j'opérai un cas de tumeur interstitielle fort volumineuse. Je n'ai eu que deux morts. »

Emmet ne peut guère opérer que des tumeurs de petit volume déjà situées dans la cavité utérine en voie de pédiculisation. Ce procédé n'est donc applicable qu'à une fort petite partie des tumeurs interstitielles, seulement à celles faisant saillie dans la cavité utérine.

(1) Emmet. *Traité pratique des maladies des femmes.*

En outre, il ne s'agit que d'une simple énucléation par traction. Il est permis de douter que la traction seule, sans morcellement de la masse, puisse suffire, d'autant mieux qu'Emmet ne parle ni de la libération du col, de l'incision de l'utérus pour ouvrir une large voie opératoire. Il y a dans cette manœuvre une nécessité absolue.

d. Hystérotomie et morcellement appliqués à l'extraction des fibromes interstitiels (opération de Péan). — Les fibromes interstitiels ou tendant à faire saillie vers le péritoine, dans la cavité utérine, peuvent également être enlevés par cette opération.

Ce procédé applicable aux fibromes du col et du corps respecte l'intégrité des organes génitaux : à cet égard, il mérite la plus sérieuse considération; sa facilité, et surtout sa bénignité relative, le rendent très recommandable.

L'opération se divise en plusieurs temps :

1° La libération du col des insertions vaginales ;

2° La section du col et du segment de l'utérus jusqu'au niveau de la tumeur ;

3° Le morcellement de la tumeur, suivi ou non de l'énucléation d'une partie de la tumeur;

4° Excision et suture des lèvres du col.

Les instruments nécessaires pour cette opération sont :

1° Valves de Sims, ou plusieurs rétracteurs coudés presque à angle droit, trois en moyenne ;

2° Deux ou trois pinces érignes de Museux ;

3° Bistouris droit et courbe pour avivement;

4° Pinces droites et courbes, à mors longs, plats, dentés et non dentés, ronds ou carrés, fenêtrés ou pleins, destinés spécialement au morcellement, en nombre suffisant, cinq à dix ;

5° Pinces hémostatiques ordinaires, à long manche, en assez grand nombre, vingt à trente, etc. ;

6° Ciseaux droit et courbe, à long manche ;

7° Aiguilles de formes et d'épaisseurs différentes ;

8° Chasse-fils, tord-fils.

Soins préliminaires. — Ils sont conformes à ceux de toute opération gynécologique. La veille, léger purgatif ou lavement huileux; injection vaginale au sublimé; tampons d'ouate iodoformée dans le vagin : le mieux est d'assurer l'antisepsie les jours qui précèdent l'opération.

Au moment de l'opération, cathétérisme évacuateur; nouveau lavage du vagin au sublimé; vulve rasée et savonnée ou lavée fortement.

Premier temps : La malade est placée dans la position de la fistule vésico-vaginale ; situation unilatérale gauche. Jambe gauche étendue, jambe droite fléchie et soutenue par un aide.

Deux ou trois rétracteurs coudés, tenus par deux aides, découvrent le col au fond du vagin. Le col est saisi, immobilisé avec une forte pince de Museux ; une incision circulaire est pratiquée avec des bistouris à long manche, au niveau des insertions vaginales du col ; des pinces hémostatiques, selon le besoin, sont placées sur les vaisseaux saignants de la surface vaginale.

C'est le moment de l'opération où les pinces hémostatiques sont le plus nécessaires, car, avant de poursuivre l'opération, il faut obtenir une hémostase complète.

La désinsertion se poursuit assez haut, au pourtour du col. Le col est serré de près avec le bistouri, surtout en avant, afin de ne pas léser la vessie, les uretères. Le col devient ainsi fort mobile, libre comme un battant de cloche.

Dans ce temps de l'opération, il faut prendre quelque soin pour ne pas léser le péritoine, ouvrir les culs-de-sac. Cet accident n'a cependant pas la gravité qu'on pourrait lui supposer; dans certains cas même, il est indiqué de faire cette perforation pour atteindre un corps fibreux faisant saillie dans les culs-de-sac.

Deuxième temps (incision du col et du segment inférieur de l'utérus jusqu'au corps fibreux) : Le col est fermé; de longs ciseaux droits, à bouts mousses, sont introduits ouverts dans la cavité cervicale. Il suffit, par la pression, de rapprocher les branches pour obtenir une section bilatérale nette. Une pince de Museux est placée sur chacune des lèvres antérieure et postérieure. Le doigt, introduit dans le vagin et dans la cavité utérine, indique le siège exact de la tumeur, le point où elle sera plus facilement accessible. La tumeur se distingue des parois utérines grâce à son aspect plus blanc, moins violacé, et surtout grâce à sa consistance plus dense.

Pendant cette exploration, il est facile de s'aider de la traction et de l'abaissement de l'utérus.

Troisième temps (morcellement de la tumeur) : Ce temps est inutile si la tumeur est petite. Il suffit d'une traction, aidée de quelques mouvements de rotation, pour l'extraire de sa coque.

Mais, si la tumeur est quelque peu volumineuse, il sera préférable de ne pas s'exposer à violenter l'utérus et de procéder au morcellement de la masse.

Quel que soit le siège de la tumeur, ce temps, plus ou moins difficile, est toujours identique, et il s'effectue d'après les principes généraux du morcellement.

La tumeur est saillante vers la cavité de l'utérus ou vers le péritoine, ou directement vers le vagin. Elle est abaissée par une traction soutenue, avec une pince de Museux ; ou mieux avec des pinces longues, à mors dentés ou plats et fenêtrés. Avec ces pinces, la tumeur ne se déchire pas aussi vite; la prise est plus solide; les manœuvres suivantes sont facilitées.

Le moment du morcellement est arrivé.

Des rétracteurs coudés introduits, les grands dans le vagin, les petits dans l'utérus, s'il est nécessaire, découvrent le champ opératoire aussi largement que possible. Dans l'amphithéâtre de l'hôpital Saint-Louis, une lampe électrique vient jeter une vive lumière sur ce champ.

Ce temps de l'opération ne peut être entrepris si l'on n'a pas sous la main des pinces hémostatiques courbes et droites, certaines dentées, de plusieurs grandeurs et en nombre suffisant; un ou deux bistouris droits, à long manche; et deux paires de ciseaux droits et courbes à long manche.

La tumeur fibreuse est découverte ou perçue avec le doigt, pincée et fortement tirée en bas, avec l'aide de pinces. Elle peut d'abord être prise en partie par une forte pince dentée, ou bien une incision profonde, perpendiculaire au grand axe de la tumeur, est pratiquée. Chacune des lèvres de la section, ou au moins l'une des lèvres, est saisie aussi haut que possible avec une forte pince dentée courbe. La partie sous-jacente à la pince est excisée. Avant d'enlever la première pince, une seconde est glissée au-dessus de la première : une nouvelle partie du myome se trouve enserrée; les ciseaux, le bistouri coupent les parties sous-jacentes à la pince précédente. Ainsi, avec l'aide des pinces, du bistouri et des ciseaux, on extirpe, morceau par morceau, une partie de la tumeur.

Très souvent la manœuvre est simplifiée; le myome évidé, attaqué du centre à la périphérie, en respectant sa coque, ne saigne pas, aussi l'emploi des pinces peut-il se borner à saisir et à abaisser des parties de la tumeur. Les ciseaux, le bistouri coupent le myome au-dessus du fragment enserré entre les mors des pinces.

L'évidement se continue alternativement sur l'une ou l'autre partie de la tumeur. A mesure que l'opération progresse, les tractions opérées à chaque pincement, avec des pinces à mors dentés larges et plats, permettent d'enlever des fragments plus volumineux. Ceux-ci sont parfois du volume d'une grosse noisette, d'une noix, d'une petite pomme. L'évidement de certains myomes est simple; chaque traction permettant l'ablation d'un gros fragment.

Ces fragments sont formés d'un tissu dur, absolument exsangue : l'opération se ferait *à blanc*, si l'on n'avait été obligé de libérer et de sectionner le col de l'utérus.

Quatre ou cinq pinces courbes permettent d'extraire ainsi des fragments volumineux, dont l'ensemble dépasse quelquefois le volume des deux poings. Ces manœuvres exigent environ une demi-heure, trois quarts d'heure, une heure.

Lorsque les parties inférieures de la tumeur ont été enlevées, il est parfois possible d'obtenir, par quelques tractions aidées de quelques mouvements de rotation, la décortication spontanée de la partie supérieure de la tumeur. Cet effet, fort surprenant, abrège la durée de l'opération d'une manière considérable.

On reste surpris du volume de la masse extirpée, énucléée, si l'on veut, par la traction simple. Ce volume peut dépasser celui de la masse enlevée au préalable.

Le morcellement, aidé de l'énucléation, permet l'ablation de parties volumineuses dont l'ensemble atteint et dépasse celui d'une tête de fœtus à terme.

Il est très facile de se rendre compte de l'extraction complète du myome : les dernières parties extraites, par traction et énucléation, offrent une surface convexe, lisse, plus rouge, recouverte de petits débris celluleux.

Ce temps de l'opération n'est terminé que si l'opérateur s'est rendu compte, avec le doigt, de l'état du tissu utérin voisin. S'il reconnaît un myome au voisinage du premier, il doit sur-le-champ procéder à son extraction.

Il aura recours à un débridement plus large de l'utérus, s'il est nécessaire, avec le bistouri; il arrivera ainsi au niveau du myome. Celui-ci sera pincé fortement et, avec l'aide des pinces, il sera procédé à son morcellement.

Ainsi, l'opérateur pourra se trouver dans la nécessité d'enlever des séries de petits fibromes échelonnés dans le parenchyme.

Il devra si bien procéder à l'extraction de tous qu'il lui sera indiqué de recourir à l'hystérectomie totale dans le cas où des délabrements trop considérables de l'utérus rendraient cet organe inutile pour l'avenir et dangereux pour le présent.

L'opérateur doit toujours avoir en vue l'idée de faire une opération complète, de ne pas laisser un myome, si petit soit-il, qui plus tard, en se développant, viendrait donner une preuve flagrante de l'inutilité des opérations antérieures. Certains opérateurs, toutefois, aimeront mieux procéder à des séances successives à mesure que les indications d'une nouvelle opération apparaîtront. L'opération en une seule séance est bien préférable, si, d'une façon générale, l'opération est facile à conduire.

Quatrième temps (toilette de l'utérus, excision et suture du col) : Dès que la tumeur est enlevée, une vaste cavité est formée, communiquant largement avec la cavité utérine. Ses parois saignent dans les parties supérieures de la loge en connexion avec la masse décortiquée et entraînée par traction; des pinces longuettes hémostatiques saisissent les points saignants et certaines sont laissées à demeure, douze, quinze, vingt. La pose des pinces ne s'effectue pas à l'aveugle. Pendant toute l'opération, de petites éponges, portées au bout de bâtonnets, sont employées à essuyer les parois et à découvrir les points saignants.

Cette dernière partie de l'opération constitue la toilette du champ opératoire; elle doit être exécutée avec soin; il ne faut pas exposer la malade à la moindre hémorrhagie. Les plus petits caillots seront enlevés; ils ne doivent plus se produire. La septicémie prend trop souvent son origine dans les petits caillots des plaies.

Entre les pinces laissées à demeure en nombre variable, suivant l'exigence de l'hémorrhagie (de 8, 10 à 15), il est prudent de laisser de petites éponges ou quelques tampons d'ouate iodoformée, ou bien encore des pelotons de gaze iodoformée.

L'opération est ainsi terminée : les pinces seront enlevées avec lenteur, trente-six à quarante-huit heures après l'opération.

Si le col a trop souffert pendant l'opération, ses lèvres seront excisées et suturées.

Lorsque l'hémorrhagie est peu à redouter, lorsque la tumeur enlevée est d'un petit volume et sa loge peu étendue, il est préférable de terminer l'opération par la suture des lèvres du col.

Cette suture se pratique avec des fils métalliques, placés à l'aide de chasse-fils. Celui du modèle de Péan-Mathieu est très convenable. La suture rapproche assez les parties de la loge pour empêcher toute hémorrhagie.

Soins consécutifs. — Les premiers jours après l'opération, il est bon de donner du seigle ergoté à petites doses et à doses plusieurs fois répétées, pour aider au retrait des parois de la poche.

L'état de la malade sera l'objet d'une surveillance attentive : une odeur spéciale; une perte séro-purulente; des douleurs sur les côtés de l'utérus; une élévation de la température doivent éveiller l'attention, faire craindre des accidents septiques.

A la moindre alarme, les tampons seront enlevés; le vagin et l'utérus fortement irrigués avec des solutions antiseptiques de sublimé à 1/2000; les tampons iodoformés seront remplacés; des doses de sulfate de quinine : 1 gr.; 1gr 50, seront administrées.

Des accidents plus graves peuvent être ainsi prévenus.

Les fils de suture du col seront enlevés à l'aide d'un ténaculum mousse à long manche, vers le huitième jour.

L'opération de Péan peut être jugée, d'après ses résultats. Dans notre travail : *De l'hystérotomie vaginale*, se trouvent consignées 40 interventions dont 37 suivies de plein succès. Deux opérées, débilitées par des pertes abondantes antérieures, ont succombé à l'extirpation de tumeurs volumineuses; une troisième, opérée en pleine septicémie, a survécu quelques semaines. Dans chacun des cas, le chirurgien devait, du reste, opérer sans retard.

Cette méthode a donné les meilleurs résultats. A peu près inoffensive pour les ablations de petits fibromes, elle ne devient grave que s'il s'agit de gros fibromes, de ces tumeurs qui paraissent actuellement à tous les chirurgiens abordables seulement par la voie abdominale; cette gravité provient de la longueur qu'exigent les manœuvres, et des dangers toujours croissants d'infection. Une plaie a d'autant plus de chance d'être aseptique que l'opération a été plus courte. Aussi, faut-il redoubler de précautions dans certaines opérations nécessairement de longue durée; par bonheur, les gros corps fibreux, encore abordables par le vagin, se laissent facilement énucléer de la partie supérieure de leur loge; l'opération se trouve considérablement abrégée et rentre dans les bonnes conditions de réussite.

L'extirpation des myomes ainsi comprise doit être, entre des mains soigneuses, exercées, une opération excellente. On ne peut lui reprocher une mutilation inutile, puisque l'utérus n'est nullement endommagé dans ses fonctions.

Les malades ont, dans la suite, leurs périodes menstruelles; elles sont aptes à la gestation et leur grossesse peut se poursuivre jusqu'à son terme normal; la femme se trouve à l'abri des avortements, des obstacles à l'accouchement normal qu'auraient pu entraîner les fibromes.

Cette opération est simple, pratique, peu dangereuse; elle se rapproche bien près des belles aspirations de la chirurgie conservatrice : guérir sans mutiler.

UN CAS DE KYSTE HYDATIQUE DU CORPS THYROÏDE (1)

Par M. E. Decressac, interne des hôpitaux.

En mai 1886, le nommé L... (Désiré), âgé de vingt-deux ans, cultivateur, s'aperçoit qu'il porte, à la région antérieure du cou, une petite tuméfaction mollasse, qui grossit progressivement, sans à-coup et sans jamais s'accompagner de troubles fonctionnels notables. En février 1888, il consulte un médecin qui fait une ponction exploratrice avec la seringue de Pravaz et retire quelques grammes d'un liquide clair, sans soupçonner la nature parasitaire de l'affection.

Au moment de l'entrée à l'hôpital, la tumeur fait une saillie très appréciable, exactement médiane, et à hauteur de l'isthme du corps thyroïde.

Elle est très régulièrement globuleuse, du volume d'un œuf de poule, bien circonscrite, de consistance égale sur tous ses points, très souple, très fluctuante; il s'agit d'une poche unique, sans diverticule, à paroi uniformément épaisse, et à contenu séreux, si l'on tient compte de la première ponction. Superficiellement, la tumeur n'a aucune adhérence : la peau est normale, glisse bien, les sterno-mastoïdiens sont en simple contact. Dans la profondeur, il n'en est pas de même; les mouvements d'ascension, pendant la déglutition, indiquent qu'il y a une solide fixation au corps thyroïde, ou tout au moins à l'arbre bronchique. Il n'y a aucun battement, pas d'expansion, pas de souffle stéthoscopique. Pas de frémissement. Matité appréciable.

Les signes fonctionnels sont à peu près nuls, ou du moins peu importants, puisqu'ils n'indiquent aucune compression sérieuse des organes divers de la région cervicale. En effet la respiration est facile, la voix a conservé son timbre habituel, l'absence de douleur est remarquable; à peine la déglutition exige-t-elle un certain effort, et un léger mouvement de flexion de la tête; les mouvements du cou sont aussi un peu gênés.

M. le docteur Peyrot fait le diagnostic de kyste du corps thyroïde et, sans médication préliminaire, procède à l'ablation de la poche kystique. Les suites de l'opération sont des plus simples : il y a réunion immédiate, et le malade quitte l'hôpital quelques jours après.

L'examen de la tumeur, pratiqué immédiatement, laisse voir à

(1) Observation présentée à la Société anatomique dans la séance du 6 juillet 1888.

l'intérieur de la membrane conjonctive, adventice, une membrane blanche peu adhérente, très fragile, quoique peu épaisse : c'est la membrane germinative type. A l'intérieur, aucune vésicule fille, ce qui explique l'absence de frémissement, mais de nombreux échinocoques suspendus à la paroi, ou en liberté dans le liquide. Le contenu liquide est de 105 grammes.

Il s'agissait bien là d'un kyste à échinocoques, mais sa situation, dans le corps thyroïde, présentait un certain intérêt, tant au point de vue anatomique, qu'en raison du diagnostic et du traitement spécial qu'il comportait.

Au point de vue *anatomique*, la rareté de la localisation des hydatides dans la glande thyroïde est bien connue. Velpeau disait qu'il n'en avait jamais rencontré, et les auteurs, qui relatent les quelques cas signalés, sont bien peu affirmatifs sur leur nature précise et conservent des doutes sur l'exactitude de leur siège. Si Hunter les croyait fréquents, c'est qu'il les avait confondus avec d'autres productions kystiques de la glande. En Allemagne, Gurlt a pu réunir sept observations empruntées à différents auteurs, et Meinert a récemment publié un fait nouveau dans le *Centralblatt für Chirurgie* de 1885. La littérature médicale française est bien moins riche. Les classiques se contentent de les signaler. Davaine a bien rapporté, dans son traité des Entozoaires, trois cas dus à de Haen, Lieutaud et Laënnec, mais on doit les rejeter. Dans les deux derniers, il y avait bien des kystes hydatiques, mais simplement dans le voisinage de la glande refoulée et intacte.

Pour l'observation de de Haen, Krishaber pense qu'il s'agissait d'un goître à contenu complexe et surtout colloïde.

Reste le cas de Nélaton, devenu classique et rapporté dans la thèse de Houel. Quant à la collection de la Société anatomique, elle ne mentionne aucune présentation relative à ce sujet.

La pièce que nous présentons échappe au reproche qu'on a pu faire à nombre d'observations ; et d'abord, la nature parasitaire a été nettement constatée ; de plus, le kyste n'était pas en connexion simple avec la thyroïde, mais intimement uni à la glande. Assurément, il n'était pas enveloppé dans sa partie antérieure, mais c'est en plein parenchyme thyroïdien qu'il a fallu porter l'instrument tranchant pour le séparer en arrière, de l'isthme, et latéralement, des deux lobes. M. le docteur Peyrot est très affirmatif sur ce point.

On comprend qu'il ne nous soit pas possible de donner des détails exacts, sur les connexions de la tumeur avec le larynx et les organes voisins, l'opération ayant été très courte.

Cliniquement, pourrait-on trouver, dans la seule analyse des symptômes, des éléments suffisants de diagnostic ? Pour être autorisé à localiser dans la glande le siège précis de la tumeur, il fallait éliminer certaines affections qui s'accompagnent aussi de mouvements d'ascension pendant la déglutition : bronchocèles, hygromas chroniques préthyroïdiens, et même certains kystes congénitaux avec attaches profondes, ce qui était facile.

Il était plus délicat de déterminer exactement la nature du contenu. La ponction, faite antérieurement, avait donné un liquide clair d'après le dire du malade ; mais l'hésitation était permise entre le kyste simple et le kyste hydatique. D'après les classiques il faut chercher le critérium dans l'examen microscopique du liquide : la constatation du frémissement caractéristique étant trop aléatoire. Il nous semble, cependant, que plusieurs raisons militent en faveur du kyste parasitaire : le développement lent et continu, la tension médiocre du liquide, la sensation de poche *unique*, très régulière, également souple sur tous les points, et surtout l'intégrité complète du reste de la glande. Il n'en est pas moins vrai que la ponction exploratrice et la constatation des crochets sont nécessaires pour juger la cause en dernier ressort.

De cette ponction, absolument inoffensive grâce au perfectionnement de l'outillage et à l'antisepsie, de cette certitude de diagnostic résulte un *traitement* spécial et efficace.

On devra rejeter toute médication interne, toute application de topiques, inutiles sinon nuisibles. Comme dans les kystes hydatiques des autres organes, on aura recours à la ponction ou à l'ablation.

La ponction pourra donner des résultats, mais sera généralement insuffisante. L'ablation pourra toujours être pratiquée ; dans le cas qui nous occupe, elle a donné, entre les mains du docteur Peyrot, un résultat remarquable.

Par crainte d'hémorrhagie, il sera possible d'arriver au même but, par l'ouverture simple, le lavage et la suture de la paroi aux lèvres de l'incision. Nous croyons, cependant, que l'ablation simple doit être préférée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Conférences cliniques sur les maladies des femmes (1), par le docteur G. Bernutz.

Cet ouvrage posthume est tout entier de la main de Bernutz, le savant et regretté gynécologue ; la mort ne lui a pas laissé le temps d'en corriger les épreuves.

La plus grande partie de ce livre est consacrée à l'étude de la pelvi-péritonite, des phlegmons des ligaments larges et de l'hématocèle rétro-utérine. Bernutz est revenu avec une véritable prédilection sur ces sujets, qui tiennent, du reste, une si grande place dans la pathologie féminine. On sait qu'en gynécologie, il s'était fait surtout connaître par de belles recherches sur l'inflammation péri-utérine. Le résultat de ces études premières a été consigné dans sa Clinique des maladies des femmes. Jamais il n'a cessé d'observer ces maladies avec une attention particulière, et il s'est tenu soigneusement au courant des publications qui les concernaient.

D'autres conférences sont consacrées aux vices de conformation des parties génitales externes et du vagin ; au vaginisme, aux déplacements de l'utérus, à la menstruation et à la métrorrhagie. La dernière traite de la tuberculisation des organes génitaux.

L'éloge de Bernutz n'est plus à faire. On connaît ses éminentes qualités d'observateur. On sait quels progrès il a fait faire à l'histoire des maladies des femmes, en donnant à la pelvi-péritonite la part considérable qui lui revient dans la pathologie péri-utérine. De nombreuses observations servent de base à ces leçons qui sont, avant tout, l'œuvre d'un clinicien de vaste expérience.

L'urticaire pigmentée (2), thèse de doctorat par le docteur Paul Raymond.

Dans une très bonne monographie, la première consacrée à ce sujet, M. Raymond étudie une affection signalée pour la première fois, en Angleterre, par Nettleship, en 1869, et à laquelle Songster a donné le nom d'urticaria pigmentosa. L'urticaire pigmentée est rare ; il n'en existe guère qu'une trentaine d'observations dont quatre françaises. C'est une maladie de l'enfance et qui débute dans les premiers jours ou les premiers mois après la naissance. Nous ne connaissons presque rien de ses conditions de développement : on ne relève le plus souvent aucun antécédent pathologique chez les parents ni chez les enfants.

La maladie évolue sous forme de plaques rouges d'abord, puis brunes, qui occupent toute la surface du corps, le tronc notamment. On les rencontre aussi sur les muqueuses buccale et palatine. Leur couleur est variable suivant certaines circonstances : sous l'influence du froid, des émotions vives, les plaques se congestionnent ou deviennent cyanosées. A la face elles offrent la couleur jaune paille du xanthelasma.

Leur nombre est très variable, tantôt il n'y en a qu'une trentaine, d'autres fois elles sont si confluentes qu'on compte les espaces de peau saine. Dans la plupart des cas il existait cette

(1) In-8° de 792 pages. Prix : 12 francs. — Paris, G. Masson.
(2) In-8° avec deux planches. — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin.

sorte d'angionévrose décrite par Gull sous le nom d'urticaire factice. L'urticaire pigmentée s'accompagne de démangeaisons parfois extrêmement pénibles. Sous certaines influences encore inconnues et principalement en été on voit survenir des poussées. Au niveau des plaques qui se congestionnent surviennent des vésicules et des bulles en même temps que se développent du malaise, de l'anorexie et un état fébrile.

Après plusieurs années, les plaques s'affaissent, deviennent des macules qui s'éclaircissent de plus en plus et, après une durée qui semble n'être pas moindre de huit ou dix ans, la maladie tend à disparaître sans laisser de trace.

M. Raymond a trouvé, comme Unna, que ces plaques étaient constituées par des cellules spéciales qu'Ehrlich a décrites sous le nom de *Mastzellen* et par des granulations pigmentaires au milieu des papilles. Cette étude anatomo-pathologique est, avec la discussion sur la pathogénie de l'affection, une des parties les plus intéressantes de ce travail. M. Raymond sépare nettement l'urticaire pigmentée (il reconnaît, par conséquent, que le nom pourrait être changé) de la névrose vaso-motrice qu'on désigne sous le nom d'urticaire. Certaines urticaires peuvent, il est vrai, s'accompagner de pigmentation, mais celle-ci est due à l'intensité du processus congestif, et l'affection n'a de commun avec l'urticaria pigmentosa de Songster que la papule ortiée, fait qui, ainsi que M. Raymond l'indique parfaitement, ne suffit pas pour identifier deux processus si différents par l'ensemble de leurs caractères. L'urticaire pigmentée doit être considérée comme une angionévrose spéciale, peut-être voisine de l'urticaire, mais dont elle doit être séparée.

Deux planches jointes à ce travail complètent les descriptions clinique et anatomo-pathologique de l'auteur.

Contribution à l'étude anatomo-pathologique de l'artério-sclérose du cœur (1), par le docteur A. Weber.

M. Weber a pris pour sujet de sa thèse inaugurale l'artério-sclérose du myocarde. C'est une des questions les plus importantes de la pathologie cardiaque. On sait très bien maintenant, en effet, que les lésions orificielles ne sont pas les seules qui aboutissent à l'asystolie. L'insuffisance motrice du cœur, la dilatation, la stase veineuse consécutives peuvent très bien être le résultat d'une lésion primitive du myocarde. A ce point de vue, il faut mettre au premier rang la sclérose interstitielle du cœur.

Le plus souvent cette sclérose qui dissocie les faisceaux musculaires est la conséquence d'une lésion des vaisseaux, d'une endopériartérite des rameaux de qui émanent des coronaires. M. Weber pense qu'il existe deux variétés de sclérose artérielle du myocarde, l'une d'origine inflammatoire que l'on rencontre chez les jeunes sujets, l'autre, dystrophique, propre aux vieillards, ou mieux aux sujets qui ont dépassé cinquante ans.

Dans ce dernier cas, la diminution du calibre des artères amène une altération des fibres musculaires, la sclérose vient ensuite. Elle serait en quelque sorte le résultat de « la cicatrisation d'une sorte d'infarctus progressivement croissant ». Elle débute loin de l'artériole malade, à la limite extrême du domaine qu'elle irrigue.

Cette artério-sclérose est le point de départ de ce que M. Huchard appelle les cardiopathies artérielles, par opposition aux cardiopathies valvulaires.

Ces cardiopathies, dit M. Huchard, sont « latentes dans leur évolution, insidieuses dans leur début, paroxystiques dans leur marche, accidentées et saccadées dans leurs allures, compliquées et variables dans leurs associations viscérales, soudaines et brutales dans leurs explosions asystoliques ».

Le type hypertrophique qui accompagne la néphrite interstitielle est bien connu, M. Huchard a eu le mérite d'insister surtout sur les formes qui aboutissent à l'asystolie d'une façon plus sournoise, et qui présentent une période latente plus difficile à dépister.

(1) In-8°, 143 pages. Prix : 4 fr. 50. — Paris, Steinheil.

Le travail de M. Weber contribue à bien faire connaître les lésions de ces cardiopathies artérielles.

Quand et comment doit-on prescrire la digitale (1), par M. Henri Huchard.

La digitale est si souvent prescrite à tort et à travers contre toutes les affections, presque contre tous les symptômes cardiaques; bien administré ce médicament peut faire tant de bien, il peut faire tant de mal, lorsqu'il est indûment ordonné ; les modes de cette administration, si simple d'ailleurs dans sa technique, ont une si grande importance, que nous sommes heureux de signaler le travail auquel M. Huchard a donné ce titre caractéristique : Quand et comment doit-on prescrire la digitale ? M. Huchard ne se contente pas d'indiquer dans quelles conditions on peut et doit prescrire la digitale, il indique avec plus de soin encore ses contre-indications. *Primum non nocere.* Elles sont si nombreuses, qu'il a besoin de se défendre d'en faire le procès et de déclarer qu'il en est au contraire un amateur enthousiaste.

Nous sommes nous-même très convaincu du bien fondé de l'ensemble des idées de M. Huchard, sur la digitale, sur son maniement délicat, et nous recommandons aux médecins la lecture de son exposé. Ils y trouveront de saines idées générales et de précieuses indications pour la pratique.

De l'ulcère simple de l'œsophage (2), par E. Berrez.

Les lecteurs de la *Gazette des hôpitaux* n'ont pas oublié l'intéressante Revue générale écrite par M. Berrez sur l'ulcère simple de l'œsophage, affection sur laquelle M. Debove a, dans ces derniers temps, appelé l'attention. Ceux que la question intéresse trouveront dans la thèse de M. Berrez des détails plus circonstanciés ; ils y retrouveront les mêmes qualités de netteté et de clarté dans l'exposition.

Étude clinique et bactériologique sur les fièvres palustres de la Grèce (3), par le docteur S. Pampoukis.

L'auteur a rassemblé dans cet opuscule des travaux publiés déjà dans divers recueils, et relatifs aux fièvres palustres de la Grèce. On y trouvera des renseignements intéressants, des chiffres importants sur la fréquence et la nature des fièvres intermittentes, en Grèce. Malgré leur fréquence, elles paraissent être relativement très bénignes.

C'est surtout à propos des fièvres pernicieuses, sur lesquelles l'auteur donne également des renseignements généraux, riches en chiffres statistiques, que l'on trouvera l'exposé de vues personnelles ou de faits nouveaux.

L'auteur admet l'existence possible de fièvres pernicieuses, sans élévation et même avec abaissement de la température, dès le début de l'accès. Ces accès apyrétiques sont particulièrement redoutables.

De ses recherches sur l'étude du pouls comparé à la température, l'auteur conclut que, d'une façon générale, le pouls et la température marchent parallèlement. Toutes les fois que le pouls devient très élevé et qu'il atteint 130, le pronostic est grave. Quand le pouls reste fréquent, alors que la température s'abaisse, le pronostic est plus grave encore.

Après la forme comateuse, la forme hématurique (que l'auteur, qui est Grec, dénomme hémosphérinurique) est la plus fréquente en Grèce. Avec M. Karamitzas, il admet que la coloration des urines est due à l'hémoglobine du sang et non à la bile.

La quinine chez les personnes qui en font abus peut provoquer une hémoglobinurie toxique qu'il importe de distinguer de l'hémoglobinurie morbide.

(1) In-8°, 133 pages. Prix : 3 francs. — Paris, O. Berthier.
(2) In-8°, 89 pages. Prix : 2 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.
(3) In-8°, 86 pages. Prix : 2 francs. — Paris, A. Lanier.

La pneumonie paludéenne est étudiée dans un chapitre particulier, M. Pampoukis admet qu'il peut exister : 1° une simple congestion paludéenne ; 2° une pneumonie simple, compliquée d'accès paludéens ; 3° une pneumonie paludéenne bénigne et une pneumonie paludéenne pernicieuse, ces pneumonies paludéennes qui se montrent chez des individus prédisposés. Dans la forme bénigne, la pneumonie évolue sans fièvre dans l'intervalle des accès.

Il peut de même exister une péritonite paludéenne qui s'efface avec l'accès, il s'agirait plutôt d'une congestion péritonéale que d'une vraie péritonite, dont l'existence éphémère et périodique ne se comprendrait guère. Dans ces conditions le terme péritonisme serait plus exact.

Étude clinique sur les épidémies du département de la Vienne en 1887 : Rougeole et suette (1), par le docteur J. Jablonski.

On sait combien sont difficiles à déterminer les rapports de la rougeole et de la suette miliaire. Une épidémie de rougeole sévit dans une contrée; tout à coup elle change de caractère; elle s'accompagne d'une prostration beaucoup plus grande, de sueurs profuses, les cas mortels se succèdent parfois, sans que l'on puisse en accuser les complications pulmonaires, cause la plus fréquente de mortalité dans la rougeole légitime. Bientôt des cas de suette se montrent dépouillés de toute manifestation d'aspect morbilliforme. C'est alors qu'on se rend compte de ce qui s'est passé et qu'on interprète rétrospectivement les prétendus cas de rougeole grave, et qu'on reconnaît qu'il s'agissait de la *suette rubéolique;* ainsi que l'a dénommée M. Brouardel. La suette rubéolique n'aurait pas eu, du reste, dans cette épidémie, la gravité très grande qu'on lui a parfois reconnue.

Les relations de *nature* entre la rougeole et la *suette* sont difficiles à déterminer. La rougeole a-t-elle précédé la suette, pour lui faire place ou se combiner avec elle? Les deux maladies évoluent-elles simultanément, parallèlement, dans la même région, sinon sur le même individu?

D'après le docteur Jablonski, l'épidémie de rougeole de la Vienne a débuté à Poitiers, le 13 octobre 1886, elle a envahi successivement presque toutes les communes du département. Elle a sévi pendant toute l'année 1887; elle ne serait pas encore éteinte. La mortalité qu'elle a causé est de 4,5 p. 100.

L'épidémie de suette a débuté à Sillars, le 16 mars 1887; elle est restée limitée à l'arrondissement de Montmorillon. Elle s'est présentée sous deux formes : la suette primitive et la suette secondaire compliquant la rougeole.

La suette primitive a atteint les adultes, la suette secondaire les enfants, chez lesquels la rougeole lui aurait pour ainsi dire préparé le terrain. Cette suette secondaire ne serait pas contagieuse.

La suette primitive a déterminé une mortalité de 10 p. 100. Au contraire, la *suette rubéolique*, qui serait pour M. Jablonski la rougeole compliquée de suette, n'a causé qu'une mortalité inférieure à celle de la rougeole.

Ce sont là des conclusions opposées à celles que M. Brouardel a formulées au nom de la Commission parisienne. Elles tendent, on le voit, à faire admettre la simple coexistence de la rougeole et de la suette.

Albert Mathieu.

(1) In-8°, 82 pages. — Poitiers, Druinaud.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 28 août 1888, a été nommé, dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. le docteur Dessemond-Sicard, médecin-auxiliaire de deuxième classe.

— Un concours s'ouvrira, le lundi 8 octobre 1888, à huit heures du matin, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, pour la nomination à douze places d'internes titulaires dans les hospices civils de cette ville. Il sera nommé, en outre, un certain nombre d'internes provisoires à fixer ultérieurement.

— On nous annonce la mort de M. Clausius, professeur à l'Université de Bonn, lauréat de l'Institut de France et correspondant de l'Académie des sciences, décédé à l'âge de soixante-six ans, et de M. le docteur Th. Desclaux (de Tonneins).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 101. — MARDI 4 SEPTEMBRE 1888. 61e ANNÉE. MARDI 4 SEPTEMBRE 1888. — N° 101.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 3 septembre 1888.

La Société médicale du Mont-Dore vient de tenir, sous la présidence de M. le docteur Tardieu, une séance extraordinaire pour entendre l'éloge du docteur Brochin, qui fut un des fondateurs de cette Société, et, pendant plusieurs années, son doyen respecté. La Société « a voulu rendre un suprême hommage à l'homme qui, pendant une longue carrière, fut toujours un confrère aimable et courtois, un écrivain médical de mérite et, avant tout et par-dessus tout, un homme de bien ».

Nos lecteurs comprendront les sentiments de gratitude dont nous adressons l'expression à la Société médicale du Mont-Dore, et combien nous sommes heureux de reproduire l'éloge dans lequel le secrétaire de la Société, M. le docteur G. Schlemmer, a reproduit avec tant de mérite et d'émotion la figure de notre ami si regretté.

ÉLOGE

de M. BROCHIN (ROBERT-HIPPOLYTE), rédacteur en chef de la *Gazette des hôpitaux*, ancien président de la Société médico-psychologique, médecin consultant au Mont-Dore, chevalier de la Légion d'honneur.

(Prononcé, en séance extraordinaire, par M. le docteur G. SCHLEMMER, secrétaire de la Société médicale du Mont-Dore.)

I

MESSIEURS,

En perdant au mois de mai celui qui avait accepté d'être cette année notre président, les membres de la Société médicale du Mont-Dore ont perdu un collègue justement vénéré, un ami sûr et judicieux, en même temps qu'un collaborateur précieux, qui occupait non seulement dans nos réunions, mais dans le monde médical, une place considérable en raison de sa science comme en raison de l'élévation de son caractère.

Le docteur Brochin laisse, dans la mémoire de tous ceux qui l'ont approché, l'exemple d'une vie de travail et de dévouement, le souvenir d'une carrière médicale et scientifique éminemment loyale et éclairée qui, durant son existence si remplie, lui a assuré à la fois la sympathie et l'estime de tous ses clients, le respect le plus profond et l'amitié la plus sincère de ses confrères.

Né à Carcassonne, le 13 octobre 1808, Hippolyte Brochin s'était fait remarquer de bonne heure par son caractère sérieux et réfléchi et par son amour du travail. Après des études littéraires brillantes qui développèrent, chez lui, à la fois le sentiment des choses artistiques et le goût de l'érudition, il aborda l'étude des mathématiques, moins pour obéir à sa propre inclination, que par respect pour un désir bien naturel de son père. Ingénieur des mines de l'État, sans aucune fortune personnelle, celui-ci comptait voir profiter son fils, dans la même carrière, de son expérience acquise et de ses relations avec le monde polytechnicien. Mais devant une vocation, qui ne tarda pas à se déclarer pour l'étude des sciences naturelles, M. Brochin installa son fils auprès de l'école de Montpellier, pour faire son apprentissage médical.

Nommé bientôt interne des hôpitaux à Marseille, Hippolyte Brochin dut faire — après un mariage d'inclination, avec une jeune fille également sans fortune — des prodiges de travail et d'économie pour subvenir à l'entretien du ménage en même temps qu'aux frais d'une éducation médicale, très complète au point de vue de la pratique professionnelle, aussi bien qu'au point de vue de la science générale et de l'érudition bibliographique.

C'est au début de ces années laborieuses d'internat qu'il fut proposé une première fois pour la croix, à l'occasion de sa brillante conduite et de son dévouement pendant la terrible épidémie cholérique qui décima la ville de Marseille, en 1832; malgré l'épuisement causé par les soins qu'il prodiguait aux malades, sans jamais se ménager, malgré la fatigue de ses études professionnelles, qu'il n'avait pas abandonnées, malgré le souci enfin d'un ménage, dont l'existence matérielle n'était pas encore assurée, — M. Brochin demanda à partir pour la Corse, où le choléra venait de porter ses ravages. La cessation immédiate du fléau rendit ce nouveau dévouement inutile et permit à M. Brochin de se consacrer de nouveau et entièrement à ses études.

Il les termina en 1838 à Paris, où il vint passer sa thèse. Le choix du sujet de cette thèse nous montre, dès lors, les tendances de son esprit, tendances que nous verrons persister et s'accuser durant toute sa carrière. Il avait adopté, en effet, pour titre de ce premier ouvrage : « Sur quelques sujets de médecine générale. » Ses penchants et son érudition, déjà vaste, le portaient à rechercher surtout le côté philosophique de la médecine.

A ce moment d'ailleurs, un mouvement se produisait dans la médecine, aussi bien que dans les lettres et dans les arts. C'était l'époque des tâtonnements et des luttes qui ont abouti à la rénovation de la médecine et de la chirurgie, à l'application de plus en plus précise de la méthode expérimentale.

On peut comprendre quel attrait l'effervescence, qui se manifestait alors dans toutes les branches des connaissances humaines, exerça sur un esprit aussi cultivé que celui du docteur Brochin. Il ne put se résoudre à quitter Paris, et il s'y installa, rue Michel-Lecomte, dans le quartier du Marais, où il résolut de se créer une clientèle qui suffit à ses besoins et lui permît de prendre part à cette évolution.

II

Ce fut, en réalité, dans le journalisme — et j'entends par là la presse médicale, — qu'il rencontra sa véritable voie. Il y entra vers 1840, et, depuis cette époque jusqu'à la fin de sa vie, il y trouva l'application de ses éminentes qualités d'assimilation et de vulgarisation, si merveilleusement servies par sa profonde érudition.

Il est à remarquer qu'au début de sa carrière d'écrivain, il s était préoccupé déjà de la question de la pratique thermale, car en 1847, il publia, dans la *Gazette médicale de Paris*, une « Étude sur les eaux minérales », dans laquelle il recherchait les améliorations à apporter dans les procédés d'utilisation des richesses hydrologiques. Et, parmi les diverses méthodes (théorique, analogique et empirique), il faisait ressortir, à l'aide d'une argumentation ingénieuse et claire, les avantages de la dernière.

En 1854, il succéda à Fabre, comme rédacteur en chef de la *Gazette des hôpitaux*, qu'il n'a pas cessé un seul jour de diriger avec le talent le plus incontesté et avec la sollicitude la plus constante. Il en corrigeait encore les épreuves, quand l'hémiplégie, qui devait si vite l'emporter, vint le surprendre.

Mais avant même d'avoir été placé à la tête de cet important journal, il avait déjà commencé la publication de ses articles de fonds, dont le caractère, à la fois personnel et consciencieux, a fait réellement époque dans la presse médicale et dont la valeur lui conquit très rapidement l'estime universelle et l'autorité incontestée dont il a joui jusqu'à ses derniers jours, dans le monde scientifique, à Paris comme à l'étranger.

C'est qu'en effet, au lieu de se borner à faire le compte rendu des séances de l'Académie ou des autres Sociétés savantes, très souvent il saisissait, avec une rare sagacité, les points intéressants de ces discussions et les étudiait à fond. Ses vastes connaissances, ses recherches laborieuses et approfondies, lui permettaient de développer tous les éléments du sujet et de livrer à ses lecteurs un véritable traité, précis et complet, de la question. Il savait exposer le thème avec clarté, et, tout en traduisant fidèlement la pensée des divers partis, il se réservait la discussion impartiale de leurs opinions; son argumentation aboutissait presque toujours à des conclusions dont la logique et dont la sagesse ralliaient généralement l'opinion publique.

Sa compétence, si justement appréciée, n'avait pas pour source unique ses longues et patientes recherches dans les bibliothèques scientifiques : aux connaissances accumulées dans les écrits des générations médicales disparues, il ajoutait chaque jour les enseignements nouveaux recueillis dans les cliniques de médecine et de chirurgie; et s'il en enrichissait son propre fonds, il savait aussi, avec une fidélité scrupuleuse, traduire et répandre au loin les leçons des grands maîtres.

III

Toute cette partie de l'œuvre du docteur Brochin est donc essentiellement journalière. Son rôle a consisté à recueillir, pas à pas, les transformations et les progrès de la science; au fur et à mesure de leur apparition dans les divers services de médecine et de chirurgie de nos hôpitaux, toutes les maladies nouvellement étudiées, tous les procédés nouveaux de diagnostic, toutes les méthodes nouvelles de traitement, toutes les opérations récemment osées, tous les systèmes et toutes les doctrines successivement préconisés, il les exposait au public médical dès leur naissance. Il les expliquait à ses contemporains et mettait les travailleurs en possession des découvertes les plus neuves, auxquelles la sûreté de son jugement assignait leur place et leur valeur réelles. C'est ainsi qu'il fournissait aux chercheurs une base solide pour marcher à la conquête de progrès nouveaux.

Nous ne saurions analyser cette partie de son œuvre, écrite au jour le jour, touchant les sujets les plus disparates, et éparse dans l'énorme collection de la publication périodique qu'il dirigeait depuis une quarantaine d'années. Pour le suivre pas à pas dans sa carrière de journaliste, il faudrait, en réalité, refaire l'histoire de toute l'évolution de la médecine durant cette période si féconde et si mouvementée; il faudrait remémorer tous les travaux des grands chirurgiens, des Cruveilhier, des Velpeau et des Nélaton, toute l'œuvre aussi des médecins, des Broussais, des Bouillaud, des Rayer, des Andral, des Chomel, des Trousseau, des Béhier, des Duchenne, etc., etc. Mais parmi les illustrations de la science, ses relations et ses amitiés étaient si nombreuses, que nous ne pouvons les énumérer ici.

Personne, en effet, n'a connu, mieux que lui, tous les grands médecins de son temps; personne aussi n'a porté sur eux des jugements plus sûrs et plus impartiaux. Jaloux de son indépendance, il n'appartint jamais à aucune coterie. Malgré son admiration pour le talent de Jules Guérin, malgré son amitié et ses sentiments de reconnaissance envers celui qui, le premier, avait su apprécier sa valeur et ses aptitudes spéciales et lui avait ouvert la carrière du journalisme, le docteur Brochin demeura toujours étranger aux entraînements passionnés de son maître, sans jamais le froisser cependant et sans rien perdre de son affection.

Chercher la vérité et la dire en termes assez mesurés pour ne jamais blesser, ni paraître rechercher de faveur, tel fut le propre de son caractère; telle fut la marque distinctive de ce critique essentiellement consciencieux, qui meurt sans laisser la moindre trace d'une injustice, ni l'ombre d'une inimitié!

La douceur et la bienveillance s'alliaient chez le docteur Brochin à la dignité la plus parfaite, et cette qualité, qui était un don naturel, exerçait une influence irrésistible sur tous ceux qui l'approchaient et inspirait, dès le premier abord, le respect et la sympathie.

Un jour, à l'occasion d'une manifestation hostile à l'un des cours de la Faculté, une douzaine des meneurs les plus passionnés avaient pénétré dans le bureau du docteur Brochin, avec la prétention de sommer le directeur d'insérer dans le journal leur protestation. Froissé de leur attitude arrogante et soucieux de sa dignité, le docteur Brochin se déclare décidé à ne recevoir que deux ou trois de ces jeunes gens et n'écouter leur requête que présentée avec tous les égards qu'il se sentait en droit d'exiger. La fermeté de son attitude fit comprendre à ces étudiants l'inconvenance de leurs allures, ils se retirèrent en se découvrant, et leurs délégués, subissant l'ascendant de cet homme foncièrement honnête, qui était habitué à inspirer le respect et qui savait au besoin l'imposer, s'excusèrent de leur ton tranchant et irréfléchi et laissèrent le docteur Brochin, seul juge de ce qu'il convenait de faire.

IV

Les travaux de la presse médicale n'absorbèrent pas tous les instants du docteur Brochin. A côté de ces écrits journaliers il eut une part importante dans une œuvre de longue haleine et durable : l'érudition du docteur Brochin, sa haute compétence dans les questions de prophylaxie et de salubrité publique, la tournure synthétique de son esprit furent précisément les qualités qui déterminèrent M. Dechambre à s'attacher un si précieux collaborateur. En effet, les articles confiés au docteur Brochin, dans le *Dictionnaire encyclopédique*, furent des articles de médecine générale (ACCÈS, ATTAQUE, BILIEUX, CATARRHE, DYSPEPSIE, etc.), des articles d'hygiène et de philanthropie (ASSISTANCE, AVEUGLES, LOGEMENTS INSALUBRES, MATERNITÉ, etc., etc.), des articles de philosophie médicale (ÉTIOLOGIE, HÉRÉDITÉ, VITALISME, etc.).

Nous ne pouvons songer à donner ici l'analyse ni même la simple énumération des nombreux articles dont le docteur Brochin enrichissait chaque année cette œuvre. Ce sont autant de traités, à la fois concis et complets, des sujets les plus familiers à sa plume et à son esprit. Mais nous devons relever dans le dernier article, encore actuellement sous presse, un passage qui indique avec quelle largeur de vue et avec quelle sagesse éclectique M. Brochin était demeuré fidèle au principe de la doctrine vitaliste, tout en ayant su se tenir au courant des conquêtes précises et fécondes de l'école organicienne :

« Tout médecin, dit-il, qu'il soit de ceux qui affirment dès à

présent ou qui expriment seulement comme une espérance dans l'avenir l'idée que tous les phénomènes vitaux sont ou seront un jour réductibles aux lois physico-chimiques, est ou devient vitaliste de fait dès qu'il passe de la spéculation pure à la pratique... »

Après avoir substitué, en effet, aux conceptions, mobiles et vagues, d'un vitalisme en quelque sorte instinctif, la base plus précise et plus ferme de l'anatomie pathologique, — la médecine se trouve aujourd'hui ramenée vers l'étude du principe vital, non par la poursuite de ses attributs métaphysiques, mais par la recherche persévérante de ses conditions fonctionnelles.

Indépendante de toute théorie philosophique, de toute prévention doctrinale, ce n'est plus seulement sur l'observation des tissus ou des appareils, sur leur structure ou sur leur lésion; — c'est sur le développement des organismes, sur leur évolution, sur leur fonctionnement, c'est sur la modalité du principe vital que la science porte ses ingénieuses investigations.

Toutes les découvertes les plus nouvelles concourent à démontrer que : la maladie ou l'immunité dépend des diverses réactions chimiques qui traduisent l'intensité relative de la vitalité de l'organisme humain et de la vitalité du germe infectieux. Et l'on doit reconnaître que ce sont bien les conditions et les lois de ces vitalités respectives, précisément, que l'école actuelle s'attache à serrer chaque jour de plus près.

V

Indépendamment de son œuvre d'écrivain, œuvre extrêmement considérable, que nous avons dû signaler ici d'une façon beaucoup trop succincte et qui comprend encore un grand nombre d'articles disséminés dans diverses publications, telles que les *Annales médico-psychologiques* notamment, — indépendamment aussi des occupations quotidiennes que lui créait sa clientèle parisienne, le docteur Brochin a pris une part très active aux travaux de plusieurs commissions administratives, et il a été chargé en outre de divers services d'ordre purement médical. C'est ainsi qu'il a été appelé à remplir à Paris les charges de médecin inspecteur adjoint de la vérification des décès, puis de médecin du dispensaire, tant que cette fonction est demeurée gratuite. Après avoir fait partie de la Commission d'hygiène du V[e] arrondissement, — notamment lorsque régnait le choléra, qu'il combattit à nouveau, comme médecin des Bureaux de secours, en 1853 et en 1854, — il a été nommé à diverses reprises membre de plusieurs commissions temporaires chargées d'intérêts sanitaires à la préfecture de la Seine, entre autres de la Commission des logements insalubres, où pendant de longues années il éprouva une satisfaction profonde à se retrouver dans son milieu familier d'ingénieurs et de techniciens, les Belgrand, les Alphand, les de Bévotte, etc.

Nommé chevalier de la Légion d'honneur en 1865, il fut chargé en 1870 et en 1871 d'un service médical dans les ambulances du Luxembourg. Malgré son âge avancé, le docteur Brochin fit preuve, pendant cette triste période, d'un zèle infatigable, d'un dévouement à toute épreuve. Dans ces temps de privations et d'angoisses il garda, comme dans toutes les circonstances de sa vie, ce calme, ce sang-froid, cette tranquillité d'âme, qui ont toujours caractérisé cette nature si heureusement pondérée. On l'a vu — accomplissant, alors comme toujours, simplement, modestement et scrupuleusement son devoir — braver le froid, la faim, les projectiles et les menaces des insurgés.

Tandis qu'il prodiguait ses soins aux blessés, un officier de la Commune, porteur de l'ordre d'incendier le Luxembourg, pénétra dans l'ambulance, en état d'ivresse, et se mit en devoir d'enduire de pétrole les murs du palais. Ayant constaté l'impossibilité d'évacuer les 450 hommes confiés à ses soins, le docteur Brochin décida, d'accord avec ses collègues, de demeurer, quoi qu'il arrive, au chevet des malades. L'officier, expulsé de vive force, se vit obligé d'aller chercher un renfort à l'Hôtel de Ville, et pendant la nuit, les troupes régulières s'emparèrent du Luxembourg, qu'elles n'auraient pu occuper à temps sans l'énergie de ces médecins qui, tout en sauvegardant ainsi leurs blessés, ont conservé en même temps à l'art une des collections les plus merveilleuses.

VI

Vers le début de sa carrière, le docteur Brochin avait eu l'occasion de s'occuper de la médecine thermale, qui a acquis maintenant une place si importante dans la thérapeutique; mais c'est en 1865 qu'il apporta à notre station le concours précieux de son talent et de son renom. Grâce à ses relations personnelles, — et sans qu'il ait jamais publié, depuis la première jusqu'à la dernière année de sa pratique hydrominérale, une seule ligne sur le Mont-Dore (en dehors de l'article inachevé qu'il avait commencé cet hiver au moment où il avait résolu de se retirer de la médecine thermale) — le nombre des malades, qui vinrent chercher auprès de nos sources la guérison, se trouva accru d'une clientèle d'élite.

Chargé à plusieurs reprises des fonctions de président de la Société médicale, dont il avait été l'un des fondateurs les plus actifs, il a largement contribué, par l'élévation de son caractère, par la sûreté et la loyauté de ses relations confraternelles, par l'équité constante et l'aménité naturelle de son esprit, à la cordialité des rapports qui unissent aujourd'hui les membres de cette compagnie. Je suis sûr qu'en ce moment il en est plus d'un parmi nous qui ne peut se rappeler sans une réelle émotion l'accueil vraiment amical, et pour ainsi dire paternel, qu'il a trouvé chez ce vieillard, si instruit et si modeste à la fois, dont l'affabilité attirait invinciblement toutes les sympathies.

Aussi bien, d'ailleurs, que ses collègues, ses malades subissaient l'ascendant de cette grâce naturelle, qui était comme le reflet de son âme à la fois droite et bienveillante, et ils tenaient à conserver en dehors des relations professionnelles les rapports les plus amicaux avec lui. C'est en réalité dans la sincère et respectueuse sympathie de ses collègues, dans l'affectueuse reconnaissance de ses clients, dans l'attachement profond et constant des siens, et d'autre part aussi dans l'estime si hautement et si spontanément témoignée par le monde médical entier, qu'il chercha la récompense d'une vie consacrée uniquement à l'accomplissement scrupuleux du devoir et à l'exercice des qualités les plus généreuses et les plus élevées. Dans son intérieur modeste où il vivait toujours en sage, il ne goûtait d'autres satisfactions que celles du travail, d'autres jouissances que celles de la poursuite consciencieuse de la science et de la vérité.

Bien qu'il souffrît depuis longtemps d'une dyspepsie, entretenue par les irrégularités de régime qu'entraîna fatalement sa vie de médecin et de publiciste, il n'interrompit, jusqu'au dernier jour, aucun de ses travaux. Des accidents gastro-entériques très graves, survenus, il y a deux ans, au cours de la saison thermale, avaient inspiré à ses amis, notamment à ses confrères, les craintes les plus sérieuses. Ces dangers étaient entièrement conjurés, lorsque cet hiver, au mois de février, il eut une hémiplégie, tout à fait passagère. Malgré les objurgations de sa famille et de ses amis, malgré les instances de son directeur, dont l'affection inquiète exigeait de lui la promesse d'un repos indispensable, le docteur Brochin ne put vaincre sa passion du travail. Son excessive délicatesse, d'ailleurs, lui rendait l'oisiveté plus pénible encore : il se faisait un scrupule de recevoir des appointements qu'il croyait n'avoir pas gagnés.

Le mardi 20 mars, il prenait encore des notes à l'Académie; dans la soirée du 21, il corrigeait les épreuves du journal lorsqu'il fut surpris, la plume à la main, par une deuxième attaque qui devait terminer, après quatre jours d'agonie, cette existence si noble et si laborieuse. Ce juste, qui a conservé jusqu'au dernier instant toute la lucidité de son esprit, vit arriver sa délivrance et reçut les dernières tendresses des siens avec la douceur d'un sage et avec la sérénité d'un croyant.

C'est avec une émotion profonde que l'élite du monde scientifique, que tous ceux qui avaient été à la fois ses émules et ses compagnons dans la presse médicale, tous ceux qui l'avaient assisté jadis dans son œuvre de dévouement professionnel durant les épidémies et durant les sièges de Paris, tous les amis enfin

que lui avaient créés son talent, sa droiture, et sa bonté inaltérable, — vinrent lui porter, le 28 mars, un dernier témoignage de vénération dans l'église Saint-Étienne-du-Mont, trop étroite pour contenir la foule de ceux qui l'ont aimé.

Il eut du moins en mourant cette suprême consolation de laisser à Paris un continuateur de son œuvre. Depuis longtemps il avait associé à ses travaux son fils, digne héritier de ses qualités et des sympathies qu'elles lui avaient conquises. Grâce à lui, le nom de Brochin ne disparaîtra pas du journal dont notre regretté doyen était l'âme depuis quarante ans.

Mais il est un autre héritage, Messieurs, que le docteur Brochin nous lègue spécialement à nous, membres de la Société médicale du Mont-Dore, c'est l'exemple de sa dignité professionnelle et de son esprit de conciliation et de bienveillance, si universellement et si constamment appréciés. Nous saurons conserver ici ces traditions de loyauté confraternelle et d'union, et, en honorant ainsi sa mémoire, nous garderons son souvenir toujours vivant au milieu de nous.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. BROUARDEL.

De la vérification des décès. — Des faux certificats.

Le rôle du médecin vérificateur de décès est très délicat et peu enviable. Pour peu qu'il découvre le mort, il a l'air de faire une profanation, et s'il déclare, à l'officier de l'état-civil, quelque chose qui lui a paru suspect, il se crée aussitôt de grandes difficultés vis-à-vis de la famille du défunt.

Cependant, dans ce moment-ci, un certain nombre de médecins protestent contre la façon dont procèdent les municipalités, en conférant la constatation des décès à quelques privilégiés. Or il y aurait, à mon avis, un gros inconvénient à changer cet état de choses : lorsqu'un service est confié à un grand nombre d'individus, la responsabilité se disperse et le service n'est pas bien fait. De plus, si un médecin est accusé d'empoisonnement, la famille ne trouvera aucune garantie dans le retour de celui qu'elle croira être l'auteur du crime, pour constater son œuvre.

Une question de responsabilité spéciale se pose au sujet des constatations de décès. Nous voudrions savoir comment on meurt en France : il est certain que nous mourons beaucoup plus que dans d'autres pays ; qu'il est des villes où on meurt de la fièvre typhoïde et d'autres qui sont épargnées ; il est certain qu'une épidémie, tombant sur une petite bourgade, y fait relativement bien plus de victimes que dans une grande ville. Nous avons donc intérêt à dresser une statistique des causes de mort.

Notre secret professionnel se trouve-t-il ainsi compromis ? Il y a plusieurs éléments à distinguer dans l'obligation du secret médical et, en première ligne, il faut tenir compte de la nature de la maladie. Nous sommes obligés au secret, pour les maladies dites honteuses ou réputées héréditaires, comme l'épilepsie, la phthisie ou l'aliénation mentale ; voire même pour les maladies dont le pronostic est grave, comme l'albuminurie ou le diabète. Les malades de cette dernière catégorie sont considérés, dans le monde, comme infirmes ou comme ayant devant eux une durée de vie très limitée : or, je soigne un albuminurique depuis 1861, qui fait 1 gr. 50 d'albumine par jour et qui vit toujours.

Il est au contraire un certain nombre de maladies comme le choléra, la fièvre typhoïde, la variole, etc., dont la divulgation n'engage en rien le secret médical. Le service des travaux statistiques a été organisé à Paris, selon le système de M. Bertillon. Les médecins-vérificateurs de décès remplissent, d'après ce qu'ils constatent, des bulletins portant un simple numéro d'ordre, mais aucune indication de nom. De plus, le médecin traitant remplit aussi, *s'il le juge à propos*, un bulletin *anonyme* qui lui est envoyé par la mairie. Ce bulletin porte aussi un numéro d'ordre correspondant à celui du bulletin du médecin de l'état-civil ; mais aucun nom ne peut être connu au service de statistique.

C'est ainsi qu'on arrive à concilier les nécessités de l'hygiène publique et les nécessités de l'article 378 du code pénal. En province, le problème est beaucoup plus difficile qu'à Paris ; cependant il ne serait pas impossible à résoudre grâce à un médecin centralisant dans chaque ville tous les renseignements.

J'arrive à un autre point sur lequel les médecins engagent bien souvent leur responsabilité, je veux parler des certificats. Ils doivent tous être faits sur papier timbré, excepté les certificats de naissance et de vaccine.

Trop souvent, lorsque, par exemple, on vient vous demander un certificat constatant un accident imputable à tel ou tel, la complaisance va trop loin, on enfle un peu les choses et on insiste beaucoup sur des conséquences douteuses. De l'autre côté, il se fait une contre-enquête qui, avec la même complaisance, en sens contraire, donne des conclusions absolument opposées.

Vous en avez eu un exemple récent, par cette petite fille dont la mère accusait, de bonne foi, l'interne qui avait soigné son enfant. Heureusement, elle s'est adressée à M. Ricord, qui n'est pas arrivé à l'âge de quatre-vingt-quatre ans sans être devenu un fin renard et qui l'a mise à la porte en lui refusant tout certificat.

Imitez cette prudence et, toutes les fois que vous n'êtes pas absolument sûrs de ce que vous voyez, refusez votre signature.

De faux certificats peuvent mener aux galères. Il y a quelques années, un médecin avait donné un certificat, constatant qu'elle n'avait jamais accouché, à une jeune femme qui avait commis un infanticide : il a eu de la chance de ne pas aller devant les tribunaux.

Si un médecin délivre faussement un certificat *exoine*, c'est-à-dire attestant que tel individu ne peut remplir un service public, comme le service militaire, ce médecin tombe sous le coup de l'article 160 du code pénal et est exposé à subir de la prison. On n'est pas poursuivi, quand il n'est pas démontré qu'il y a eu corruption, mais on endure une foule de désagréments.

Enfin, guidés par l'ambition, certains médecins ont commis des faux certificats pour eux-mêmes. Un officier de santé avait conquis les palmes académiques, en se vantant d'avoir fait des vaccinations qui n'étaient qu'imaginaires. La supercherie ayant été découverte, il fut condamné par le tribunal à trois ans de prison et à 100 francs d'amende ; mais le jugement, confirmé par la cour d'appel, fut cassé par la Cour de cassation.

J'ajoute quelques mots sur notre responsabilité comme experts.

L'expertise médico-légale dérive des prescriptions de l'article 81 du code civil, qui parle du cas où il y a indice de mort violente. Il n'est dit, textuellement, nulle part que nous soyons obligés d'obéir à la réquisition de l'officier de police, mais comme, en cas de refus, l'article 475 du code pénal nous a été appliqué, ce que nous avons de mieux à faire, c'est d'obéir.

Je dois vous dire ici que c'est parce que j'ai promis, en votre nom, que vous ne violeriez pas le secret professionnel, que vous pouvez assister aux autopsies de la Morgue.

Il est d'autres cas, dans lesquels nous agissons presque comme experts, c'est lorsque nous donnons des certificats d'aliénation mentale. Tout médecin qui en délivre est considéré, dans le public extra-médical, comme un suspect. Et cependant, quand il a été question de refaire la loi sur les aliénés, M. Barbier, président de la commission des aliénés du département de la Seine, a été dans l'impossibilité de citer un seul fait de séquestration arbitraire. Je mets de côté les erreurs de diagnostic qui, grâce aux nombreuses garanties dont on entoure les aliénés, sont promptement réparées.

Ce qu'on pourrait plutôt reprocher aux médecins et aux familles, c'est de ne se décider à séquestrer les leurs, qu'à la dernière extrémité.

Il arrive assez souvent, qu'après quelques jours d'internement, les malades ont une période d'accalmie dont ils profitent volontiers pour plaider la séquestration arbitraire. Lasègue fut ainsi traduit devant le tribunal, par un de ses clients; pendant l'audience, celui-ci s'esquiva, disparut et on ne l'a jamais revu.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. H. Mollière

I. Entéroptose traumatique.

(Observation recueillie par M. J. Cuilleret, interne des hôpitaux.)

I. — P... (Julie), vingt-cinq ans, domestique, entrée le 20 avril 1888 à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. le docteur Humbert Mollière, salle Sainte-Marie, n° 8.

Rien de spécial à signaler dans ses antécédents héréditaires.

Comme antécédents personnels, voici ce que l'on relève : rougeole dans son enfance. Pas de scrofule. Elle a habité la campagne jusqu'à l'âge de vingt-deux ans. Réglée à dix-huit ans, la menstruation s'est établie, sans symptômes antérieurs ou concomitants de chloro-anémie, et a toujours été régulière. Depuis l'âge de quinze ans environ, la malade a eu à plusieurs reprises de légères manifestations de nature probablement rhumatismale, consistant en douleurs siégeant particulièrement au niveau du cou-de-pied de chaque côté et dans les jambes.

Il y a quatre ans, elle fit, en voulant soutenir un lourd paquet de draps prêt à tomber, un violent effort, les bras portés en haut et la colonne en extension forcée; mais elle ne se souvient pas d'avoir éprouvé, à ce moment, aucun tiraillement, ni aucun symptôme douloureux ou autre à la suite de cet effort.

A cette époque, la malade qui présentait un teint très pâle, mais sans décoloration des muqueuses, se portait très bien et vaquait sans trop de fatigue à son travail de femme de chambre. Pas de troubles dyspeptiques ou nerveux, dont elle ait gardé le souvenir.

Au mois de décembre 1886, en voulant soulever sa maîtresse couchée dans une gouttière, elle fit un violent effort qui s'accompagna (elle s'en souvient très bien) d'un craquement (c'est sa propre expression) dans la région de l'hypochondre droit, à droite et en haut de l'ombilic vers les fausses côtes. Sur le moment même, elle éprouva en ce point, vers l'extrémité antérieure de la dixième côte droite, une vive douleur qui disparut bientôt, mais ne tarda pas à reparaître, accompagnée de vives douleurs abdominales, à l'hypogastre surtout, et de vomissements alimentaires. Douze jours après ce traumatisme, les malaises persistant, elle va trouver un bandagiste qui lui donne un bandage herniaire, lequel n'amène aucun soulagement. Les malaises durèrent encore quelque temps : ils consistaient surtout en douleurs hypogastriques et en vomissements, survenant d'une façon assez irrégulière, tantôt dans l'après-midi, quatre ou cinq heures après le repas, tantôt le matin peu après le lever.

Jamais de céphalalgie bien accentuée.

De temps à autre aussi quelques douleurs spontanées à la région lombaire et à l'épigastre, survenant d'une façon irrégulière, mais toujours dans la station debout. Enfin, il arrivait souvent à la malade d'être obligée, durant la journée, d'interrompre son travail et de se reposer : elle éprouvait par moments des faiblesses très marquées. Le sommeil restait régulier.

Depuis plusieurs mois, constipation habituelle, mais, alors même que les selles étaient normales, la défécation s'accompagnait toujours de douleurs très vives; miction également douloureuse. Enfin quelques troubles menstruels et leucorrhée en ces derniers temps.

Il y a quinze jours, peu de temps après son lever, durant son travail, la malade fut prise subitement de violentes douleurs dans la fosse iliaque gauche, l'abdomen se météorisa rapidement et la palpation était absolument intolérable : fièvre, quelques vomissements alimentaires. Ces accidents, survenus deux jours après la cessation de son écoulement menstruel (refroidissement), s'amendèrent au bout de cinq ou six jours, sous l'influence d'un traitement approprié. L'amélioration établie, le médecin, qui avait soigné la malade, examina d'une façon plus approfondie l'abdomen et dut porter le diagnostic d'entéroptose (antérieure à ces accidents aigus intercurrents), si l'on en juge par les prescriptions qu'il fit : ceinture hypogastrique de Glénard, laxatifs chaque matin, alcalins, régime.

Actuellement l'état de la malade est le suivant : facies chloro-anémique, embonpoint bien conservé, téguments pâles, muqueuses très légèrement décolorées, palpitations, vertiges, dyspnée d'effort.

Aucune éruption sur le corps.

Aucun trouble de la mobilité, ni de la sensibilité générale ou spéciale. Aucun des stigmates hystériques.

Cœur : tachycardie; souffle doux systolique occupant toute la région précordiale sus-mammaire. Dans les vaisseaux du cou, souffle continu, léger le long de la jugulaire, avec souffle doux systolique; pas de bruit de diable, souffle oculaire très net des deux côtés.

Rien d'anomal à l'examen des *poumons*.

L'interrogatoire de la malade nous apprend en outre que, depuis quelque temps déjà, elle est constipée (selles dures tous les deux ou trois jours), qu'elle éprouve, durant la station debout, des malaises assez marqués (pesanteur à l'hypogastre, tiraillements à l'épigastre et dans la région lombaire, vertiges, vapeurs), qu'elle n'a cependant ni vomissements, ni troubles notables du sommeil; enfin, elle éprouve très fréquemment, pour ne pas dire toujours, une sensation de faiblesse très marquée, nullement en rapport avec son état général apparent.

L'examen de l'*abdomen* laisse voir une paroi abdominale un peu plus souple qu'on ne l'observe normalement chez les jeunes sujets et surtout chez les nullipares. La palpation est particulièrement douloureuse dans les fosses iliaques droite et gauche, mais on constate, en outre, dans la fosse iliaque gauche, une masse dure, rénitente, peu mobile, non dépressible et douloureuse, qui semble occuper surtout le petit bassin.

La palpation néphroleptique des hypochondres ne révèle ni prolapsus du foie, ni le moindre degré de néphroptose.

La malade, étant debout, a de la peine à rester longtemps dans cette position. Si alors on soulève avec les deux mains l'hypogastre et qu'on le maintienne ainsi soulevé et comprimé un moment, la malade accuse un soulagement très marqué.

La même épreuve, faite dans le lit, amène également un soulagement très net, quoique moins accentué que dans la station debout.

La constipation est moins marquée en ces derniers jours, durant lesquels la malade a pris chaque matin une verrée d'eau laxative.

Les urines donnent, par l'acide azotique, un anneau peu marqué d'albumine.

22 avril. Application de la sangle pelvienne que la malade garde jour et nuit. Laxatifs chaque matin, alcalins, viande rôtie, œufs.

30 avril. Amélioration sensible. La malade se lève et marche sans trop de fatigue. Les selles sont régulières.

Hier soir, la malade, ayant voulu quitter sa ceinture, a ressenti une sensation de faiblesse extraordinaire, avec tendance syncopale et douleurs vives à l'épigastre et à l'hypogastre.

15 mai. L'amélioration se maintient; la malade peut se promener une bonne partie de la journée, même après ses repas. La constipation n'existe plus grâce aux laxatifs pris chaque matin. La station debout n'occasionne aucune fatigue.

La malade est en traitement.

II. Entéroptose puerpérale pure; crises douloureuses violentes; guérison.

(Obervation recueillie par M. Doyon, interne des hôpitaux.)

II. — M... (Marie) trente-sept ans, ménagère, entrée le 1er mai 1888, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le docteur H. Mollière, salle Sainte-Marie nº 12, sortie le 12 mai.

Rien dans ses antécédents héréditaires.

Réglée à quinze ans, l'établissement des règles s'est accompagné de vomissements et de coliques. Elle a eu deux accouchements.

Dès l'âge de vingt-deux ans, la santé de cette femme a été mauvaise. Durant sept années consécutives, elle a souffert de douleurs au niveau de l'estomac. Elle ne pouvait supporter aucune nourriture; elle vomissait tout. Les crises gastriques duraient en moyenne trois heures et se faisaient sentir à l'épigastre et, en arrière, dans le dos, en un point correspondant. La malade avait peu à peu perdu notablement ses forces et était incapable de faire le moindre travail.

Il y a un an et demi, la malade est retombée dans un état analogue pendant quelques mois, puis survint une amélioration qui n'a pas été de longue durée.

Depuis un mois, en effet, elle se plaint de nouveau de malaises semblables : grande faiblesse, impossibilité de marcher vite ou de monter un escalier, sans éprouver des palpitations et de l'essoufflement; anorexie; elle vomit tout ce qu'elle ingère; elle se plaint enfin de douleurs siégeant à l'épigastre et dans le dos, en un point correspondant; douleurs revenant par crises. Le vin et le lait sont en particulier très mal tolérés. Insomnie.

Quand la malade marche, il lui semble que «son ventre tombe». Le décubitus dorsal la soulage. Si l'on applique la main sur l'hypogastre, de manière à ramener en haut et à soutenir la masse intestinale, la malade est notablement soulagée.

On note enfin une surexcitation nerveuse particulière chez cette malade.

La constipation est opiniâtre. Les règles viennent à des époques irrégulières : leucorrhée depuis un mois.

A la palpation, l'épigastre est douloureux, et une plus forte pression du creux épigastrique détermine de très vives douleurs.

Au niveau de la fosse iliaque gauche, en dehors de la région ovarique, on a un autre point douloureux; en ce point on sent très nettement un cordon dur, c'est l'S iliaque.

Au-dessous de l'ombilic, on sent également un autre cordon placé transversalement, c'est le côlon transverse.

Une compression brusque exercée au-dessous de ces cordons détermine un peu de clapotement. Pas de néphroptose. Rien au cœur.

Toucher vaginal : col mou, ramolli, utérus un peu en rétroversion.

La malade est soumise au traitement de M. Glénard : sangle, laxatifs, alcalins et régime spécial.

12 mai. La malade, très améliorée, demande à sortir. Elle déclare que, lorsqu'elle quitte sa ceinture, elle retombe dans son état de malaise antérieur.

2 juin. Depuis sa sortie de l'Hôtel-Dieu, la malade qui continue à suivre exactement les prescriptions qui lui ont été faites, a vu son état s'améliorer d'une façon si notable, qu'elle se dit complètement guérie.

Les selles sont régulières, normales, même sans laxatifs, plus de vomissements ni de crises gastralgiques. Sommeil régulier.

Tout essoufflement a disparu, ainsi que les palpitations.

DES LAVEMENTS D'ŒUFS

Ces lavements, dont la valeur nutritive a été démontrée par de nombreuses expériences du docteur Ewald, sont donnés au nombre de un ou plusieurs par jour. Ils se composent de deux œufs crus bien émulsionnés et dilués avec une petite quantité d'eau salée. On peut également prescrire un mélange d'œufs et de vin rouge dans une solution de sucre de raisin à 10 ou 20 p. 100. Quoi qu'il en soit, la quantité de liquide employé comme véhicule ne doit pas dépasser 250 grammes. On ajoute quelques gouttes de teinture d'opium pour les malades dont l'intestin présente une grande sensibilité.

Ces lavements doivent être injectés, une heure seulement après l'administration d'un lavement évacuant, et lentement, avec une faible pression et aussi haut que possible dans le rectum à l'aide de la sonde de Nélaton. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

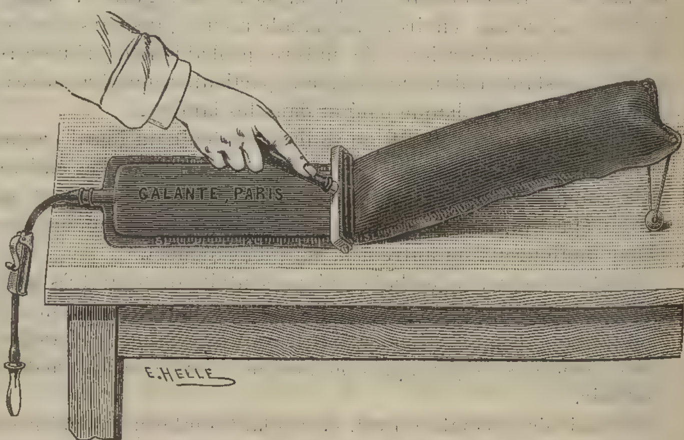
INSTRUMENTS ET APPAREILS

Spiromètre portatif.

Du docteur Maurice Binet (de Saint-Honoré).

Cet instrument essentiellement clinique présente les avantages suivants :

Gradué avec précision, il mesure un centilitre; il est très portatif et solide. Ses dimensions sont : longueur 17 centimètres, diamètre 5 centimètres une fois roulé; d'une grande simplicité d'emploi, il ne nécessite aucun calcul, une lecture sur l'échelle suffit; en quelques minutes l'opération est faite.



Il consiste dans un sac inextensible allongé, en caoutchouc recouvert d'étoffe, avec un tube muni d'une embouchure mobile en verre. Sur les bords du sac une échelle graduée en centilitres.

Pour connaître la capacité pulmonaire on fait souffler le sujet dans l'appareil, on obture le tube avec une pince qui y est adaptée, puis on étend le sac sur une table en bois bien plane, on refoule l'air emmagasiné, vers le fond, au moyen d'un rouleau, et on lit sur l'échelle (à l'endroit où s'arrête le rouleau) la quantité qui y est indiquée, en tenant compte d'un point de repère.

SOUSCRIPTION
EN FAVEUR DE LA VEUVE D'UN CONFRÈRE

TROISIÈME LISTE

MM. les professeurs Dieulafoy	10 fr.
— A. Fournier	100
— Grancher	100
— Barrois (de Lille)	50
MM. les docteurs E. Besnier	20
— Barrault	10
— Blaquart	30
— A. Brochin	20
— A. Coizeau	10
— Fort	100
— Montargis	20
— Pietkiewicz	10
— Portalier	10
MM. Collin (Charrière)	20
Virgile Creté	10
Edmond Fournier, étudiant en médecine	50
E. Hoskier et Cie, banquiers	100
Georges Masson	25
Victor Mercier	20
Deuxième liste	1 068
TOTAL	1 783 fr.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 30 août 1888, a été nommé dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. le docteur Poix, médecin de deuxième classe de la marine, démissionnaire.

— Par décision ministérielle, en date du 29 août 1888, les officiers du corps de santé militaire, dont les noms suivent, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir :

MM. les médecins principaux de première classe Badour, pour remplir les fonctions de sous-directeur de l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires, et pour l'emploi de médecin-chef de l'hôpital du Val-de-Grâce ; Émery-Desbrousses, pour être attaché à l'état-major du gouvernement militaire et de la place de Paris.

M. le médecin aide-major de première classe Arragon, pour le 1er régiment étranger.

— *Hôpitaux de Bordeaux.* — Un concours, pour la place de médecin résidant à l'hôpital Saint-André, s'ouvrira le mardi 4 décembre 1888.

Ne seront admis à concourir que les docteurs en médecine, ayant au moins deux années de doctorat, et les anciens internes des grands hôpitaux, ayant une année au moins de doctorat.

Les inscriptions seront reçues, jusqu'au lundi 5 novembre inclusivement, au secrétariat de l'Administration des hospices, cours d'Albret, 91.

— *Hôpitaux de Lyon.* — Un concours, pour une place de médecin des hôpitaux, s'ouvrira le lundi 18 mars 1889.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Sosthène Dieu, pharmacien-principal de première classe, en retraite, directeur de la santé à Dunkerque, décédé subitement dans cette ville, le 13 août 1888, dans sa quatre-vingt-deuxième année.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Atlas d'anatomie chirurgicale, contenant les principales régions du corps humain, 22 planches de grandeur naturelle avec l'explication très détaillée de ces planches, par le docteur J.-A. FORT, 1 vol. in-4° cartonné planches noires. — Prix : 25 fr. ; planches coloriées, 35 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

La circonvolution de Broca. Étude de morphologie cérébrale, par le docteur HERVÉ, 1 vol. in-8°, avec 10 figures intercalées dans le texte et 4 planches en chromolithographie. — Prix : 6 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

62

PIN D'AUTRICHE DE JOSEPH MACK

PINUS PUMILIO

ESSENCE pour inhalation et fumigation contre affection des voies respiratoires.

EXTRAIT pour bain anti-rhumatismal.

SOLUTION pour frictions fortifiantes et anti-rhumatismales.

CELLULES contre maladies des bronches, poumons et catarrhes vésicaux.

SIROP ET PATE contre Toux, Rhume et maladies catarrheuses.

Inhalateur perfectionné viennois, Flanelle, Ouate, Plastrons, Gants pour frictions.

Dépôt : Ph[ie] M. TALLON, Exiger la signature, 49, avenue d'Antin, Paris. — Envoi franco d'échantillons gratuits. Joseph Mack

80

PANSEMENT ANTISEPTIQUE MÉTHODE LISTER

M. DESNOIX, pharmacien, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, prépare toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode de Lister.

1° La gaze antiseptique **0** fr. **50** le mètre; 2° le catgut n[os] 1, 2, 3, 4, **1** fr. **25** le flacon; 3° le taffetas dit *protective*, **1** fr. **25** le mètre; 4° le macintosh, **5** fr.

Tous ces produits, préparés d'après les formules et les indications du docteur LISTER, offrent toutes les garanties aux chirurgiens.

Sparadrap chirurgical des hôpitaux de Paris, Toile vésicante (action prompte et sûre), Sparadrap révulsif au thapsia, Bandes dextrinées pour bandages inamovibles, Coton hydrophile, Coton hydrophile phéniqué, Coton à l'acide salicylique, Lint à l'acide borique, etc., etc.

66

BLENNORRHAGIE — CYSTITE

ÉCOULEMENTS AIGUS OU CHRONIQUES DE L'URETHRE OU DE LA VESSIE.

PILULES DE KAVA FOURNIER

Ces pilules guérissent en quelques jours, surtout l'état aigu, sans *fatigue pour l'estomac*, ni *renvois*, ni *diarrhée*, ni *odeur des urines*.

Médaille d'or, Paris 1885.

Exiger sur chaque pilule la signature du D[r] FOURNIER, 22, place de la Madeleine, Paris.

4

PEPSINE BOUDAULT

Seule admise dans les hôpitaux de Paris.

Médailles aux Expositions internationales de 1867, 1868, 1872, 1873 et Philadelphie, 1876, première médaille pour *excellence* et *supériorité*.

Dyspepsies, gastrites et gastralgies et autres troubles de la digestion.

Sous forme de :

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 30 grammes. — Dose de 0g,50 à 1 gramme à chaque repas.

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 10 prises de 1 gramme.

Elixir et **Vin de Pepsine Boudault.** — Dose : une cuillerée à bouche.

Pastilles, Dragées, Pilules de Pepsine Boudault. — Dose de 3 à 4.

Exiger le cachet Boudault.

Pharmacie COLLAS, 8, rue Dauphine, Paris.

38

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

42

POUGUES SAINT-LÉGER

Les seules eaux alcalines reconstituantes

Maladies de l'estomac et des intestins, gravelle, diabète, appauvrissement du sang, métrites, leucorrhée, dysménorrhée, chlorose, anémie.

Des caisses sont mises, à titre gracieux, à la disposition de MM. les docteurs. Adresser les demandes, 22, Chaussée d'Antin, Paris.

25

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des Dyspepsies amylacées.

TITRÉE PAR LE D[r] COUTARET.

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a reçu l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon. Académie des sciences de Paris. Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liège, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

GROS : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

83

PASTILLES DU PÉROU LECERF

Au bromhydrate de cocaïne pur.

Ces pastilles, d'un goût agréable, et titrées à 1/2 centigramme de **bromhydrate**, s'emploient avec succès contre : les TOUX NERVEUSES, les GASTRITES, GASTRALGIES, les VOMISSEMENTS DE LA GROSSESSE, etc.

Ph[ie] LECERF, 222, faubourg Saint-Antoine, et toutes pharmacies. — *La boîte : 2 fr.* 50.

36

CACHETS DIGESTIFS H. MOURRUT

PEPSINE ET DIASTASE

Les cachets Mourrut sont la préparation la plus convenable pour administration de la Pepsine et de la Diastase. Ces deux ferments digestifs sont insolubles dans l'alcool, qui les précipite de leur dissolution dans l'eau; on ne doit donc pas les administrer dans un liquide alcoolique (BOUCHARDAT, *Annuaire*, 1880, p. 138).

Ph[ie] CHAMPIGNY, 57, r. Clichy; 10, r. Port-Mahon.

54

TRAITEMENT DES

MALADIES CONSOMPTIVES

PAR LA MUSCULINE GUICHON ET LES POTIONS ALCOOLIQUES graduées (formules du D[r] Fusier) préparées à la Trappe des Dombes (Ain).

S'adresser au Frère Procureur, à Notre-Dame-des-Dombes, par Villars (Ain), et chez tous les droguistes et Pharmaciens.

10

Kalle et C[ie] à Briebrich-sur-Rhin, seuls fabricants

IODOL	ANTIFÉBRINE
Nouvel antiseptique succédané de Iodoforme sans odeur et sans action toxique.	Nouveau fébrifuge déposé en France sous le n° 3884. — Exiger notre marque et étiquette.

Dépôt à Paris chez Martin REINICKE, 39, rue Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie et chez les drog[tes] et commission[res]. — *Brochures sur demande.*

49

PASTILLES HOUDÉ

AU CHLORHYDRATE DE COCAÏNE

Grâce à l'anesthésie qu'elles produisent, nos **Pastilles de chlorhydrate de cocaïne** ne tardent pas à procurer le plus grand soulagement et à calmer les douleurs dans les **maladies de la gorge**, dans les **enrouements**, les **extinctions de la voix**, dans les **laryngites** et les **angines.**

Elles contribuent à faire disparaître les **picotements, chatouillements, et à tonifier les cordes vocales**; très utiles pour combattre le mal de mer, vomissements, les maladies de l'œsophage et de l'estomac en facilitant la déglutition.

DOSAGE. — Chacune de nos pastilles renferme 2 milligrammes de chlorhydrate de cocaïne.

MODE D'EMPLOI. — De 6 à 12 par jour suivant l'âge; les prendre une heure avant les repas.

Dépôt : A. HOUDÉ, 42, r. f[g] St-Denis, Paris et ph[ies].

43

Eau minérale

ARSENICALE, FERRUGINEUSE, MAGNÉSIENNE

FARETTE

Anémie, gastralgie, convalescence, maladies de la peau.

22, rue du Quatre-Septembre, Paris.

47

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la secrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraine le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l urèthre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

65

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

67

ANTIPYRINE (CACHETS LIMOUSIN)

NOUVEL ANTIPYRÉTIQUE ÉNERGIQUE.

4 à 6 cachets amènent un abaissement de température de 2 à 4 degrés 1/2.

L'étui de 20 cachets de 0,50[cgr]. . . . *5 fr.*

1/2 étui de 10 cachets . . . . *2 fr. 50*

Ph[ien] ✻, 2 *bis*, r. Blanche, Paris. Envoi par poste.

33

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

VIN DE BAYARD A LA PEPTONE PHOSPHATÉE

contient moitié de son poids de viande et 0[gr], 20 *de chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée.

96

Gouttes, Gravelles,

Coliques hépatiques, néphrétiques, Cystite

CONTREXÉVILLE

SOURCE DU PAVILLON

seule décrétée d'intérêt public.

Dépôt central : ADAM, b[vard] des Italiens, 31, Paris.

Exiger la source du **Pavillon.**

46

VICHY, PASTILLES DIGESTIVES

Fabriquées à Vichy, avec les Sels extraits des Eaux. Elles sont d'un goût agréable et sont prescrites contre les aigreurs et les digestions difficiles.

Boîtes de 1, 2 et 5 fr.

SELS DE VICHY POUR BAINS

Le rouleau pour un bain, 1 fr. 25.

SUCRE D'ORGE DE VICHY

Excellent Bonbon digestif. Boîtes de 1, 2 et 3 fr.

Exiger sur les produits ci-dessus les marques de la Compagnie.

A Paris, 8, boulevard Montmartre; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré, où se trouvent à prix réduits toutes les eaux minérales naturelles sans exception.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 5 septembre 1888.

Nous recevons de M. Desprès, chirurgien de la Charité et membre du Conseil municipal de la ville de Paris, la lettre suivante :

Paris, le 4 septembre.

MONSIEUR LE DIRECTEUR,

Il n'y a plus grand chose à dire sur les déplorables effets du renvoi des sœurs des hôpitaux; mais puisqu'il paraît que, malgré les lois et les droits acquis, certaines personnes du Conseil de surveillance des hôpitaux, profitant de l'absence du plus grand nombre de ses membres, veulent tenter de faire renvoyer les Sœurs Augustines de l'Hôtel-Dieu, il n'est pas sans intérêt de mettre sous les yeux de vos lecteurs quelques faits instructifs que l'administration de l'Assistance publique passe volontiers sous silence.

La laïcisation de l'hôpital de la Charité a été effectuée le 23 janvier dernier, et il nous a été donné d'en vérifier par nous-même les très réels inconvénients que nous avions trop prévus. Sans insister sur les défauts connus du nouveau personnel, inexactitude, manque d'ordre et de propreté, absence presque continuelle des salles, excepté aux heures de visite, désordre du linge et des instruments de chirurgie, il me suffira de dire que, sur cinq surveillantes laïques qui m'ont été successivement données, en moins de trois mois, deux ont dû être déplacées à la suite de défauts d'attention qui ont coûté la vie à deux de mes malades, que j'ai dû me contenter, enfin, d'anciennes infirmières dressées par des sœurs et qui, au moins, savaient retourner, nettoyer et couvrir un malade.

Quant à la dépense et au coulage, ils n'ont plus de bornes. Là où il y avait jadis une sœur, on a placé deux infirmières laïques. Dans un de nos services même, on en a ajouté une troisième, et cela n'a pas encore suffi. Ces trois dames ont déclaré qu'elles avaient trop de travail et ont obtenu du directeur de l'hôpital qu'on leur adjoignît une quatrième infirmière laïque. Voilà comment à la « Charité » on a remplacé *une sœur*.

Mais le pire de la situation est que nombre de femmes, qui sortent de l'École d'infirmières laïques et qu'on nous envoie, sont des protégées de conseillers municipaux et même de députés, qu'elles le disent assez insolemment à nos élèves, et que, de ce chef, elles se croient tout permis. Quelques-unes, d'ailleurs, si mes renseignements sont exacts, sont femmes ou parentes d'électeurs influents, naturellement partisans de la laïcisation.

Cela, du reste, montre la question sous un jour un peu nouveau, et la nécessité du retour des Sœurs dans les hôpitaux va de plus en plus s'imposer.

Veuillez agréer, etc.

Dr ARMAND DESPRÈS,
Chirurgien à l'hôpital de la Charité,
Conseiller municipal.

P.-S. — Trois jours après le départ des Sœurs, un avis a été placardé dans les couloirs de l'hôpital de la Charité et à la porte des salles de malades. Il portait en substance : *Les malades sont prévenus qu'ils n'ont point d'argent à donner aux personnes qui les soignent*. L'administration présentait ainsi aux pauvres son nouveau personnel, et rendait, de la sorte, aux Sœurs hospitalières, un hommage involontaire, plus grand encore peut-être que ceux que nous leur avons rendu.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Verneuil a présenté à l'Académie un appareil particulier de sondes conductrices, d'olives dilatatrices et de sondes alimentaires, pour les malades atteints de rétrécissements œsophagiens, appareil qu'il a imaginé en collaboration avec M. Colin, notre habile fabricant, et qui a donné jusqu'ici d'excellents résultats. Il a fait connaître ensuite une intéressante observation de M. Suarez de Mendoza, dans laquelle ce médecin a très heureusement combiné l'emploi de cet appareil Colin-Verneuil avec le panier de Graefe, pour l'extraction d'un corps étranger de l'œsophage. Il y a véritablement dans l'emploi de ces instruments une très précieuse ressource, non seulement pour l'extraction des corps étrangers, mais aussi pour l'alimentation des malades, ce qui permet de multiplier et d'espacer autant qu'on veut les explorations et les tentatives d'extraction dans les cas difficiles, comme celui de M. Suarez de Mendoza.

Nous avons publié, dans la *Gazette des hôpitaux*, de nombreux cas d'ablation de corps étrangers de l'œsophage à l'aide de l'instrument de Graefe. Mais c'est la première fois, ainsi que l'a fait observer M. Verneuil, qu'on a recours à la combinaison des deux instruments, celui de M. Verneuil facilitant singulièrement l'application de celui de Graefe.

M. Lancereaux a terminé la lecture de l'important mémoire sur la filariose, qu'il avait commencée dans l'avant-dernière séance. C'est une histoire aussi complète que possible de cette singulière affection déterminée par la *filaria sanguinis hominis*.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. VERNEUIL.

I. Pelvicellulite consécutive à la rectotomie. — II. Opération complémentaire de l'anus contre nature.

I. Je vous ai parlé, dans ma dernière leçon, d'un malade que j'allais réopérer pour un rétrécissement du rectum dont le début remontait au moins à une dizaine d'années (1). Cet homme, à la suite d'une première rectotomie, était resté pendant trois ans dans de très bonnes conditions. Et c'est l'année dernière seulement, qu'il avait été repris de nouveaux accidents dus à la reproduction dudit rétrécissement (douleurs, coliques, épreintes, difficultés d'aller à la selle). Il était alors entré à la Charité où, d'après ce qu'il nous a raconté, l'opération qui lui avait été faite, sous le chloroforme, n'avait produit qu'un soulagement passager, de très courte durée.

Aussi, souffrant de nouveau, il était entré récemment dans mon service. Après m'être assuré par un dernier examen qu'il s'agissait bien d'une rectite chronique, d'un épaississement de la muqueuse rectale, compliquée d'une petite communication entre la vessie et le rectum, j'ai pratiqué un large débridement de son rétrécissement.

Les choses allèrent bien tout d'abord, puis la température du malade s'est élevée assez brusquement, sans que j'en puisse trouver la cause véritable. J'ai sondé la vessie, l'urine retirée était parfaitement limpide, ne contenant aucune matière fécale, et j'ai fait faire des pulvérisations antiseptiques sur la région périnéale. J'ai obtenu assez promptement une diminution de la température, mais cet abaissement ne s'est pas maintenu, la température s'est relevée de nouveau.

Aujourd'hui le ventre est très douloureux, il y a un peu de tympanite, le malade se plaint d'un point de côté, il présente un état de souffrances générales prononcé, et la température est à 40 degrés. Il va à la selle, rendant des matières fécales qui paraissaient avoir longtemps séjourné dans l'intestin. Le fait, d'ailleurs, est ordinaire dans le cas de rétrécissement intestinal ; je me rappelle, entre autres observations, celle d'une femme qui fut opérée pour un rétrécissement de l'intestin, et qui mit six semaines à le vider des matières fécales qu'il contenait.

Peut-être cette rétention des matières serait-elle la cause des accidents éprouvés par mon malade; mais peut-être aussi s'agit-il de quelque phlegmon diffus du petit bassin consécutif à l'opération pratiquée sur le rectum, à l'ouverture de quelques loges celluleuses, situées entre la paroi postérieure du rectum et la face antérieure du sacrum, d'où la formation possible d'abcès dans le tissu périrectal.

En résumé, je redoute vivement qu'il se soit produit, à la suite de mon opération de lundi dernier, quelque pelvicellulite. Le malade, quoique très pleurard, très plaignard de sa nature, souffre réellement, et ses plaintes sont bien le résultat de souffrances réelles; de plus il paraît plongé dans un état de prostration assez profond. Le ventre est douloureux, comme je vous le disais tout à l'heure, il est ballonné, il y a de la tympanite. Mais cet homme n'a pas eu jusqu'à présent de vomissements, il n'y a pas non plus, chez lui, de suppression des urines. En somme, notre malade n'a pas de péritonite véritable, mais peut-être de ce que j'appellerai une sorte de péritonite externe, c'est-à-dire une inflammation du tissu cellulaire voisin et retentissant sur le péritoine. Un excellent travail sur ces pelvicellulites, que je vous recommande de lire, est celui qui a été publié il y a quelques années par M. Bouilly.

Contre les accidents dont notre malade souffre actuellement, nous sommes malheureusement à peu près désarmés, et notre pronostic est forcément grave. Tout ce que nous pouvons faire pour lutter contre cet état morbide, c'est de continuer à désinfecter la plaie à l'aide de pulvérisations antiseptiques; de faire des frictions sur l'abdomen avec l'onguent napolitain belladoné; et de recouvrir ensuite le ventre de quelques couches d'ouate, afin de maintenir une température égale. Je ferai également administrer un purgatif, pour évacuer plus facilement l'intestin des matières fécales qui y séjournent peut-être encore.

De ce fait il ne faudrait pas conclure que la rectotomie est une opération dangereuse. En général, elle est bénigne, au contraire; cependant on enregistre de temps à autre quelques cas de mort, d'ailleurs fort rares. Ces terminaisons néfastes reconnaissent généralement pour cause un mauvais état du tissu cellulaire du petit bassin.

Et du reste, si l'opération que j'ai pratiquée chez ce malade était incriminée, je répondrais en demandant quelle autre opération que la rectotomie j'aurais pu exécuter. La colotomie? Elle a été préconisée en Angleterre où elle est très pratiquée, notamment dans les cas de fistule recto-vésicale, comme chez mon malade. Elle a été recommandée aussi, en France, par M. Duménil (de Rouen), qui l'a faite chez une femme atteinte de fistule recto-vaginale.

Peut-être aurais-je aussi tenté de faire cette opération de l'anus iliaque, si j'avais été bien convaincu de l'existence d'une communication de l'intestin avec la vessie. Je ne dis même pas que, si nous avions la chance de voir notre malade se rétablir des accidents auxquels il est en proie, et qu'il s'agisse seulement d'un engorgement stercoral, suite de son rétrécissement, je ne songerais pas à faire la colotomie iliaque. Mais aujourd'hui, avec ses 40 degrés de température, je n'ai bien entendu pas à y penser.

II. J'ai deux opérations à faire ce matin : la première est celle d'une vieille femme, qui a déjà subi plusieurs opérations pour un anus contre nature consécutif à une hernie étranglée. La suture avait manqué, et quand j'ai repris mon service j'ai pu reconnaître que l'échec de l'opération tenait à une mauvaise disposition de l'éperon.

Depuis lors, à trois reprises différentes, j'ai appliqué la pince sur cet éperon, mais sans aucun succès, car cet éperon, au lieu d'être vertical, étant oblique, les matières fécales ne pouvaient pas le contourner. J'ai dû, par suite, élargir l'ouverture cutanée, et cela a déterminé quelques accidents ; mais la malade a été très rapidement soulagée. Aujourd'hui qu'elle va bien, je vais, pour terminer cette opération de l'anus contre nature, aviver les bords de son ouverture.

Il s'agit encore, dans la seconde opération que je vais pratiquer, de la cure d'un anus contre nature, chez un homme dont aujourd'hui la guérison serait tout à fait réalisée, s'il n'était resté d'abord un petit pertuis. Depuis, la suture s'est désunie et nous avons eu une plaie comme antérieurement, mais actuellement elle se rétrécit d'elle-même. Je vais donc, après avoir endormi mon malade, faire, ici encore, une opération complémentaire. Il doit certainement y avoir quelque chose du côté de l'épe-

(1) Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 680.

ron, car cet homme a des alternatives de rétention des matières fécales et de débâcles, qui amènent des déchirures de son anus artificiel.

J'espère d'autant plus obtenir un succès qu'il existe, dans le cas actuel, une très large communication entre les deux bouts de l'intestin.

LA FILARIOSE.

Par M. le docteur Lancereaux, médecin de l'hôpital de la Pitié.

La filariose est l'ensemble des désordres pathologiques, résultant de l'infection de l'organisme par la *filaria sanguinis hominis*. Depuis ma dernière communication j'ai observé deux nouveaux cas dont voici le résumé.

1° Malade de vingt-trois ans, originaire de Bourbon. Neuf mois après avoir quitté Bourbon, en janvier 1885, il s'aperçut pour la première fois de tuméfactions dans les aines. En mai 1885, première apparition d'urines laiteuses; cet accident dura peu. Nouvel accès de chylurie avec urines sanguinolentes, en décembre 1887. En juin 1888, ganglions inguinaux et axillaires, varices lymphatiques. L'examen du sang révèle la présence de filaires, mais seulement quand il est pratiqué le soir.

2° Vingt et un ans, né à Haïti. En décembre 1886, urines chyleuses. Cet état se prolongea jusqu'en janvier 1888, où l'hématurie vint s'ajouter à la chylurie. Depuis, la chylurie ne disparait pour ainsi dire jamais, les urines du matin sont toujours laiteuses, parfois celles de l'après-midi sont absolument normales. Les fatigues augmentent la chylurie, le repos, au contraire, la diminue. Les filaires ont été constatées dans le sang, le soir vers neuf heures.

A cette observation, communiquée par M. Audain, interne des hôpitaux, est jointe une note du docteur Audain, son père, qui a longtemps exercé la médecine à Haïti, et a observé quatre cas de chylurie qui présentent avec les nôtres la plus grande ressemblance.

Lésions anatomiques. — La filaire sanguine semble habiter de préférence les vaisseaux lymphatiques, et en particulier ceux de la région inguinale; les lésions qu'elle y provoque sont tout à fait spéciales et caractéristiques. Les premières descriptions anatomiques nous ont été données par Amussat, Nélaton, Trélat et Stephen Mackensie; elles concordent absolument entre elles, et vont nous permettre de tracer le tableau des lésions.

Ces lésions débutent assez ordinairement par les vaisseaux et les ganglions lymphatiques, qui occupent le triangle de Scarpa, néanmoins elles peuvent se montrer ailleurs. Recouverts par une peau normale, les ganglions sont enveloppés d'une atmosphère graisseuse qui les unit et donne, à l'ensemble de la masse, l'apparence d'une tumeur unique surmontée de bosselures. Reliés entre eux par des troncs variqueux, ces organes offrent un aspect différent, suivant qu'ils sont remplis et gonflés par la lymphe, ou vidés et affaissés. Dans le premier cas, ils se montrent à l'œil nu sous la forme d'amas de canaux pelotonnés et noueux, d'un volume qui varie de la grosseur d'une petite amande à celui d'une pêche; dans le second, ils sont vides, mous, flasques et bosselés, comme les vésicules séminales. Les deux substances ganglionnaires restent assez généralement distinctes. Les parois des sinus et les trabécules se font remarquer par une épaisseur assez considérable, tandis que les follicules de la pulpe ganglionnaire sont atrophiés, et ne se rencontrent que dans les interstices des vaisseaux et dans l'épaisseur des trabécules, quand ils n'ont pas disparu.

En somme : dilatation des vaisseaux intra-glandulaires avec hypertrophie de leurs parois, disparition de l'élément adénoïde de la glande qui se transforme en un tissu réticulé et caverneux, semblable au tissu des tumeurs érectiles. Mais l'état de ces glandes est toujours accompagné d'altérations semblables des vaisseaux lymphatiques en amont et en aval de la tumeur.

L'altération des vaisseaux lymphatiques profonds fait généralement suite à celle des ganglions inguinaux. De ces glandes, elle gagne les vaisseaux qui passent sous l'arcade crurale, les glandes iliaques, puis tout le système lymphatique intra-abdominal. Elle se présente sous la forme de masses arrondies, un peu allongées et pelotonnées, composées de conduits entrelacés sans ordre apparent. Des vaisseaux lymphatiques dilatés relient ces masses entre elles. Elles vont se rendre les unes au hile du rein, les autres au canal thoracique. Les ganglions lymphatiques ont disparu, les vaisseaux sont dilatés, présentant une forme tantôt cylindrique, tantôt ampullaire, de sorte qu'on ne distingue plus que des traînées de vaisseaux anastomosés et dilatés jusqu'au diaphragme et parfois au-dessus.

Les lésions des vaisseaux lymphatiques superficiels coexistent le plus souvent avec celles des vaisseaux profonds; aussi est-ce ordinairement aux aines et au scrotum qu'on les observe; cependant elles ont été rencontrées en d'autres points. Aux aines, elles se présentent parfois sous forme de petites phlyctènes translucides qui, en se déchirant, laissent écouler la lymphe. Tilbury Fox et Forquhar ont constaté, dans ce liquide, l'existence de la filaire sanguine décrite par Lewis, et ils attribuent les lymphorrhagies à des obstructions vasculaires causées par le parasite.

C'est le plus souvent au scrotum qu'on rencontre les dilatations lymphatiques superficielles, elles sont la cause de l'affection décrite sous le nom de lympho-scrotum. On a trouvé des filaires adultes au niveau de ces lésions. P. Manson y a même rencontré la femelle de filaire. Cette femelle est vivipare, et les embryons, après avoir cheminé dans le système lymphatique et traversé les ganglions, arrivent dans le sang. Le lympho-scrotum est accompagné de lésions éléphantiasiques; même quelques auteurs, parmi lesquels P. Manson, croient que toutes les lésions éléphantiasiques des régions tropicales peuvent être attribuées à la filaria sanguinis. Sans vouloir aller aussi loin, il serait possible de croire que la filaire est réellement la cause de certains éléphantiasis des jambes, qui accompagnent et complètent le lympho-scrotum.

Le mécanisme des désordres que nous venons de décrire est aisé à comprendre, étant donné le siège de la filaire adulte dans les vaisseaux lymphatiques, notamment en amont des ganglions. Ce parasite, les embryons et les œufs qu'il déverse dans la lymphe, obstruent plus ou moins complètement les vaisseaux lymphatiques dont ils amènent la dilatation variqueuse. Par suite, la lymphe stagne dans les mailles du tissu cellulaire sous-cutané, puis dans la peau qu'elle irrite, et, de là, l'épaississement et l'induration de ces parties avec ou sans épanchement de lymphe.

Le liquide qui s'écoule présente tous les caractères de la lymphe; il varie beaucoup comme quantité.

Les cavités séreuses, pour être plus rarement lésées que les tissus et les ganglions lymphatiques, n'offrent pas moins, dans quelques cas, des épanchements chyleux ou lymphatiques. La tunique vaginale, le péritoine, la plèvre, sont, par ordre de fréquence, celles où l'on observe ces épanchements.

La plupart des cas d'hydrocèle chyleuse se rapportent à des individus qui ont séjourné dans des localités où la filaire du sang est endémique. Cette hydrocèle est ordinairement double et semblable des deux côtés. Elle peut acquérir le volume d'une grosse poire. Tous les cas d'ascite chyleuse — cette ascite constituée par l'épanchement dans la cavité péritonéale, d'un liquide semblable à une émulsion d'amandes et qui a sa source dans les vaisseaux chylifères ou lymphatiques — ne peuvent pas être rapportés à la filariose; mais il est probable, d'après les autopsies, et notamment d'après celle du malade de Lewis, que l'ascite chyleuse est le plus souvent d'origine parasitaire. Du reste, un fait recueilli par Winckel, dans lequel il s'agissait d'une femme arrivant de Surinam, ne peut laisser aucun doute à cet égard, puisque le liquide ascitique renfermait un nombre considérable d'embryons de filaires.

Jusqu'ici, je ne connais pas d'épanchement du péricarde ou de

la plèvre qui ait été rattaché à la filariose. L'habitat ordinaire de ce parasite étant connu, il est facile de comprendre que ces épanchements doivent être plus rares que ceux du péritoine et de la tunique vaginale. Cependant, dans le cas de Willis, il survint à la fin de la vie un épanchement pleurétique, dont le liquide, examiné à l'autopsie, présentait tous les caractères des épanchements chyleux.

Dans le sang, on constate la présence des embryons de la filaire. Cet embryon, qui a la forme d'un petit serpent, s'agite vivement sans s'avancer parmi les corpuscules sanguins. Il est très long par rapport à son épaisseur; l'extrémité antérieure est mousse ou légèrement effilée et présente parfois un point brillant qui est probablement l'orifice buccal. L'extrémité postérieure ou caudale, progressivement amincie, est terminée en pointe.

Les mouvements ont pu être constatés par nous pendant vingt heures dans des préparations auxquelles on avait ajouté un peu de glycérine. Le nombre des filaires peut être très considérable. D'après Mackensie, il pourrait atteindre plusieurs millions. Il est difficile que, dans ces conditions, le liquide sanguin ne soit pas modifié; cependant nous n'avons pas trouvé les globules sanguins altérés.

Symptômes. — Le premier symptôme est presque toujours la tuméfaction des ganglions iliaques. Cette tuméfaction est symétrique, parfois plus développée à gauche. Ces ganglions forment des saillies irrégulières dont l'ensemble peut acquérir le volume du poing. La peau qui les recouvre est blanche, fine, souple, exempte d'adhérences. La consistance de la masse rappelle celle qui est propre à certains lipomes. Le point pressé par le doigt s'affaisse, mais jamais la réduction n'est complète, de sorte que ces tumeurs ressemblent à des hernies épiploïques, à des lipomes, à des tumeurs érectiles veineuses; c'est pourquoi elles ont été si souvent confondues avec ces affections. A cette tuméfaction des ganglions iliaques, s'ajoutent des varices lymphatiques que nous avons décrites plus haut.

La tuméfaction ganglionnaire est un symptôme fréquent sinon constant, limité le plus souvent aux glandes inguinales. Jusqu'ici, on n'a pas cherché à constater, par le palper abdominal, l'existence des ganglions tuméfiés; il y aurait pourtant là une source d'informations.

Tous les autres appareils sont intacts.

La fonction urinaire, par contre, est fréquemment altérée. Les urines passent tout à coup de la limpidité parfaite à un état trouble, lactescent, ou bien elles deviennent blanches, semblables à une émulsion de graisse, et souvent, elles tiennent en suspension un reste de caillot fibrineux. Cependant, ce n'est que dans un petit nombre de cas qu'elles sont exclusivement laiteuses; le plus souvent, elles contiennent en même temps un peu de sang qui, suivant son abondance, leur donne une coloration variable.

L'aspect et la coloration de l'urine peuvent varier d'un jour à l'autre, aux différentes heures de la journée et jusque dans la même miction. L'urine est également plus altérée pendant les chaleurs, à la suite des fatigues; pendant le froid, à la suite des repas. La quantité rendue en vingt-quatre heures reste normale : la réaction est généralement acide.

On trouve dans l'urine des caillots fibrineux, de la graisse. On y rencontre également des hématies et des éléments lymphatiques semblables à ceux de la lymphe et du sang.

La filaire n'existe guère dans l'urine que quand il y a hématurie; alors elle se montre surtout dans les caillots : on ne trouve guère que des embryons, et fort rarement des filaires adultes.

Souvent le parasite ne peut pas être constaté dans le sang des malades pendant le jour, mais alors il s'y montre le soir, le nombre de filaires augmente jusqu'à minuit, puis diminue, et les filaires disparaissent vers six heures, comme si l'existence des hématozoaires était en rapport inverse de l'intensité de la lumière solaire. Mackensie prétend avoir vu changer l'heure de migration des filaires en changeant les habitudes de son malade; je n'ai rien observé de semblable.

La fièvre est rare dans la filariose; elle ne coïncide guère qu'avec certaines poussées rénales et des complications phlegmasiques, cutanées ou autres.

La filariose commence en général par la tuméfaction des ganglions inguinaux, ce qui est en parfait accord avec ce que l'on sait des mœurs du parasite. Peu à peu les lésions s'étendent comme nous l'avons déjà dit. La présence de la femelle de la filaria sanguinis dans les ganglions inguinaux suffit certainement pour infester la masse du sang.

Le temps qui s'écoule entre la présence de la filaire dans l'organisme et la tuméfaction des ganglions inguinaux n'a pas jusqu'ici été déterminé; il en est de même de la durée de la période d'incubation de l'hémato-chylurie.

Une fois développée l'hémato-chylurie est franchement intermittente, elle se renouvelle souvent au bout de quelques semaines, de quelques mois, et même de plusieurs années, mais en général à l'occasion d'une fatigue ou d'un excès.

La filariose est une maladie de longue durée; on a vu des malades, qui en étaient atteints depuis bien des années, mourir à un âge avancé. La guérison est pour ainsi dire la règle, elle se produit dans des conditions diverses dont l'émigration est une des mieux établies.

Ce n'est que sous l'influence de lésions lymphatiques agissant sur un système déjà altéré qu'on a vu la mort survenir.

Diagnostic et pronostic. — En présence d'une hémato-chylurie endémique, l'idée d'une affection parasitaire se présente naturellement à l'esprit. Or, deux parasites seulement sont aptes à produire ce désordre, la filaire hématique et le distôme hématobie; il s'agit de déterminer celui des deux qui est en cause. Un seul de ces parasites donne lieu à des tuméfactions ganglionnaires, à des dilatations des troncs lymphatiques, à des épanchements chyloïdes, c'est la filaire. Dans le cas où ces symptômes coexistent il faut donc penser à la filaire, et pour être complètement éclairé il suffit de la chercher au moment opportun, c'est-à-dire à la tombée du jour. Cet examen du sang est toujours indiqué, dans les conditions dans lesquelles peut se développer la filariose, chaque fois qu'il existe une tumeur inguinale, il est d'autant plus important qu'il met à l'abri de toute erreur de diagnostic, surtout dans les cas où il n'existe pas d'autre signe pouvant faire penser à la filariose.

La mort en somme est rarement la conséquence directe de la filariose; et lorsqu'elle survient au cours de cette maladie, c'est le plus souvent à la suite de lésions inflammatoires des vaisseaux et des ganglions lymphatiques et du tissu sous-cutané. Le docteur Mazaé Azema a reconnu que, quand la mort arrive, elle est presque toujours le résultat de l'infection purulente.

Étiologie. — Jusque dans ces derniers temps, les symptômes dépendant de la filariose, bien que coïncidant entre eux, avaient été considérés comme autant d'affections distinctes. Certains auteurs avaient bien reconnu une relation entre ces symptômes, mais leurs rapports, leur genèse restaient des plus compliqués. Grâce aux recherches de Lewis, de P. Manson, de Wucherer, de Bancroft, ce lien nous est aujourd'hui connu. La découverte de la filaire hématique de l'homme est attribuée à Wucherer. Cependant il faut la revendiquer pour Demarquay, qui en constata l'existence dans une tumeur du scrotum, trois ans avant Wucherer, en 1863. La description de Demarquay, qui est des plus précises, ne laisse aucun doute sur ce sujet. Depuis, les filaires ont été successivement décrites dans les urines par Lewis, Salisbury, Crevaux, Cobbold, dans l'Inde, en Amérique, à Port-Natal.

Les choses en étaient là quand, en 1872, Lewis constata la présence des filaires dans le sang, et leur imposa le nom de *filaria sanguinis hominis*. Cet auteur ne tarda pas à remarquer les rapports qui existent entre ce parasite et la chylurie, l'éléphantiasis et les varices lymphatiques du scrotum. Bientôt après, P. Manson s'appuyant sur les faits connus d'un hématozoaire du chien, semblable à celui de l'homme, la *filaire immitis*, n'hésita pas à avancer que la cause des accidents devait être la présence de la filaire adulte jusqu'alors inconnue. Bancroft, en 1878, rencontra ce

parasite qui fut bien étudié par Spencer Cobbold, puis par Lewis, Manson, Aranjo.

Une question restait à résoudre, celle de l'origine de ce parasite. Les auteurs pensèrent que les moustiques pouvaient absorber ces embryons en suçant le sang des sujets qui en étaient atteints. Manson vérifia l'exactitude de ce fait et étudia les modifications subies par le parasite dans l'estomac du moustique. Il reconnut que toutes les espèces de moustiques des tropiques n'étaient pas aptes à contribuer à l'évolution de la filaire, mais qu'il en est une dont les habitudes nocturnes, la distribution géographique conduisent à considérer comme venant spécialement en aide à la filaire dans le cycle de son évolution. La femelle seule jouit de cette propriété, et comme, après sa ponte, cet insecte va mourir dans l'eau, il est facile d'expliquer l'endémicité de la filaire dans les lieux humides, sur les plages basses, auprès des lagunes marécageuses et, en général, dans toutes les localités soumises au voisinage des eaux stagnantes. De là est née, sans aucun doute, l'idée que certaines formes d'érysipèle et d'éléphantiasis, vraisemblablement dues à la filaire, pouvaient reconnaître pour cause le miasme paludéen.

Une fois développé dans le tube digestif du moustique, l'embryon de filaire se nourrit dans l'eau, il peut être alors absorbé et se fraye une route à travers les tissus jusqu'aux vaisseaux lymphatiques, son habitat ultime.

Ce séjour peut être très long, mais cependant il est limité et en fin de compte filaire adulte et embryons finissent par succomber.

Prophylaxie et thérapeutique. — La prophylaxie de la filariose découle naturellement des données fournies par l'étiologie. L'eau étant le véhicule de la filaire doit avant tout attirer l'attention des médecins. L'eau doit toujours être, dans les pays à filaires, bouillie et filtrée.

La thérapeutique de cette maladie est des plus obscures à cause sans doute de l'ignorance où nous étions jusqu'ici de sa nature. Evidemment, il s'agit d'un parasite à détruire, mais son siège, dans les lymphatiques et dans le sang, le rend bien difficile à attaquer. Le problème thérapeutique n'est pas de combattre les embryons si nombreux qu'ils soient, mais bien de s'opposer à leur génération et de détruire les femelles adultes. Or, il est reconnu que ces dernières ont leur habitat dans les vaisseaux lymphatiques, souvent en amont des ganglions, par conséquent c'est vers ces points que doit porter l'effort thérapeutique. J'avais pensé à injecter dans les ganglions lymphatiques certaines substances parasiticides, mais le danger des lésions du système lymphatique dans ces conditions m'ont rendu prudent. Cependant c'est dans ce sens qu'il faudra chercher la véritable indication.

Jusqu'ici l'hydrothérapie, unie aux frictions d'onguent mercuriel au niveau des ganglions inguinaux, a seule donné des résultats qui paraissent avantageux, au moins chez le malade que j'ai présenté à l'Académie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 septembre 1888. — Présidence de M. Hérard.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Un pli cacheté, envoyé par MM. Delorme et Chavasse;

2° Un pli cacheté, sur un nouveau procédé d'injection des veines, envoyé par M. Lejars, prosecteur à la Faculté.

COMMUNICATIONS

Corps étrangers de l'œsophage. — M. **Verneuil** rappelle que dans une récente communication (voir *Gaz. des hôp.*, 1888, p. 717), M. Kirmisson, en parlant des avantages d'un instrument particulier, l'avait qualifié d'appareil Verneuil. La paternité en est partagée par M. Colin. Voici en quoi consiste cet appareil : on introduit dans l'œsophage une sonde de baleine ; on applique à l'extrémité de cette sonde une sonde molle. On sent ainsi où l'on est et ce que l'on fait, et il est impossible de faire une fausse route. Une fois le rétrécissement franchi on prend une olive creuse qu'on visse sur un conducteur métallique, et on fait filer cette olive sur le conducteur Colin-Verneuil. On pénètre ainsi dans l'estomac et on dilate le rétrécissement.

Outre ces avantages, on peut encore, avec cet instrument, alimenter le malade. On fait filer sur le conducteur une sonde creuse et on alimente le malade avec la plus grande facilité. Cela fait, la sonde est aisément fixée dans les fosses nasales et pendant des mois entiers si c'est nécessaire.

M. Verneuil présente ensuite une observation due au docteur Suarez de Mendoza (d'Angers), dans laquelle ce médecin fit une application très heureuse de l'appareil Colin-Verneuil. Le 9 février dernier, M. Suarez fut appelé auprès d'une dame qui avait avalé un os de bœuf. Il reconnut d'abord la présence du corps étranger situé à 11 centimètres de l'orifice supérieur de l'œsophage ; il essaya de passer une sonde et de repousser le corps, mais en vain. Il eut alors l'idée d'employer la sonde Colin-Verneuil; il passa successivement les sondes numéros 1 et 2, espérant ébranler le corps étranger. Ne pouvant y réussir, il passa la sonde, séance tenante, et put du moins alimenter la malade.

Le lendemain il recommença avec le panier de Graefe. Celui-ci se trouvant arrêté il creusa une petite gouttière sur ce panier et le fit filer sur le conducteur. Il essaya ensuite mais sans succès d'extraire le corps étranger. Il laissa alors le panier de Graefe dans cette situation, passa une olive au-dessus du corps, tira légèrement à lui et ramena ainsi les trois objets réunis.

C'est là une combinaison heureuse du panier de Graefe et de la sonde Colin-Verneuil ; c'est le premier exemple dans la science et M. Verneuil demande l'insertion de cette observation dans le bulletin.

M. **Larrey** a vu, dans le service de Dupuytren, un exemple analogue à celui que vient de citer M. Verneuil. Il s'agissait d'un homme qui avait avalé une pièce de 5 francs. Il fut amené dans l'amphithéâtre au moment où Dupuytren terminait sa leçon ; Charrière, qui se trouvait là, alla chercher le panier de Graefe, qui fut introduit avec la plus grande facilité par Dupuytren dans l'œsophage, et aussitôt la pièce fut amenée au dehors comme par escamotage. Cela fut fait avec une telle dextérité que tous les assistants applaudirent et s'attirèrent même une sévère observation du maître. Il est intéressant de rapprocher ce fait de celui où M. Suarez de Mendoza fit une si heureuse application de la sonde de M. Verneuil, combinée avec le panier de Graefe.

Du vertige marin. — M. **Pampoukis** (d'Athènes) lit un travail qu'il résume dans les conclusions suivantes :

1° La plupart des animaux sont susceptibles du vertige marin, mais ne vomissent que rarement ;

2° Les chiens souffrent énormément. On observe chez eux la dilatation des pupilles, la perte de l'équilibre, l'inappétence et le tremblement des muscles ;

3° Les respirations deviennent, au début du balancement, plus fréquentes et moins amples ; mais, peu de temps après, le contraire arrive ;

4° Les lapins, pendant le balancement, présentent à peu près les mêmes symptômes que les chiens ;

5° En appliquant les résultats de ces expériences sur le vertige marin de l'homme, on peut dire que cette maladie est le résultat des mouvements brusques du bateau, et surtout de l'enfoncement brusque du bateau dans les flots ;

6° La prédisposition individuelle joue un grand rôle dans les manifestations ;

7° Le moyen le plus radical, pour éviter la maladie, serait de demander aux compagnies de navigation de faire faire des lits qui seraient suspendus d'après le système des lampes marines.

LECTURE

La filariose. — M. LANCEREAUX achève la lecture du travail qu'il a commencé dans une précédente séance. Voici le résumé de ce travail. (Voir plus haut, p. 947.)

RAPPORTS

Épidémie de fièvre et eau de puits. — M. MARTY lit un rapport sur l'analyse de l'eau du puits de l'école normale des institutrices de Saint-Brieuc.

Il s'agissait d'une épidémie de fièvre typhoïde survenue dans cette école.

Une analyse chimique sommaire a été faite par M. Shutzenberger. Il en résulte que cette eau contient une forte proportion de phosphates de chaux et de matières organiques.

D'autre part, l'examen bactériologique a été également pratiqué. On a fait des cultures sur plaques sur lesquelles se sont rencontrées de nombreuses colonies. On y a trouvé trois espèces de bacilles : 1° la bactérie de la putréfaction; 2° un streptocoque, analogue à celui qu'on rencontre normalement dans les matières fécales; 3° le bacille d'Eberth.

Ce dernier bacille a été isolé et ensemencé; et il a partout fructifié.

Aussi M. Marty conclut-il que l'eau de ce puits doit être rejetée parce que :

1° Elle est mauvaise; elle renferme en effet trop de phosphates, trop de matières organiques;

2° Elle est dangereuse; elle contient le bacille pathogène de la fièvre typhoïde.

Prix de l'Académie. — M. COLIN lit un rapport sur les mémoires présentés pour le prix de l'Académie en 1888.

A quatre heures et demie l'Académie se forme en comité secret pour entendre les conclusions de ce rapport.

VARIÉTÉS

Souvenirs d'Algérie (1879-1885) : De Constantine à Biskra (1).

Par M. le docteur BADOUR, médecin principal.

XI

Dans le lointain de ma jeunesse, par une belle matinée de printemps, je me vois encore sur la corvette le *Phlégéton*, doublant la pointe du sérail à Constantinople. Accoudé sur la lisse, je ne perds pas un trait de l'admirable perspective, et j'escompte le plaisir d'avoir bientôt à palper des merveilles. Ne suis-je pas saturé de récits attrayants sur ces contrées célèbres?

Je débarque, et, décourageante ironie! je tombe de toute la hauteur de mes illusions dans l'affreuse réalité.

Ont-ils disparu les fumiers de Galata où nichaient les chiens errants? A-t-on élargi, ou même nettoyé, les corridors infects qui montaient à Péra? Et peut-on, sans danger d'en revenir malpropre, se risquer dans Stamboul?

Je ne m'en soucie pas, quoique je parierais que là, pas plus qu'ailleurs, l'Islam n'a pas changé.

Ce qu'il y a de certain, c'est qu'en Afrique, chez nous, tout ce qui touche à l'Arabe est immuable, et, par conséquent, penche de plus en plus vers la ruine fatale. En parler, c'est ramasser une loque chargée de déjections.

Oui, chers contradicteurs, qui m'objecterez que je force la note, poussez-y une pointe, non pas en amateurs prévenus, attendus, qui ne font que passer à cheval, en voiture, choisissant leur jour, leur heure, et s'extasiant à tort et à travers, mais en piétons sérieux, qui examinent les choses, les flairent, les savourent. Et je veux être abominé, si mon dégoût ne devient pas le vôtre!

Cela soit dit particulièrement à propos du *vieux Biskra*, le Biskra musulman, que j'ai eu la chance de parcourir par un temps calme et ravissant. C'était un 17 mars, par 32 degrés. Les palmiers fleurissaient, les orges étaient mûres.

Par la pluie, météore rare, ce ne doit être pénétrable qu'aux longues jambes nues des indigènes.

Le sol à la surface est une argile pleine de détritus végétaux et animaux. Avec cette argile et de la paille ou des herbes plus ou moins piétinées et pourries, il se fabrique des mottes, et avec ces mottes s'élèvent les clôtures qui séparent les diverses propriétés et ne tiennent debout que par des miracles d'équilibre. Aussi c'est bossu, c'est tortu, c'est fendu, c'est troué et ça tombe à plaisir. Il va sans dire que c'est sale et que ça sent mauvais, pas autant cependant que les huttes, bouges obscurs pour les trois quarts, qui sont construits avec les mêmes matériaux, et dont j'ai vu, de mes yeux vu, des façades tapissées de fiente.

Et tout ce qu'il y a d'eau dans l'oued est détourné vers les enclos pour y constituer autant de flaques croupissantes qu'il y a de palmiers. Essayez d'y pénétrer et vous aurez vite fait de remarquer, en sautant de butte en butte et enjambant les rigoles vaseuses, que toute cette riche verdure, qu'on admire de loin, émerge d'un humus écœurant, dans un air saturé des plus chauds effluves. Je vous défie d'y subir impunément une buée du soir.

Avec le dattier, les essences principales à qui tous les carbones plaisent, sont l'oranger, le citronnier, le grenadier, le figuier. Par places il y a quelques légumineuses, et des céréales dans les endroits non plantés; et puis, de folles herbes.

Les chemins, c'est entre les clôtures ou à travers champs, la terre battue, défoncée, où tout se fait et se défait.

Et l'on va visiter une vieillerie turque, un monticule de murs ruinés qui étaient grossièrement construits en brique et en pisé. C'était la forteresse dont le délabrement est indescriptible. On y montre un puits où, dans un jour de malheur, furent précipités quelques poignées de Français.

Il faut ensuite passer par la Mosquée, espèce de grange maçonnée et flanquée du minaret traditionnel. Montez, bien entendu, sur cette mauvaise tour carrée, pour y jouir du spectacle de l'oasis, le seul beau, au-dessus des miasmes terrestres, sous le ciel bleu. Mais prenez garde aux bosses et aux entorses.

Retournez-vous-en par le chemin du cyprès, cet arbre funéraire qui est là par hasard, et dont les vingt mètres d'opulente frondaison donnent en ce lieu un exemple d'étonnante longévité. Pour être inutile, quelque mystère évidemment le protège.

Faites toujours attention où vous posez les pieds. Trouvez l'occasion de mettre le nez à la porte d'une tanière et ne le bouchez pas. Estimez-vous heureux de rencontrer, hors du gîte, quelques types humains blêmes, dépenaillés, sordides, si peu besoigneux d'ailleurs, qu'ils se contentent de rien, un grain qu'ils sèment et qui pousse tout seul.

Et pour finir, demandez-vous comment on peut vivre dans ce milieu. Pour moi, je n'en sais rien; mais je déclare que, des heures de la vie, si la dernière y tue comme ailleurs, à coup sûr, plus qu'ailleurs, toutes les autres y blessent : *ultima necat, omnes lædent.*

XII

A quelques kilomètres au nord de Biskra, une source d'eau chaude sulfureuse bouillonne dans des roches, dont des fragments épars semblent avoir été recroquevillés par le feu. Cette eau est utilisée par les Arabes, qui l'ont captée en des bassins élémentaires, où, à la rigueur, il est possible de se baigner.

Lorsque le chemin de fer en aura rendu l'accès facile par la commodité du transport, et supportable par l'eau potable, que chaque train ne manquera sans doute pas de porter à Biskra, il y aura lieu d'en tirer quelque parti qui, pour les pulmoniques et les lymphatiques, s'ajoutera au bénéfice d'une température douce, sèche et peu variable dans la saison hivernale.

Si maintenant vous désirez avoir une idée nette des vastes soli-

---

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 913.

tudes, rien n'est plus facile; prenez une voiture légère et faites vous conduire à l'oasis de Sidi Okba, située à vingt-cinq kilomètres sud-est.

Après avoir péniblement traversé (à pied) le lit de l'oued, qui est large comme la Seine, plein de cailloux roulés et outrageusement secs, vous voilà dans la plaine filant droit, sans encombre, sur le sol nu et salé, ainsi que l'indiquent de loin en loin de blanches efflorescences qu'il faut avoir la curiosité de goûter. Quelques maigres herbes, de l'armoise, du thym, de petits jujubiers, poussent tant bien que mal, là où se maintient un peu d'humidité. Et c'est extraordinaire si l'on rencontre âme ou bête qui vive.

A gauche, l'horizon est borné par l'Aurès abrupt, dont un sommet sert de station à un poste de télégraphie optique (le pic d'Amar-Kaddou). Au débouché d'une ravine une forêt de palmiers tranche sur le bord roux des grands escarpements.

A droite, c'est la plaine infinie qui se perd dans le ciel. Rien n'y arrête l'œil; à part quelques broussailles qui tristement végètent sur des mottes durcies, c'est le sable partout et c'est la vie absente. Rien n'y bouge, rien que l'air qui frémit sous les ardeurs solaires.

A s'y promener lentement, comme il convient de s'en offrir la sensation, on y a peur de l'étendue, du silence et de sa petitesse, et l'on comprend sans peine de quelle philosophie il faut être pétri pour subsister en ces lieux, si sauvage soit-elle. Figurez-vous pour un instant, hommes civilisés, que vous y êtes seuls, et que vous allez y rester et des jours et des nuits, même au temps clair et pur. Sera-ce un préjugé de penser que rien n'égalera votre détresse?

Et, tandis qu'on avance, les cimes des dattiers se dessinent et s'élèvent peu à peu, indiquant l'oasis, c'est-à-dire une étape dans ce désert, un endroit où il y a de l'humus, un peu d'eau et du monde. C'est *Sidi Okba*, ainsi nommée du nom d'un conquérant terrible qui fit autrefois beaucoup de bruit dans ces contrées, et n'y serait certainement aujourd'hui qu'un sire très ordinaire, un aimable caïd.

Je dis aimable, pour les hôtes qui passent et qui déjeunent bien chez le seigneur du lieu, dans sa maison de pierre, aux murs épais, aux chambres sombres, la seule du village.

Vous rappelez-vous, compagnons du voyage, cette omelette exquise aux champignons tout frais, ce poulet fricassé et ces fines asperges dont l'assaisonnement se compléta si bien d'une faim dévorante. On était à table, comme en France dans une auberge de campagne, et l'on choquait les verres, pleins d'un vieux vin qui nous ragaillardit.

Le soir, à Biskra, nous dinâmes cérémonieusement chez Ben Ganah, le grand chef de tous les alentours, et nous y fûmes servis à la française, en tant que vins et matériel, linge, porcelaine, cristaux, lustres, etc. Seulement tous les mets furent du cru. Je ne vous en dirai ni le nombre ni les apprêts; je citerai cependant le classique couscous à la sauce brûlante et surtout le *mechoui*, mouton rôti tout entier et présenté sur un plat de cuivre guilloché, où chacun prend sa part avec les doigts et les ongles.

Les convives étaient nombreux. Étant le plus gradé, j'étais à la droite du caïd, une belle tête à la barbe encore noire. Ma femme, seule de son sexe, était à sa gauche, où l'avait très délicatement conduite un des fils, brillant jeune homme qui avait l'air d'un dandy parisien déguisé en Arabe.

Et les flacons coulèrent en des flots de gaîté.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 29 août 1888, ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe. — MM. les pharmaciens diplômés de première classe Léger, Rol, Allain, Bézine, Delouche, Berlioz, Luc, Derouen.

— Par décret, en date du 3 septembre 1888, a été nommé dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. le docteur Morvan, médecin de deuxième classe de la marine, démissionnaire.

Traité des maladies des fosses nasales, des sinus et du pharynx nasal, avec un exposé des méthodes d'examen, par le docteur W. Moldenhauer, privat-docent à l'Université de Leipzig, traduit et annoté par le docteur Potiquet, avec 25 fig. dans le texte, 1 vol. in-8° de 224 pages. Prix : 5 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

74

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

Sᵗ dép. dét. à Paris, Phⁱᵉ Lebeault, 53, Réaumur.

ENTREPOT GÉNÉRAL : 5, rue Bourg-L'Abbé, Paris.

43

Eau minérale

ARSENICALE, FERRUGINEUSE, MAGNÉSIENNE

FARETTE

Anémie, gastralgie, convalescence, maladies de la peau.

22, rue du Quatre-Septembre, Paris.

26

FARINE MALTÉE DEFRESNE

NUTRIMENT COMPLET

COMPARABLE AU LAIT MATERNEL DESSÉCHÉ

Farine maltée		Lait maternel desséché	
Erythrodextrine	22 »		
Alimentˢ protéiques	14.63	*Alimentˢ protéiques*	12.70
Aliments gras	10.59	*Aliments gras*	29.50
Sucre et Maltose	49 »	*Sucre-Lactose*	54.35
Acide phosphoriq.	0.68	*Acide phosphoriq.*	0.88

Cette délicieuse farine, dont le gluten et l'amidon ont été rendus assimilables par la germination du blé, emprunte au jaune d'œuf ses matières grasses émulsionnées et son phosphate de chaux.

La **Farine maltée Defresne** supplée à l'insuffisance du lait maternel, elle prévient le danger que présente le brusque passage de l'élevage au sein à l'alimentation ordinaire. Avec la **Farine maltée**, il n'y a plus à redouter les **entérites** ni les **affections gastro-intestinales**, si meurtrières chez les nourrissons. — Prix : **2 francs.**

Defresne, auteur de la *Pancréatine* et Phⁱᵉˢ.

91

L'EAU DE LÉCHELLE

HÉMOSTATIQUE.

Combat efficacement les *hémorrhagies utérines* et intestinales, l'hémoptysie, l'atonie des organes, les affections des muqueuses. *Leucorrhée*, diarrhée, catarrhe, etc.

Dépôt général : 378, rue Saint-Honoré, Paris.

39

LA POUDRE DE VIANDE ROUSSEAU

garantie d'une conservation illimitée et d'une odeur et d'un goût agréables, rend facile et pratique l'alimentation thérapeutique.

Paris, 3 *bis*, rue Bleue.

50

MALADIES DU CŒUR

Palpitations, Affections mitrales ou aortiques, Anévrysmes, Hydropisies, guéris par **DRAGÉES TONICARDIAQUES LE BRUN (caféine iodoformée).** Dépôt Gʳᵃˡ : Phⁱᵉ Cⁱᵉ Fᵍ Montmartre, Paris.

37

LE PHOSPHATE MONO-CALCIQUE

CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.
Vin id. id. à 1 — 60.

Paris, 145, r. de Belleville, et bonnes phⁱᵉˢ.

66

PILULES DE BLANCARD

A L'IODURE FERREUX INALTÉRABLE

Approuvées par l'Académie de médecine de Paris

Employées dans l'**anémie**, la **chlorose**, la **leucorrhée**, l'**aménorrhée**, la **cachexie scrofuleuse**, la **syphilis constitutionnelle**, le **rachitisme**, etc., etc.

N. B. — Exiger toujours la signature ci-contre.

Blancard

Pharmacien, 40, rue Bonaparte, Paris.

75

COMPAGNIE LIEBIG

CAPITAL : 12 MILLIONS VERSÉS

SEUL VERITABLE

EXTRAIT DE VIANDE LIEBIG

Bouillon concentré de viande de bœuf

SANS GRAISSE NI GÉLATINE

Les plus hautes distinctions aux grandes expositions internationales depuis 1867.

HORS CONCOURS DEPUIS 1885.

Précieux pour ménages, malades, usages nombreux pour potages et sauces.

Cet extrait ne se détériore jamais.

Exiger le *fac-simile* de la signature de l'inventeur Bᵒⁿ Liebig, en encre bleue sur l'étiquette.

Se vend chez les principaux épiciers et pharmaciens.

52

MALADIES DE POITRINE

CRÉOSOTE DE GOUDRON DE HÊTRE

Vin, Huile et Sirop
Capsules d'huile de faînes } **créosotés.**
Id. d'huile de foie de morue

Seules formules vraies des docteurs Bouchard et Gimbert. — Phⁱᵉ H. Mayet, 9, rue Sᵗ-Marc.

42

SIROP POLYPHOSPHATÉ, ÉLIXIR POLYPHOSPHATÉ

VIN LOGEAIS POLYPHOSPHATÉ

aux PHOSPHATES de POTASSE et de SOUDE et à la NOIX de KOLA.

Un verre à liqueur représente 0,70 centigr. de phosphates combinés.

Réparateur des Os, des Muscles, du Sang.

Paris, 37, avenue Marceau, et toutes pharmacies.

72

PILULES SUISSES

(*Pilules de coloquinte composées*)

PURGATIVES, LAXATIVES, DÉPURATIVES

MM. les médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. Hertzog, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

43

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

DRAGÉES DE GÉLIS & CONTÉ

AU LACTATE DE FER

Deux rapports académiques et de nombreuses expériences anciennes et récentes ont démontré leur supériorité sur tous les autres ferrugineux et leur efficacité contre les *Pâles couleurs*, pour fortifier les *Constitutions lymphatiques* et combattre toutes les maladies qui ont pour cause l'*Appauvrissement du sang*.

Dépôt général : LABÉLONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

74

SOLUTION PAUTAUBERGE

au chlorhydro-phosphate de chaux créosoté.

Chaque cuillerée contient 10 centigrammes de créosote et 50 centigrammes de sel de chaux; elle doit être prise dans de l'eau sucrée.

Bien tolérée par les voies digestives, cette Solution est facilement acceptée et complètement absorbée; très efficace dans les **Tuberculoses, Affections chroniques broncho-pulmonaires, Scrofules, Rachitisme.**

L. Pautauberge, 22, rue Jules-César, Paris.

77

PAPIER RIGOLLOT

Nous engageons vivement MM. les Médecins à n'admettre comme véritable PAPIER RIGOLLOT que les feuilles portant en travers la signature ci-contre, en rouge.

PRigollot

38

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

47

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

Vente au détail : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

65

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.

Vente en gros : Chez tous les droguistes.

23

NÉVRALGIES, MIGRAINES, FIÈVRES.

PILULES DE SAINT-CLOUD

Chaque pilule contient 1/5ᵉ de milligramme d'*Aconitine*, du *Valérianate de Quinine* et du *Valérianate de zinc*.

Phⁱᵉ Dufilho, Saint-Cloud, et tᵗᵉˢ pharmacies.

109

PANSEMENTS VAGINAUX

faits par la malade elle-même au moyen des

OVULES CHAUMEL

A la glycérine solidifiée (à tous médicaments)

Boîte : **3 fr. 50.** — 87, r. Lafayette, Paris (env. fᵒ éch.)

111

CAPSULES ET SIROP DE HOUDÉ

AU SULFATE DE SPARTÉINE

L'expérimentation physiologique et l'observation clinique s'accordent pour démontrer que le sulfate de **Spartéine** exerce une action prédominante et élective sur le fonctionnement du cœur, en augmentant l'énergie, la durée et la persistance des contractions et en régularisant le rythme cardiaque troublé.

Les **CAPSULES** et le **SIROP de HOUDÉ** au **Sulfate de Spartéine** sont donc tout indiqués, chaque fois que le myocarde a fléchi, lorsque le pouls est irrégulier, intermittent, arythmique, dans les *attaques d'asystolie*, dans l'*asthénie cardiaque*, la *dyspnée du cœur* et la *péricardite*.

Dose quotidienne, de 10 à 15 centigrammes.

Dépôt : A. Houdé, Paris, r. fᵍ Sᵗ-Denis, 42, et phⁱᵉˢ.

20

L'ERGOTININE DE TANRET LAURÉAT DE L'INSTITUT

Alcaloïde et principe actif de l'ergot, s'emploie dans tous les cas où celui-ci est indiqué. L'auteur en prépare un **Sirop** à 1/4 miligr. la cuillère à café — (dose : de 1 à 6 par jour) et une **Solution** hypodermique à 1 milligr. le cent. cube — (dose : de 3 à 10 gouttes). — **L'Ergotinine de Tanret** ne produit jamais d'accidents locaux.

Gros : Ch. Tanret, 14, r. d'Alger, Paris.

Détail à Paris : Phⁱᵉ, 64, rue Basse-du-Rempart.

N° 103. — SAMEDI 8 SEPTEMBRE 1888. 61e ANNÉE. SAMEDI 8 SEPTEMBRE 1888. — N° 103.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE : . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

De la valeur séméiologique des réflexes tendineux.

Par M. Georges GUINON, ancien interne des hôpitaux.

Nous n'avons pas l'intention, dans cette Revue, de faire l'histoire complète des réflexes tendineux. Laissant de côté le point de vue théorique de la question, encore aujourd'hui sujet à de nombreuses controverses, nous ne nous occuperons que du côté purement pratique. En ce qui concerne l'anatomie pathologique, nous ne saurions non plus entrer dans de longs développements; cette façon d'envisager le sujet nous entraînerait forcément dans des considérations pathogéniques et nous ferait sortir du cadre que nous nous sommes tracé. Restant donc sur le terrain purement clinique, nous savons que les réflexes tendineux peuvent être modifiés dans diverses maladies, et en particulier et presque exclusivement dans les affections du système nerveux. Les modifications apportées au jeu normal des réflexes peuvent l'être de deux façons différentes, en plus ou en moins, c'est-à-dire que dans telle occurrence les réflexes sont augmentés, dans telle autre ils sont diminués. Dans chacun de ces deux cas, on peut observer tous les degrés, d'une part depuis la très légère exagération jusqu'à la trépidation épileptoïde la mieux caractérisée, d'autre part depuis la plus insignifiante diminution jusqu'à l'abolition complète. Avant d'entrer dans le détail des faits, nous croyons utile de faire remarquer que, dans le cours de notre description, c'est la plupart du temps au réflexe rotulien que nous ferons allusion. C'est celui dont les modifications sont les plus aisées à saisir, en raison de la facilité de son exploration; c'est également celui dont les variations sont le mieux connues. Loin de nous l'idée de vouloir retirer à l'examen des autres réflexes tendineux, avant-bras, coude, masséters, etc., la grande valeur qu'il est susceptible d'acquérir dans certains cas déterminés. Dans ces cas-là, nous en mentionnerons avec soin les modifications, qui, mises en regard des changements, généralement parallèles, du réflexe du genou, prennent alors une importance indéniable et ne sont pas d'une médiocre utilité pour asseoir le diagnostic.

I.

Occupons-nous tout d'abord des cas dans lesquels il existe de l'*exagération* des réflexes tendineux. Au point de vue de l'anatomie et de la physiologie pathologiques, ce symptôme est, suivant l'opinion de notre maître, M. le professeur Charcot, la première manifestation de l'état spasmodique qui accompagne la dégénérescence du faisceau pyramidal de la moelle épinière (1). Le phénomène spasmodique peut varier en intensité depuis la simple exagération des réflexes jusqu'à la contracture plus ou moins durable et permanente, en passant par la trépidation épileptoïde [épilepsie spinale, phénomène du pied] (2). On ne devra donc jamais manquer de rechercher ce phénomène de la trépidation du pied chaque fois que l'on aura constaté l'exagération du réflexe du genou. Notons cependant que certains auteurs n'admettent pas cette analogie et cette sorte de concordance entre les deux phénomènes et veulent rapprocher le clonus du pied du tonus musculaire ou contraction permanente des muscles (3).

Au point de vue clinique, il convient tout d'abord de faire une importante distinction :

A) *Les phénomènes spasmodiques sont limités à une moitié du corps, à droite ou à gauche;*
B) *Ils existent simultanément de chaque côté.*

A) Avant d'affirmer que le spasme est LIMITÉ A UNE MOITIÉ DU CORPS, il est indispensable de s'être bien assuré que le côté opposé n'en présente pas la moindre trace. Cette recommandation, qui peut paraître superflue au premier abord, a cependant son importance. Il est rare, en effet, que, dans un cas quelconque de dégénérescence des deux faisceaux pyramidaux, le processus marche d'une façon tout à fait égale de chaque côté. Dès lors, si l'on est en présence du début de ce processus, il peut très bien se faire que les phénomènes spasmodiques, déjà mal accentués d'un côté, le soient assez peu du côté opposé pour permettre l'erreur et laisser croire que ce dernier est indemne. D'où la nécessité absolue de bien examiner le côté que l'on

(1) Charcot. *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. I et II. — Bouchard. *Archives de médecine*, 1866.

(2) Brissaud. *Recherches anatomo-pathologiques et physiologiques sur la contracture permanente des hémiplégiques*, Thèse de Paris, 1880.

(3) Pitres et de Fleury. Note sur les caractères graphiques de la trépidation épileptoïde du pied et de la rotule, *Revue de médecine*, 1885, p. 486.

pourrait croire sain à première vue, mais qui, à un examen plus attentif, pourra être quelquefois vraiment entaché du même trouble, mais moins accentué.

Maladies du cerveau. — Le cas le plus fréquent, où l'on rencontre l'exagération unilatérale des réflexes tendineux, est celui dans lequel la dégénérescence du faisceau pyramidal est due à une *lésion organique en foyer du cerveau.* Que cette lésion siège dans l'écorce (*ramollissement*) ou dans la capsule interne (*hémorrhagie*), le résultat est toujours le même. Dans cette occurrence, l'exagération des réflexes tendineux n'aura guère qu'une valeur pronostique, non sans importance, il est vrai. Le symptôme dominant est l'hémiplégie. C'est sur elle que l'attention sera dès l'abord attirée. Dans le cas où, avec l'exagération des réflexes tendineux, il existe déjà de la raideur, de la contracture des membres paralysés, le phénomène n'aura qu'une valeur secondaire. Mais si la raideur n'est pas encore apparue, si l'hémiplégie a semblé au contraire, jusqu'à un certain point, rétrocéder, la constatation de l'exagération des réflexes est l'indice certain d'une *dégénération secondaire descendante* et annonce l'apparition, dans un délai plus ou moins rapproché, de la *contracture permanente*, qui transformera le malade en un infirme à perpépuité. De là une indication, ou plutôt une contre-indication thérapeutique qui a son importance : ne soumettre le malade à aucun traitement électrique, qui ne ferait que hâter l'apparition de la contracture.

S'il s'agit d'une *tumeur cérébrale*, on rencontrera presque toujours des phénomènes spasmodiques, exagération des réflexes rotuliens, clonus du pied, du côté qui est le siège des accès d'épilepsie partielle. Mais dans ce cas, outre le syndrome très important en l'espèce de l'épilepsie jacksonnienne, on aura, pour se guider dans son diagnostic, d'autres signes non moins caractéristiques, la céphalalgie localisée, les troubles du côté des nerfs craniens, etc.

Maladies de la moelle et du bulbe. — Les *affections en foyer du bulbe et de la protubérance* peuvent donner lieu à la dégénération descendante d'un faisceau pyramidal et, par suite, à de l'exagération unilatérale des réflexes tendineux. Mais, dans ces cas, les symptômes sont tellement frappants et attirent à eux seuls tellement l'attention tout d'abord, qu'il nous suffira de les mentionner ici sans y insister davantage.

Si l'on suit pendant un temps suffisamment long un hémiplégique, chez lequel on a successivement constaté l'exagération des réflexes, le clonus du pied et enfin l'invasion de la contracture permanente du côté paralysé, il peut se faire qu'après un laps de temps plus ou moins considérable, on voit apparaître dans le même ordre les mêmes phénomènes du côté opposé. Ce cas rentre alors dans notre seconde catégorie de faits, dans lesquels l'exagération des réflexes tendineux existe simultanément des deux côtés du corps.

B) Lorsque les réflexes sont augmentés des deux côtés, on se trouvera en présence d'une maladie ayant provoqué la dégénérescence simultanée des deux faisceaux pyramidaux.

Maladies du cerveau. — Nous venons de voir que le fait peut se rencontrer chez les vieux hémiplégiques. M. le professeur Pitres (de Bordeaux) a, en effet, démontré que la dégénération du cordon pyramidal d'un côté peut se propager *in situ* au côté opposé. Pour faire le diagnostic dans ce cas, il faudra remonter à l'origine de la maladie. Le malade dira qu'il a eu autrefois une attaque apoplectique suivie d'hémiplégie; que, secondairement, la contracture s'est établie du côté hémiplégique, et qu'enfin il commence à sentir la jambe du côté opposé qui devient raide. De son côté, le médecin constatera, s'il est consulté au début des derniers accidents, que les phénomènes spasmodiques, très accentués au niveau du membre primitivement paralysé, le sont à un degré bien moindre du côté opposé. De plus, l'absence de tout symptôme médullaire d'ordre différent le mettra enfin sur la voie du véritable diagnostic.

Il y a des cas où la double dégénérescence des faisceaux pyramidaux est due à une double lésion cérébrale en foyer, avec sclérose descendante consécutive. Ce sont les cas de *paralysie pseudo-bulbaire.* Chez ces malades, il y aura souvent de l'exagération des réflexes patellaires. Mais ce signe est d'une importance secondaire, ou plutôt, s'il a sa très grande valeur au point de vue du diagnostic, ce n'est pas lui qui attire le premier l'attention ni du malade, ni du médecin. En effet, les troubles de la parole constituent, dans ces cas, le symptôme le plus saillant. Le malade ne peut plus parler; il n'est pas aphone, loin de là. A l'entendre bredouiller, à voir la salive qui s'écoule de sa bouche, on le croirait, à première vue, atteint d'une véritable paralysie labio-glosso-laryngée, et cependant il n'en est rien. Il n'existe pas la moindre lésion bulbaire. Il s'est produit, à deux reprises différentes, deux foyers cérébraux, interrompant les fibres nerveuses, qui des circonvolutions vont au bulbe, et ainsi se trouve, par un autre mode, réalisé le complexus symptomatique qui répond à une lésion du bulbe lui-même. Seulement, en recherchant les antécédents, on découvre que le malade a eu deux hémiplégies successives; qu'après la première, il pouvait encore parler, et qu'après la seconde, qui peut survenir d'ailleurs à une distance assez variable de la première, il a été subitement dans l'impossibilité de parler.

On pourrait croire qu'à la suite de la seconde attaque hémiplégique, il est resté aphasique. Le fait peut évidemment se produire. Mais il est facile de le distinguer de ceux dont nous parlons. En effet, dans le cas où le malade est atteint de paralysie pseudo-bulbaire, ce n'est pas en présence du syndrome aphasie que se trouve le médecin. Le malade ne parle pas, ou plutôt bredouille, parce qu'il a perdu la faculté de mouvoir les organes qui concourent à la production de la parole. Les fibres qui transmettent aux noyaux moteurs du bulbe (et en particulier à celui de l'hypoglosse) les ordres du cerveau ont été détruites par la lésion. Le malade ne peut donc plus parler. Il n'est pas aphone, car il manifeste son impuissance par des *han!... heu!...* qui ne contribuent pas pour une petite part à lui donner une certaine apparence d'hébétude et d'imbécillité. Il n'est pas aphasique, car il a parfaitement conservé la mémoire des mots et tous les autres modes de s'exprimer : l'écriture, la mimique, etc... Dans ces cas-là, lorsque les deux attaques successives d'hémiplégie ne sont pas très récentes, lorsque la dégénération descendante des faisceaux pyramidaux a eu le temps de se produire, il existe une double exagération des réflexes du genou. Ce phénomène peut augmenter jusqu'à produire le syndrome de la paralysie spasmodique et nous nous souvenons avoir observé, chez notre maître, M. le professeur Charcot, un homme jeune encore, atteint de paraplégie spasmodique

avec exagération des réflexes et trépidation spinale des deux côtés, chez lequel existait ce trouble spécial de la parole. Il peut se faire que, dans la paralysie bulbaire vraie en foyer, on se trouve en présence d'un syndrome analogue. Mais alors on ne pourra relever, dans les antécédents du malade, le mode de début très particulier de la paralysie pseudo-bulbaire, à savoir l'existence de deux hémiplégies successives ayant laissé après elles le trouble de la parole constaté. De plus, ainsi que nous l'a plusieurs fois montré M. P. Marie, dans la paralysie pseudo-bulbaire, l'abolition du réflexe pharyngien est la règle, tandis que, dans la paralysie bulbaire vraie, la perte des mouvements réflexes du pharynx ne s'observe qu'à une période très avancée et non dans tous les cas.

Il est à peine besoin de mentionner l'exagération du réflexe rotulien qui suit l'*hémiplégie infantile* (1). Le diagnostic de celle-ci est évidemment facile lorsqu'on est en présence de porencéphaliques complets, de petits idiots. Mais l'hémiplégie infantile ne s'accompagne pas toujours de troubles aussi marqués dans la sphère intellectuelle, et l'on pourrait parfaitement alors confondre l'hémiplégie infantile avec la paralysie spinale infantile à forme hémiplégique. Toutes les deux s'accompagnent d'atrophie des membres paralysés pouvant aller jusqu'à l'arrêt de développement. Mais tout d'abord cette forme de la paralysie spinale infantile est très rare, comparée aux autres formes. De plus, les troubles trophiques y sont plus fréquents. Mais, ce qui est bien plus important, la paralysie atrophique de l'enfance reste toujours une paralysie flasque ; les réflexes manquent dans les membres paralysés. Au contraire, la contracture dans l'hémiplégie infantile est presque la règle ; les réflexes y seront toujours augmentés. Notons aussi, dans l'évolution de la maladie, la fréquence de l'épilepsie développée plus ou moins tôt ou tard, chez les malades atteints d'hémiplégie infantile.

L'état des réflexes, dans la *paralysie générale progressive*, peut être très variable. Il dépend, en effet, de l'état de la moelle et des différentes parties qui peuvent être lésées secondairement dans cette dernière. Bien que Bianchi ait rencontré un cas dans lequel il existait, pendant la vie, une exagération très nette des réflexes rotuliens et où l'autopsie n'a pas permis de constater la moindre lésion du faisceau pyramidal, il est certain que, la plupart du temps, le trouble du côté des réflexes doit tenir à une lésion du côté de la moelle. M. Joffroy (2) admet que, lorsqu'il est aboli, c'est que les cordons postérieurs sont malades. Plus récemment, Westphal (3) a observé un paralytique général chez lequel le réflexe rotulien était normal à droite et manquait à gauche. A l'autopsie, on trouva une double dégénération des cordons postérieurs qui, à gauche, empiétait sur la zone radiculaire, tandis que celle-ci était respectée à droite. La variété des lésions tant cérébrales que médullaires, dans la paralysie générale, explique les différences constatées dans le signe du genou. Les auteurs ne sont même pas tous d'accord sur la fréquence relative de l'exagération et de la diminution ou de l'abolition des réflexes. M. Joffroy (*loc. cit.*) les a trouvés plus souvent abolis ou diminués. Il en est de même de Mickle (1). M. Bettencourt-Rodrigues (2), au contraire, sur 68 paralytiques généraux examinés à ce point de vue, a trouvé les réflexes augmentés 43 fois, abolis 11 fois (dont 2 malades manifestement ataxiques, et on sait que la coïncidence des deux maladies est loin d'être rare). Là, comme dans l'ataxie, il semble, ainsi que l'a fait remarquer M. Parinaud (3), qu'il y ait une véritable concordance entre les réflexes tendineux et pupillaires. Quand le réflexe patellaire est aboli, on constate généralement le signe d'Argyll-Robertson. Le myosis, très accentué, coexiste plutôt avec l'exagération du réflexe du genou. Les conclusions d'un récent travail de M. Siemerling (4), sur le même sujet, ne sont pas tout à fait en concordance avec cette manière de voir. Lui aussi a trouvé le réflexe rotulien plus souvent exagéré qu'aboli, chez les paralytiques généraux (34 p. 100 des cas observés). Le signe de Westphal n'existait que dans 20 p. 100 des cas. Mais l'immobilité pupillaire réflexe se rencontrait chez 64 p. 100 des malades examinés, tandis que la coexistence de ces deux phénomènes, signe de Westphal et immobilité pupillaire réflexe, ne s'est montrée que dans 25 p. 100 des cas.

D'une façon générale, les nombreux auteurs qui ont écrit sur ce sujet sont presque unanimes à constater que l'exagération des réflexes tendineux s'observe plutôt dans les formes expansives, et alors, dans ces cas, on constaterait aussi souvent l'abolition du réflexe plantaire, ce qui serait un bon signe du début (Bettencourt-Rodrigues), tandis que, dans les formes dépressives, mélancoliques, on rencontrerait de préférence le signe de Westphal. Peut-on, de ces quelques considérations, conclure à une grande valeur des modifications des réflexes tendineux dans le diagnostic et le pronostic de la paralysie générale ? On ne peut guère demander à un symptôme aussi variable d'apporter un bien grand appoint à ce point de vue.

Maladies de la moelle. — Nous arrivons maintenant aux maladies de la moelle s'accompagnant d'exagération des réflexes tendineux. Au premier rang doit prendre place la *sclérose latérale amyotrophique*, qui est par excellence la maladie du système pyramidal, non seulement dans la moelle, mais encore dans les pédoncules, la capsule interne et la substance blanche du cerveau, ainsi que l'ont constaté Kojewnikoff (5) et, plus récemment, M. le professeur Charcot et M. P. Marie (6). Exagération des réflexes, trépidation spinale, paraplégie spasmodique, combinées avec de l'atrophie musculaire, tels sont les signes les plus frappants de la sclérose latérale amyotrophique arrivée à sa période de complet développement. Mais il s'en faut qu'il en soit toujours ainsi et que l'affection se présente avec tous ses caractères aussi nettement accusés. Elle peut se montrer sous l'aspect d'une paralysie labio-glosso-laryngée ordinaire. Ici c'est le syndrome : troubles de la parole, de la déglutition, atrophie de la langue, etc... qui dominera la scène.

(1) *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, art. Hémiplégie infantile, par P. Marie.

(2) Joffroy. Note sur le réflexe tendineux dans la paralysie générale des aliénés, *Archives de physiologie*, 1881, p. 474.

(3) Westphal. *Berl. Gesellsch. f. Psych. und Nervenkrankheiten*, janvier 1887.

(1) Mickle. The Knee-jerk in general paralysis, *Journ. of ment. Sc.*, 1882.

(2) Bettencourt-Rodrigues. De l'état des réflexes chez les paralytiques généraux, *Encéphale*, 1885, V, p. 170.

(3) Parinaud. Troubles oculaires dans la sclérose en plaques, *Progrès médical*, 1884, n° 32.

(4) Siemerling. Statistiches und klinisches zur Lehre von der progressiven Paralyse der Rouen, *Charité-Annalen*, XIII, Jahrg.

(5) Kojewnikoff. *Archives de neurologie*, 1883, VI, p. 356.

(6) Charcot et Marie. Deux nouveaux cas de sclérose latérale amyotrophique suivis d'autopsie, *Archives de neurologie*, 1885, X, n°s 28 et 29.

Mais il est bien rare que, dans ces cas, on ne constate pas une augmentation plus ou moins accusée du pouvoir réflexe de la moelle. Tantôt ce sera le réflexe rotulien qui sera exagéré, tantôt celui du coude ou celui du poignet. Ce dernier n'est pas d'un examen très facile; il n'existe pas ou à peine à l'état normal, et même exagéré, on peut quelquefois ne pas le constater si l'on n'a pas la grande habitude de ces sortes d'examen. Il demande donc à être recherché avec soin. L'exagération du réflexe massétérin a, dans ce cas, une grande importance. Elle n'est pas non plus très facile à constater. Lorsqu'elle est très accentuée, un choc appliqué à l'aide du marteau de Skoda au voisinage des insertions inférieures du masséter, le malade ayant la bouche demi-ouverte, fera vivement et d'un coup sec fermer la bouche du malade. Si le phénomène est moins accusé, voici le procédé que M. le professeur Charcot a l'habitude d'employer pour le déceler d'une façon très nette. L'idée première de ce procédé revient à MM. Beevor et de Watteville (1). On fait entrouvrir la bouche du malade; on pose sur l'arcade dentaire inférieure le manche aplati et recouvert d'une couche de caoutchouc d'un marteau de Skoda (un fragment de drain enfilé dans le manche remplit très bien cet office); puis avec un autre marteau on frappe doucement sur ce manche. S'il y a exagération du réflexe massétérin, qui est à peine perceptible à l'état normal, on voit la mâchoire se refermer d'un mouvement rapide, et on sent la main qui tient le manche du marteau introduit dans la bouche, soulevée brusquement par ce mouvement imprimé par le masséter qui se contracte. Ce signe est très important pour le diagnostic de la sclérose latérale amyotrophique à début bulbaire; il peut presque à lui seul, les membres restant à peu près indemnes jusque-là, permettre au médecin qui se trouve en présence du syndrome labio-glosso-laryngé, de faire le diagnostic de sclérose latérale amyotrophique (2).

Nous n'insisterons pas sur les autres signes de la sclérose latérale amyotrophique confirmée. Il est évident que lorsqu'on se trouve devant un malade présentant de l'atrophie musculaire généralisée, la patte de singe, le syndrome labio-glosso-laryngé, le rire éternel et bête, très spécial à ces malades, il suffit de constater la démarche spasmodique ou l'exagération des réflexes pour porter incontinent le diagnostic de sclérose latérale amyotrophique. Mais nous avons voulu noter spécialement l'importance des phénomènes spasmodiques avant l'atrophie confirmée, et en particulier dans la forme à début bulbaire, si longtemps confondue avec d'autres processus, sous le nom général de paralysie labio-glosso-laryngée.

A côté de la sclérose latérale amyotrophique se place tout naturellement l'affection récemment décrite par M. Pierret, sous le nom de *tabes moteur*. (Voir à ce sujet la thèse de M. Tacussel (3), écrite sous l'inspiration de M. le professeur Pierret.) Il s'agit là d'une affection du faisceau pyramidal, portant sur tout ou partie de son trajet depuis l'écorce cérébrale jusqu'en bas de la moelle. La lésion peut être localisée là ou bien quelquefois l'amyotrophie existe. Il semble donc qu'il y ait un certain rapport avec la sclérose latérale amyotrophique. Là aussi les symptômes spasmodiques, exagération des réflexes, trépidation, ont une grande valeur diagnostique.

(1) Beevor et de Watteville. *Brain*, janvier 1886.
(2) Charcot. Leçons du mardi à la Salpêtrière, *Policlinique*, 1887-1888, p. 217 à 227.
(3) Tacussel. *Essai sur le tabes moteur*, Thèse de Lyon, 1887.

Après la sclérose latérale amyotrophique, la maladie de la moelle, nous devrions plutôt dire de l'axe cérébro-spinal, où l'on rencontre le plus fréquemment l'exagération des réflexes, est la *sclérose en plaques*. Ici la présence des phénomènes spasmodiques est peut-être, pour le diagnostic de la maladie, d'une importance un peu moins grande que dans la sclérose latérale amyotrophique. Plus que pour cette dernière, on peut dire que, lorsqu'elle se présente sous la forme cérébro-spinale avec tout son cortège de signes bien accusés, la constatation de l'exagération des réflexes ne vient plus qu'appuyer un diagnostic déjà presque établi d'une façon inébranlable. Nous n'avons pas à faire ici l'histoire de cette maladie, ni à insister sur ses symptômes si connus et si faciles à reconnaître quand ils sont suffisamment accentués, tels que le tremblement intentionnel comprenant la tête pour son propre compte, la scansion toute particulière des mots qui constitue une modalité presque spéciale de trouble de la parole, le nystagmus, les vertiges, les attaques apoplectiformes, etc. Dans les cas de forme exclusivement spinale de la sclérose en plaques, forme rare, d'ailleurs, si l'on veut tenir compte de l'évolution de la maladie et de l'envahissement progressif des différentes régions de l'axe cérébro-médullaire, les signes sont moins nombreux, souvent peu nets et difficiles à débrouiller. Dans ces circonstances la présence de phénomènes spasmodiques, se surajoutant aux signes déjà constatés, ne sera pas d'un mince secours pour l'établissement du diagnostic. Il en est de même, à plus forte raison, dans les cas dits frustes de la maladie, qui peut alors n'être constituée, par exemple, que par ces deux seuls phénomènes : nystagmus et exagération simple des réflexes ou léger degré de paraplégie spasmodique.

Il existe une forme clinique de la sclérose en plaques dont le diagnostic est souvent assez difficile et dans laquelle l'examen des réflexes sera à ce point de vue d'un secours moindre que dans la forme spinale par exemple. Nous voulons parler de la forme hémiplégique (1). Elle peut s'établir d'emblée, à la suite d'une attaque apoplectiforme, et alors le diagnostic est surtout à faire avec une lésion organique en foyer du cerveau. Dans d'autres cas, ce n'est que peu à peu que se produit l'hémiplégie. Dans le premier cas les réflexes peuvent ne donner aucune indication et être normaux; seulement en cherchant bien on peut trouver quelque point la distinguant de l'hémiplégie type de l'hémorrhagie cérébrale, l'absence de paralysie faciale, par exemple, pour ne citer qu'un phénomène bien saillant et facile à apercevoir. Dans l'autre cas, si l'hémiplégie s'est graduellement établie, on peut trouver du côté des réflexes quelque aide au diagnostic. Il est rare alors que le seul réflexe patellaire du côté paralysé soit exagéré ou le reste longtemps à l'état d'isolement. Un des malades de M. Babinski vit, à la suite de son hémiplégie, survenir une véritable paraplégie spasmodique. Qu'on ajoute à cela l'apparition probable, à un moment ou à l'autre, de quelque signe spécial à la sclérose en plaques et le diagnostic n'aura plus lieu d'être hésitant.

Il existe une maladie de la moelle que l'on pourrait bien confondre avec certaines formes frustes de la sclérose en

(1) Babinski. *Étude anatomique et clinique sur la sclérose en plaques* Thèse de Paris, 1885.

plaques : c'est le *tabes dorsal spasmodique* (1). Cette affection dont l'anatomie pathologique est encore loin d'être faite, est caractérisée cliniquement par une paraplégie spasmodique progressive avec exagération des réflexes et trépidation spinale. C'est son seul signe. On ne peut donc la diagnostiquer que par exclusion. Lorsqu'aucun autre symptôme ne vient s'adjoindre à celui-là, on peut diagnostiquer : tabes dorsal spasmodique. Mais il faut y regarder à deux fois avant de poser un pareil diagnostic. L'existence autonome de cette affection, en tant qu'entité morbide, est à peine démontrée. Au point de vue clinique : paraplégie spasmodique, cela se conçoit très bien ; au point de vue physiologique : lésion des faisceaux pyramidaux, cela se conçoit également ; mais la preuve anatomique n'a pas été faite.

Dans la *sclérose combinée* de la moelle épinière, il est habituel de voir de préférence l'exagération des réflexes rotuliens. A ce signe, variable d'ailleurs et par là d'importance moindre, il faut ajouter tous les autres symptômes de la maladie sur lesquels devra surtout s'asseoir le diagnostic. Nous n'avons pas à y insister ici.

M. Demange (2) a décrit une maladie qu'il nomme *contracture tabétique progressive*, dont la lésion consiste en plaques irrégulièrement distribuées de sclérose diffuse, dont l'origine part des vaisseaux spinaux atteints d'athérome. Dans cette affection, si tant est qu'elle constitue une entité morbide, le symptôme prédominant est l'exagération des réflexes et la contracture qui la suit. Le diagnostic, basé sur ce seul symptôme, ne serait pas très facile si l'on n'avait pour le confirmer la marche fatalement et continuellement progressive de la maladie, l'âge des malades qui sont généralement des vieillards et toujours des athéromateux.

Dans toutes les maladies dont suit l'énumération, l'exagération des réflexes tendineux ne vient s'ajouter aux autres symptômes que comme un phénomène d'importance moindre, sinon toujours au point de vue du pronostic, du moins au point de vue du diagnostic. C'est ainsi que, dans la *myélite transverse*, par exemple, l'exagération des réflexes ne se produit que pendant la seconde période de la maladie, alors que la dégénérescence descendante commence. Si l'on voit le malade à ce moment, on n'aura pour se renseigner que les commémoratifs. Il a existé une période de paraplégie flasque qui a été accompagnée au début d'une paralysie des sphincters. Ce n'est que peu à peu que la raideur s'est produite.

Dans le *mal de Pott*, les commémoratifs apprendront également que depuis longtemps le malade était porteur d'une gibbosité, et que ce n'est qu'à la suite de compression graduelle de la moelle, soit par un foyer caséeux, soit par une vertèbre, que les troubles paralytiques ont apparu. Il ne faut pas oublier néanmoins que l'affaissement brusque de vertèbres creusées de cavernes tuberculeuses peut produire subitement une gibbosité et en même temps une compression rapide de la moelle.

Dans *les tumeurs de la moelle, des méninges ou du rachis*, et en particulier *le cancer*, l'examen des réflexes n'a qu'une importance relative. L'attention dans ces cas sera beaucoup plus vivement attirée sur les troubles moteurs et sur ceux de la sensibilité qui les accompagnent, troubles auxquels on a donné le nom de paraplégie douloureuse des cancéreux, et sur lesquels M. le professeur Charcot a insisté dans ses leçons (1).

Dans la *pachyméningite cervicale hypertrophique* (2), il est de règle de voir de l'exagération des réflexes tendineux. Mais, les symptômes cervicaux, la déformation toute spéciale de la main en griffe, etc., attireront tellement l'attention de leur côté, que la constatation de l'exagération des réflexes tendineux ne viendra plus que confirmer un diagnostic déjà établi sur des bases autrement solides.

Il nous reste à mentionner encore, dans l'énumération des maladies où l'on rencontre l'exagération des réflexes, une certaine catégorie de cas sur l'interprétation desquels a longtemps régné une grande obscurité. Il s'agit de cas dans lesquels on observe une véritable *paralysie spasmodique amyotrophique succédant à des lésions articulaires*, quelle qu'en soit d'ailleurs l'origine, rhumatismale, goutteuse, blennorrhagique ou autre. Les observations de ce genre sont très fréquentes dans la clinique journalière et il est bon de les connaître. M. le professeur Charcot en a fait récemment le sujet d'une de ses leçons, à sa policlinique de la Salpêtrière (3) et c'est à sa description que nous empruntons tout ce qui va suivre. Il existe dans cette affection deux éléments distincts, l'impotence musculaire et le spasme. L'impotence musculaire elle-même est due à l'amyotrophie qui, toujours dans ces cas, on ne sait trop pourquoi, prédomine notablement du côté des extenseurs (triceps pour le genou ou le coude, deltoïde pour l'épaule, par exemple). Cette amyotrophie, dont un des caractères importants est sa rapidité de développement, qui interdit de l'attribuer, comme on l'avait fait longtemps, à un séjour prolongé au lit, est due à un véritable réflexe partant de l'articulation et se transmettant à la moelle par les nerfs articulaires centripètes pour se porter de là au système neuro-musculaire (cellules motrices de la moelle, nerfs centrifuges, muscle) (Vulpian). L'élément spasmodique se manifeste par une exagération très nette des réflexes tendineux, pouvant aller jusqu'à la trépidation épileptoïde. Longtemps les recherches anatomo-pathologiques étaient restées infructueuses et de fait il existe des cas dans lesquels la lésion est purement dynamique. Mais récemment Klippel a montré dans un cas semblable l'atrophie des grandes cellules des cornes antérieures de la moelle (4). M. Charcot compare ces cas, toutes proportions gardées, à la sclérose latérale amyotrophique, dans laquelle interviennent également les deux éléments amyotrophique et spasmodique.

Enfin pour terminer nous noterons, parmi les affections donnant naissance à l'exagération des réflexes tendineux, une maladie par intoxication, le *lathyrisme* (5). Elle est due à l'ingestion de graines de gesse malades et le principal phénomène qui la caractérise est une paralysie spasmodique avec exagération notable des réflexes rotuliens et trépidation épileptoïde. A ce signe s'ajoutent des troubles

(1) Charcot. *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. II ; — Id. *Leçons sur les localisations*.

(2) Demange. Contribution à l'étude des lésions scléreuses des vaisseaux spinaux, etc., *Revue de médecine*, 1885, nº 1 ; — Id. De la contracture tabétique progressive, etc., *Revue de médecine*, 1885, nº 7.

(1) Charcot. *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. II.

(2) *Ibid.*

(3) Charcot. Leçons du mardi à la Salpêtrière, *Policlinique*, 1887-1888, p. 331 à 339 ; — Id. *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. III.

(4) Klippel. *Bulletin de la Société anatomique*, nov. 1887 et janv. 1888.

(5) Proust. Académie de médecine, juillet 1883. — Voir aussi la description des principaux symptômes d'une épidémie observée par M. le professeur Bouchard, *Progrès médical*, 1883.

de la miction et la diminution ou l'abolition de la puissance génitale, qui semble être de règle.

II

Nous arrivons maintenant à l'étude des cas dans lesquels les réflexes tendineux sont *diminués* ou *abolis*. La diminution ne présente en général d'importance en elle-même que parce qu'elle précède de plus ou moins loin l'abolition des réflexes et provient de la même cause. Ce n'est qu'une question de degré. De même que, dans les cas d'exagération, on observe toutes les transitions, depuis l'exagération simple jusqu'à la trépidation épileptoïde la mieux caractérisée et la contracture finale, de même dans les cas où la maladie entraîne un amoindrissement du pouvoir réflexe de la moelle, on peut constater tous les degrés depuis une diminution à peine appréciable jusqu'à l'abolition complète. Il est impossible, en ce qui concerne l'absence des réflexes, de faire, comme cela est facile dans la plupart des cas d'exagération, une distinction entre l'abolition unilatérale et bilatérale. Les affections qui produisent ce phénomène, qu'on appelle communément *signe de Westphal*, du nom du premier qui l'ait noté dans le tabes dorsal, sont tantôt des maladies des nerfs périphériques, dont la localisation à un seul nerf est souvent l'effet du hasard; tantôt des maladies de la moelle telles que le tabes où la lésion systématique des cordons postérieurs est toujours bilatérale; tantôt des maladies infectieuses ou générales dans lesquelles la diminution des réflexes ne traduit qu'une sorte d'épuisement du système nerveux; enfin des névroses où le même mode pathogénique peut être invoqué.

Il n'y a donc pas de raison dans de telles conditions pour faire une distinction ayant une valeur diagnostique entre les cas où le phénomène existe à droite et à gauche, et ceux où il fait défaut d'un côté. D'ailleurs, dans la plupart des cas, sauf ceux de lésions des nerfs périphériques où le signe n'existe évidemment que là où se trouve la lésion, l'abolition des réflexes reste rarement unilatérale, et lorsqu'on la constate d'un côté c'est généralement pour la noter du côté opposé dans un délai plus ou moins long de l'évolution de la maladie.

Chose remarquable, les réflexes, abolis quand on les recherche par les procédés ordinaires, reparaissent quand, par un effort musculaire voulu, portant sur un grand nombre d'autres muscles du corps, le malade semble réveiller l'activité réflexe de sa moelle. C'est Jendrassik qui a le premier montré ce phénomène (1), c'est pourquoi ce procédé d'examen mérite bien le nom de *procédé de Jendrassik*. Le meilleur mode de dénoter ce phénomène, quand il existe, est, le malade étant assis sur un siège haut, une table par exemple, les cuisses portant de toute leur longueur sur ce siège, de lui dire de tirer fortement, comme pour séparer ses mains réunies par les doigts pliés en crochet. Par ce procédé on pourra souvent, chez certains malades, faire reparaître les réflexes rotuliens qu'on avait trouvés abolis en les examinant par la méthode habituelle.

L'importance du signe de Westphal en pathologie nerveuse est assez grande pour que l'on ait fondé presque sur sa seule présence tout un groupe de maladies ayant, il est vrai, quelques autres symptômes communs, mais où celui-là prédomine de beaucoup en importance. Nous voulons parler des *pseudo-tabes* (1). Il y en a certainement dans le nombre qui ne ressemblent que d'assez loin à l'ataxie locomotrice progressive. Mais il en est d'autres aussi qui la simulent à s'y méprendre, et qui méritent bien leur nom. En tous cas tous présentent, au nombre de leurs symptômes, le signe de Westphal, dont l'on conçoit dès lors l'importance.

(1) Jendrassik. *Neurol. Centralbl.*, 1885, p. 412.

Maladies des nerfs périphériques. — D'une façon générale, toutes les *névrites périphériques* s'accompagnent d'abolition des réflexes tendineux. S'il s'agit d'une poly-névrite infectieuse primitive (2), telle que le béribéri (3), par exemple, on se trouve en présence d'une affection à évolution variable, tantôt aiguë ou subaiguë, tantôt chronique, s'accompagnant de paralysie flasque au début, avec de l'atrophie musculaire à marche plus ou moins rapide. Dans ces cas, comme dans les névrites consécutives aux maladies aiguës, les réflexes tendineux font défaut (4). Le diagnostic de ces dernières est généralement facile, grâce aux signes objectifs et aux résultats de l'examen électrique des muscles et des nerfs atteints. Quant aux premières, leur rareté, dans notre pays, permet le plus souvent de les éliminer, à moins que le diagnostic ne s'en impose d'une façon absolue.

La *paralysie diphthéritique*, véritable névrite infectieuse, lorsqu'elle siège aux membres et, en particulier, aux membres inférieurs, s'accompagne toujours de l'abolition des réflexes et, dans ce dernier cas, de l'abolition des réflexes rotuliens. Il est certain que, si l'on est consulté tout à fait au début de la maladie, le diagnostic, basé surtout sur l'existence d'une diphthérie antérieure, sera très facile. Mais si l'on ne voit le malade que plus tard, il faudra penser, en présence des symptômes, qui ne sont autres que ceux de la névrite, à s'éclairer par les commémoratifs sur ce point très important. Une fois connu, le diagnostic suivra de lui-même. Il est un fait remarquable dans les cas de ce genre, c'est que l'abolition des réflexes persiste bien longtemps après la guérison de la paralysie elle-même. Nous avons observé, à la consultation externe de la Salpêtrière, une petite fille d'une dizaine d'années, qui avait été atteinte d'une paralysie diphthéritique assez grave, ayant envahi les membres inférieurs. Plusieurs mois après la guérison de la paralysie, l'enfant marchant et se rendant à pied à l'hôpital, on constatait encore la perte des réflexes patellaires, et celle-ci persista encore bien longtemps après la première constatation que nous fîmes de ce phénomène. Bernhardt signale également l'abolition du réflexe rotulien chez les diphthéritiques, même sans paralysie, et constate aussi cette persistance du signe de Westphal chez eux (5).

Les réflexes tendineux sont abolis dans toutes les *paralysies toxiques* (6). Dans la *paralysie saturnine*, nous voulons parler de celle-là seule qui est produite par une névrite, et non de celles que l'on attribuait autrefois à l'encéphalopa-

(1) Leval-Picquechef. *Des pseudo-tabes*, Thèse de Paris, 1885.

(2) Rosenheim. Zur Kenntniss der acuten infectiösen multiplen Neuritis, *Arch. f. Psych.*, XVIII, 3.

(3) P. Marie. Lathyrisme et béribéri, *Progrès médical*, 1883; — Id., La paralysie de l'isthme de Panama, *Progrès médical*, 1887. — Georges Guinon. Sur l'anatomie pathologique et la pathogénie du béribéri, *Progrès medical*, 1885.

(4) Lunz. Ueber die affectionen des Nervensystems nach acuten infectiösen Processen, *Arch. f. Psych.*, XVIII, 3. — Voir aussi Landouzy. *Des paralysies dans les maladies aiguës*, Thèse d'agrégation, 1880.

(5) Bernhardt. *Virchow's Arch.*, CXIX, 393.

(6) Brissaud. *Des paralysies toxiques*, Thèse d'agrégation, 1886.

thie saturnine et que l'on sait aujourd'hui être des manifestations hystériques, la constatation de l'absence des réflexes n'a qu'une médiocre importance, étant donné la localisation habituelle du mal aux extenseurs de l'avant-bras.

Mais il n'en est pas de même dans la *paralysie alcoolique* (1), qui rentre de plein droit dans la catégorie des pseudo-tabes et dont le diagnostic est quelquefois hérissé de difficultés. La névrite alcoolique peut être dans certains cas, rares, il est vrai, une polynévrite (2). Mais dans la majorité des faits, elle atteint de préférence les membres inférieurs, les jambes en particulier, et porte spécialement sur les nerfs animant les muscles extenseurs du pied. Elle reste rarement unilatérale. Toujours elle s'accompagne de la perte des réflexes rotuliens et de douleurs vives à forme lancinante, qui lui donnent une très grande analogie avec le tabes. Mais il n'existe jamais d'ataxie véritable des mouvements. Les malades, généralement des femmes, car elle affecte une remarquable prédilection pour le sexe féminin, ont, par suite de la paralysie des extenseurs, la pointe du pied qui tombe. Quand ils marchent, pour ne pas traîner les orteils contre le sol, ils relèvent fortement la jambe et imitent la démarche des chevaux qui steppent. Mais ce n'est pas là de l'incoordination. Dans une période plus avancée, il se fait des rétractions tendineuses qui immobilisent le pied dans sa position anomale et les malades sont définitivement confinés au lit. Qu'on ajoute, à ces caractères de la paralysie elle-même, les divers signes de l'intoxication alcoolique, tels que le tremblement, les cauchemars, le scotome central, etc., en voilà bien assez pour asseoir un diagnostic certain. Il n'en est pas moins vrai qu'il est quelquefois malaisé, mais il est d'autant plus important de le porter toujours, que le traitement, basé sur lui, est d'une efficacité incontestable. Au début l'abstinence, combinée avec l'électrisation, amène la guérison. Plus tard, lorsque les rétractions fibreuses se sont produites, la ténotomie sous-cutanée permet encore la *restitutio ad integrum*. Malheureusement les récidives sont fréquentes, parce que la cause dont elles proviennent est de celles qui durent, malgré les bonnes résolutions et les belles promesses des malades, qui ne sont souvent que « serments d'ivrognes ».

Maladies de la moelle. — Nous en avons fini avec les maladies des nerfs périphériques et nous arrivons maintenant aux cas où c'est une affection de la moelle qui a produit la diminution ou la perte des réflexes tendineux. Dans cette catégorie, une maladie se place avant toutes les autres comme importance et comme fréquence, c'est l'*ataxie locomotrice progressive* de Duchenne (de Boulogne) ou *tabes dorsal*. Nous ne nous arrêterons pas à décrire tous les autres signes de cette affection, si connue, tels que le signe de Romberg, le signe d'Argyll-Robertson, les anesthésies en plaques, les douleurs fulgurantes, les crises viscérales, gastriques et autres, les troubles urinaires, etc. Quand tous ces symptômes sont présents, et nous n'avons pas cité, dans cette énumération, des phénomènes tels que l'incoordination, les arthropathies qui sont presque des signes pathognomoniques, si de tels signes existaient en réalité en clinique, le diagnostic s'impose évidemment de lui-même. Mais la plupart peuvent faire défaut dans certains cas frustes ou mal caractérisés. L'affection peut se borner à quelques troubles urinaires et au signe de Westphal, par exemple, d'autres fois aux douleurs fulgurantes, avec le même signe de Westphal. C'est dans des faits de ce genre, que ce dernier phénomène acquiert une grande valeur séméiologique, non pas par lui-même et à lui seul certainement, mais par son alliance avec un ou deux autres phénomènes tabétiques. Car il manque rarement et même la maladie peut quelquefois se borner à lui seul. Nous n'en voulons pour preuve que l'observation suivante de Minor (1). Il s'agissait d'un cas de dégénérescence des cordons postérieurs, avec participation de la zone radiculaire (lésions du tabes) dans lequel le seul signe du côté du système nerveux, pendant la vie, fut la perte des réflexes rotuliens. Il peut, il est vrai, se rencontrer des ataxiques chez lesquels le réflexe du genou persiste; cela ne répugne aucunement à l'esprit; pourquoi ce signe-là ne manquerait-il pas aussi bien que d'autres ? Nous en avons observé un cas typique, où il y avait même un degré assez notable d'exagération des réflexes patellaires et en outre plusieurs autres signes de l'ataxie, parmi lesquels deux arthropathies bien caractéristiques. Il ne faudrait donc pas conclure de la généralité des faits que tout individu, ayant ses réflexes tendineux, ne peut être un ataxique. Cela se peut parfaitement et cela se voit. Nous n'en voulons prendre comme exemple que le cas récemment rapporté par M. Pitres, de Bordeaux (2). Il s'agit d'un homme de quarante-quatre ans, qui présenta, pendant dix ans, tous les signes de l'ataxie locomotrice progressive et que M. Pitres présenta plusieurs fois à sa clinique, comme un cas type de cette maladie, mais chez qui les réflexes rotuliens étaient conservés. Dans la dernière période de la maladie (le patient succomba à la phthisie aiguë), ceux-ci diminuèrent un peu. A l'autopsie on ne trouva aucune lésion de la moelle, ni des nerfs périphériques, et M. Pitres incline à ranger ce cas parmi les cas de pseudo-tabes dus à l'irritation spinale ou peut-être à la névropathie (pseudo-tabes des névropathes) dont nous parlerons plus loin.

Il existe une autre maladie de la moelle, dans laquelle on constate également l'abolition des réflexes rotuliens. C'est l'*ataxie héréditaire* ou *maladie de Friedreich*. On sait qu'il ne s'agit pas là de la maladie de Duchenne (de Boulogne), développée chez un sujet dont le père ou la mère étaient atteints de tabes, mais d'une affection à part. Au point de vue de l'hérédité, elle diffère du tabes en ce qu'elle présente au suprême degré tous les caractères de la maladie familiale, tandis que le tabes, qui peut être quelquefois héréditaire, il est vrai, n'est en tous cas jamais une affection familiale. Elle en diffère également par ses symptômes et par ses lésions. Nous ne nous occuperons pas de celles-ci. Quant aux symptômes, ils sont caractéristiques (3). Le début a lieu vers dix ou onze ans, c'est-à-dire plus tôt que dans le tabes précoce. Les signes, brièvement résumés, sont : un trouble particulier de la parole, qui est saccadée et en même temps épaisse et lente. Cela ressemble à ce

(1) Charcot. *Gazette des hôpitaux*, 1884. — Œttinger. *Étude sur la paralysie alcoolique*, Thèse de Paris, 1885.

(2) Witkowski. Zur Klinik der multiplen Alcoholneuritis, *Arch. f. Psych.*, XVIII, 3.

(1) Minor. *Congrès des médecins russes à Moscou*, janvier 1887.

(2) Pitres. Sur un cas de pseudo-tabes, *Archives de neurologie*, mai 1888, n° 45.

(3) Joffroy. Sur la maladie de Friedreich, *Bulletin médical*, 26 février 1888, n° 16. (Ce travail donne la bibliographie complète de tous les cas publiés jusqu'à ce jour.) — Charcot. Leçons du mardi à la Salpêtrière, *Policlinique*, 1887-1888, p. 253 à 263.

qu'on voit dans la sclérose en plaques. En outre, comme dans cette dernière, du nystagmus et pas de signe d'Argyll-Robertson. Abolition complète des réflexes rotuliens, signe de Romberg, démarche titubante, ébrieuse, analogue à celle que l'on observe dans les lésions du cervelet, sorte d'ataxie, d'hésitation des mouvements des membres supérieurs, douleurs à caractère fulgurant, mais moins régulièrement présentes que dans le tabes vulgaire. Pas d'anesthésies, pas de troubles urinaires. Pronostic absolument sombre : le malade ne dépasse jamais vingt-cinq ou trente ans, et meurt alors de quelque affection intercurrente, pneumonie, tuberculose, etc. On le voit, la maladie présente un certain nombre de signes communs, les uns avec le tabes ordinaire, les autres avec la sclérose en plaques. Pour la distinguer du tabes, on s'appuiera sur les seconds; pour ne pas la confondre avec la sclérose en plaques (1), on se basera sur les premiers, parmi lesquels, au premier rang, l'abolition des réflexes tendineux.

Il nous reste à mentionner deux affections de la moelle, qui n'en font qu'une en réalité, dans lesquelles il est de règle d'observer la perte des réflexes tendineux. Ce sont la *paralysie atrophique de l'enfance* et la *paralysie spinale aiguë de l'adulte*. Il est à peine besoin de signaler les signes si particuliers de ces deux maladies : début le plus souvent par une période fébrile de quelques jours, symptômes paralytiques consécutifs plus ou moins généralisés, puis rétrocédant dans une troisième période pour se fixer sur tel ou tel membre ou segment du membre, où elle reste à l'état de paralysie absolument flasque, avec troubles trophiques cutanés (cyanose, refroidissement, quelquefois ulcération), déformations plus ou moins persistantes, telles que le pied-bot acquis, dont la cause est souvent, dans l'enfance, due à la paralysie atrophique. Dans les membres atteints, les réflexes ont disparu.

Maladies du cerveau. — En ce qui concerne les maladies du cerveau, l'abolition des réflexes ne s'observe guère que dans l'*hémorrhagie* ou le *ramollissement* à la période du début, tout d'abord dans le stade de coma où elle révèle un état d'épuisement du système nerveux, et ensuite lorsque l'hémiplégie, de date récente, est encore flaccide. Si celle-ci guérit, les réflexes reparaissent peu à peu. Si elle ne guérit pas, au bout d'un temps variable, ainsi que nous l'avons dit en commençant, la contracture se produit, dont le premier signe précurseur est l'exagération des réflexes tendineux.

En parlant de la *paralysie générale* à propos de la séméiologie des réflexes exagérés, nous avons dit que les avis étaient partagés à propos de leur état dans cette maladie. Leur abolition semble être plus fréquente dans les formes dépressives chez les mélancoliques. Mais en tous cas, ainsi que nous l'avons dit, la recherche des réflexes n'est jamais dans cette affection d'un grand secours au point de vue du diagnostic.

Maladies générales. — Nous arrivons maintenant à une catégorie de faits un peu spéciaux, dans lesquels l'abolition des réflexes rotuliens joue un rôle assez important, puisque quelques-uns d'entre eux rentrent dans le cadre des pseudo-tabes (2). Dans ces cas il n'y a pas de lésion organique du système nerveux, soit central, soit périphérique, mais épuisement des centres cérébro-médullaires, dans les uns par l'âge, la cachexie, dans les autres par un trouble dans le fonctionnement de ces organes qui constitue la maladie elle-même. C'est ainsi que Möbins signale la *sénilité* comme une cause de disparition des réflexes (1). A côté de cette opinion, mentionnons celle de M. P. Marie qui a vu souvent chez les vieilles femmes de la Salpêtrière, mais seulement chez les vieilles gâteuses ne présentant aucune paralysie nette ou bien localisée, de l'exagération des réflexes du genou (communication orale). Ces faits ne représentent guère que de simples curiosités cliniques; seulement il est bon de les connaître pour ne pas croire malade tel vieillard chez qui on constatera le signe de Westphal ou tel vieux gâteux qui présentera de l'exagération des réflexes du genou ou le phénomène du pied. Ils ne sont que vieux ou gâteux, voilà tout.

L'abolition des réflexes rotuliens dans le *diabète sucré* est aujourd'hui de connaissance vulgaire, nous n'insisterons pas sur l'histoire, déjà tracée par nous ailleurs, de ce phénomène dont la découverte revient à M. le professeur Bouchard (2). Suivant notre maître, le signe de Westphal dans cette maladie constitue un signe important au point de vue du pronostic (3). Il ne se rencontre que chez les malades arrivés à une période grave du diabète. Quand le patient se relève, quand le sucre diminue dans ses urines, quand il reprend ses forces, quand il va mieux, en un mot, les réflexes, abolis précédemment, reparaissent (4). Or, on sait combien les douleurs à forme névralgique, les troubles oculaires, les crampes sont fréquentes chez les diabétiques. De tout cet ensemble symptomatique résulte une certaine analogie avec le tabes dorsal. C'est pour cette raison qu'on a pu décrire un *pseudo-tabes diabétique*. Il est évident que, dans les cas de ce genre, la constatation du sucre dans l'urine lèvera tous les doutes, car la glycosurie est rare dans le tabes. Mais si dans quelques cas le signe de Westphal, chez les diabétiques, peut conduire à une erreur facile à éviter en somme, il est toujours, dans tous les cas, un indice précieux au point de vue du pronostic.

Névroses. — Le plus grand nombre des malades atteints de *neurasthénie* présentent en général une diminution très notable des réflexes rotuliens. Quelques-uns d'entre eux les ont complètement abolis. Il ne s'agit là que d'un symptôme d'épuisement du système nerveux. En effet, c'est principalement chez les neurasthéniques que l'on peut faire reparaître le réflexe aboli, en employant le procédé de Jendrassick. On ne le pourra presque jamais chez un ataxique, ni chez un diabétique par exemple. Ce fait a une grande valeur en ce sens que la neurasthénie peut souvent emprunter jusqu'à un certain point le masque du tabes (*pseudo-tabes neurasthénique des névropathes*). On sait combien sont nombreuses et variées toutes les sensations subjectives dont ont coutume de se plaindre les neurasthéniques. Là-dessus leur cerveau est assez fertile pour rendre incomplète la plus longue description de leurs maux. Tenons-nous-en

(1) Charcot. *Policlinique*, 1887-1888, p. 326 à 329.

(2) Leval-Picquechef. *Des pseudo-tabes*, Thèse de Paris, 1885.

(1) Möbins. *Centralblatt f. Nervenheilk*, 1883.

(2) Bouchard. De la perte des réflexes rotuliens dans le diabète sucré Association française pour l'avancement des sciences (session de Blois, septembre 1884), compte rendu in *Semaine médicale*, 17 sept. 1884, n° 38.

(3) P. Marie et Georges Guinon. Sur la perte du réflexe rotulien dans le diabète sucré, *Revue de médecine*, 1886.

(4) Raven. Disapearence and return of the Knee-jerk in diabetes, *Brit. med. Journ.*, 5 février 1887.

seulement à ces trois signes : douleurs névralgiformes, impuissance génitale, signe de Westphal. Ils sont communs aux tabétiques et aux neurasthéniques, seulement le tabétique présentera bien quelque autre signe de tabes, ou du moins, si chez lui la maladie se borne là, il ne souffrira d'aucuns des autres maux du neurasthénique, parmi lesquels la céphalée spéciale, en casque ou en bonnet de coton, en cercle, qui ne se rencontre guère que chez ces derniers. Et en tous cas chez le tabétique on ne pourra jamais faire reparaître par le procédé de Jendrassick le réflexe rotulien aboli.

La question des réflexes tendineux, dans l'*hystérie* et les *accidents hystériques*, est loin d'être clairement résolue. A dire vrai, il ne semble pas, soit à la lecture des innombrables observations publiées, soit à l'examen des malades, qu'il y ait de règle bien établie, en ce qui concerne l'hystérique à l'état normal, si l'on peut ainsi parler, c'est-à-dire en dehors de tout accident, tel que paralysie par exemple. Le plus souvent, dans ce cas, croyons-nous, les réflexes sont à peu près normaux. Mais il n'en est pas de même dans les troubles moteurs dont peuvent être affectés ces malades (1). Il existe, là aussi, une certaine irrégularité qui fait qu'on ne peut guère fonder grande espérance, au point de vue du diagnostic, sur la recherche de l'état des réflexes. Dans les paralysies flaccides, nous les voyons quelquefois conservés, plus souvent peut-être diminués ou abolis. Dans les paralysies avec contracture, ils sont plus fréquemment exagérés. Ce fait, d'ailleurs, semble tout naturel à qui connaît quelque peu les allures de cette névrose, qui semble se complaire à reproduire l'aspect de tant d'affections nerveuses diverses, et que pour cette raison M. le professeur Charcot appelle si justement « la maladie neuromimétique ». Nous avons, à ce sujet, examiné plusieurs hystériques hypnotisables du service de notre maître M. le professeur Charcot, alors que nous avions l'honneur d'être son interne, et voici ce que nous avons constaté. En général, si l'on suggère à une hystérique en somnambulisme une paralysie flasque, les réflexes sont plus souvent diminués ou abolis, mais pas avec une parfaite régularité. Presque toujours, au contraire, si on leur suggère une paralysie avec contracture, lorsque le membre inférieur commence à se raidir et n'est pas encore en état de contracture complète, on constate une exagération notable des réflexes rotuliens, le plus souvent avec trépidation épileptoïde du pied. L'identité complète entre ces paralysies par suggestion et les paralysies hystériques accidentelles, démontrée par M. Charcot, est à tous autres égards telle, que l'on peut sans exagération les comparer entre elles à ce point de vue aussi. Du reste ce fait n'a, pour ainsi dire, qu'une importance théorique et, en pratique, il en a assez peu pour que, dans un grand nombre d'observations de troubles moteurs hystériques, il ne soit pas très souvent fait mention de l'état des réflexes.

En résumé, on voit d'après tout ce qui précède, que le jeu normal des réflexes tendineux se trouve troublé dans un grand nombre de maladies. Le symptôme qui résulte de leur modification en plus ou moins, quelle que soit son importance dans quelques-unes d'entre elles, n'a jamais à lui seul une valeur suffisante, pour que l'on puisse baser sur lui un diagnostic. D'ailleurs, quels sont les signes qui, en clinique, peuvent être raisonnablement qualifiés de pathognomoniques? Il n'en existe pas, en réalité, et, à ce point de vue, ceux que fournit l'examen des réflexes tendineux n'échappent pas à cette loi générale.

(1) P. Marie et Souza-Leite. Contribution à l'étude de la paralysie hystérique sans contracture, *Revue de médecine*, 1885, p. 421.

RUPTURE TRAUMATIQUE DE L'URÈTHRE

URÉTHROTOMIES EXTERNES SANS RÉSULTAT ; TAILLE HYPOGASTRIQUE ; CATHÉTÉRISME RÉTROGRADE ; GUÉRISON.

Par M. le Dr A. Vigot (de Caen)

V..., trente-trois ans, manœuvre ; aucun antécédent morbide, jamais d'écoulement uréthral.

Le 29 novembre 1886, le malade tombe d'une hauteur de trois mètres *sur la terre*; il tombe sur la hanche gauche, et non pas à califourchon. On le rapporte sans connaissance chez lui : perte de sang par la verge; ecchymose scrotale les jours suivants. On le sonde assez facilement une première fois et on retire de l'urine claire. Le malade reste vingt-quatre heures sans uriner; deux médecins tentent en vain de le sonder et l'envoient à l'Hôtel-Dieu. Là, on ne peut encore le sonder; on lui donne des bains qui amènent la miction naturelle pendant trois jours. Retour de la rétention ; à ce moment on le sonde assez facilement. Cependant il urine parfois seul. Il reste pendant douze jours à l'Hôtel-Dieu. Après sa sortie, je le vois pour la première fois et pour lui fournir une sonde en caoutchouc. Je constate un épanchement traumatique de sérosité sur la partie postérieure du bras gauche et à l'olécrâne, épanchement qui cède à la compression et à des applications iodées. Le malade continue à se sonder pendant le mois de décembre.

Dans les premiers jours de janvier 1887, il vient demander une sonde plus petite. Enfin, il arrive à ne plus pouvoir se sonder et il urine par regorgement dans les premiers jours de février. Il entre à ce moment à l'Hôtel-Dieu. On lui ordonne des bains; il sort vers le 15 février.

Je le vois à ce moment.

A la palpation et à l'inspection, je trouve la vessie distendue, presque jusqu'à l'ombilic. Pendant quinze jours, j'essaie de passer des bougies filiformes, espérant faire l'uréthrotomie interne ; mais ce fut en vain : bougies de toutes sortes, cordes à violon, cathétérisme appuyé, tout resta inutile. Alors, de guerre lasse, je propose au malade l'uréthrotomie externe. Je la fais le 8 mars, sans chloroforme ; sur la ligne médiane, incision de 4 centimètres; une sonde en argent est dans le canal jusqu'au point rétréci, qui siège vers la partie moyenne du bulbe. Incision sur ce point, mais impossibilité de trouver le bout postérieur; le sang empêche de voir. L'après-midi je reviens, mais inutilement, à la recherche de ce bout postérieur.

Sulfate de quinine, pendant quatre jours. Le lendemain, troisième et quatrième tentatives qui restent vaines. L'urine vient par la plaie, et, cependant, je ne peux trouver le bout postérieur.

Je laisse le malade tranquille pendant huit jours. Il se remet bien de l'opération sans ombre de fièvre ; la plaie se ferme complètement.

Le 18 mars, deuxième essai d'uréthrotomie externe, cette fois avec le chloroforme ; je fais l'incision plus large; je suis encore inondé par le sang et dans l'impossibilité de rien voir. Le soir, j'essaie à nouveau et en vain, en disant au malade de faire des efforts pour uriner.

Le lendemain, troisième essai infructueux.

Sulfate de quinine.

Malgré un malaise général, quelques frissonnements et un état saburral du tube digestif, le malade se remet assez bien.

Alors je lui propose la taille sus-pubienne pour pratiquer le cathétérisme rétrograde.

Elle est faite le 21 mars, sous le chloroforme, avec l'aide de MM. Laneele, Fauvel, Lihou. Antisepsie rigoureuse.

Incision de 5 centimètres, juste au-dessus du pubis. Je juge le ballon de Pétersen inutile, la vessie arrivant presque à l'ombilic.

Je chemine lentement, me servant surtout du doigt et de la sonde cannelée pour écarter les tissus. Deux brides aponévrotiques formant un V, à pointe insérée sur le pubis, sont coupées au bistouri boutonné.

Alors le doigt s'enfonce dans l'espace prévésical et arrive sur la vessie. Le péritoine n'est pas aperçu. Ponction de la vessie, puis agrandissement avec le bistouri boutonné. Le doigt vivement enfoncé dans l'orifice empêche l'urine de sortir en abondance. Je l'enfonce le plus loin possible et recherche le col sur lequel je ne puis arriver : alors j'introduis un doigt dans le rectum et refoule la vessie. Le col est aussitôt perçu. Je fais remplacer mon doigt rectal par celui d'un aide et avec cette main libre, j'enfonce le bec d'une sonde en argent de moyenne courbure par l'ouverture vésicale ; je fais cheminer ce bec le long du doigt vésical ; il s'engage assez facilement dans le col et contourne le pubis. Un doigt d'un aide obstrue alors l'orifice vésical.

Par la boutonnière périnéale, je vais à la recherche du bec de la sonde, sur lequel j'incise des tissus durs et criants, sur une longueur de plus de 1 centimètre. Le bec de la sonde apparaît alors, je le coiffe à frottement dur d'une sonde de caoutchouc rouge, et retirant la sonde en argent j'amène la sonde en caoutchouc dans la vessie. Je fais la même manœuvre pour le bout antérieur. J'introduis dans l'urèthre la sonde en argent et suis son bec dans la boutonnière périnéale, je glisse l'autre bout de la sonde en caoutchouc. J'ai alors une sonde (17 Charrière) dans la vessie. Par la plaie hypogastrique je place deux tubes de Périer en caoutchouc (2 sondes 10 Charrière). Le *bout* de ces sondes est dans la vessie.

Par la sonde du canal, je pratique un lavage boriqué qui sort par les tubes. Pansement antiseptique. Sulfate de quinine.

Le soir 40 degrés ; pouls 100.

25 mars. La plus grande partie de la nuit a été mauvaise : soif, fièvre ; mais, sur le matin, le malade a reposé un peu.

Je le trouve avec 37°5 ; pouls 86.

Les plaies ont bon aspect ; les tubes et la sonde fonctionnent bien. Iodoforme sur les plaies et par-dessus ouate phéniquée.

Le soir 38°5 ; pouls 96.

26. Dans la nuit, la sonde s'est bouchée, ainsi qu'un des tubes. Douleurs dans l'hypogastre. L'autre tube a bien fonctionné ; le matin, je débouche la sonde et le tube, par aspiration, avec la seringue à hydrocèle, ensuite lavage boriqué qui va être continué deux fois par jour jusqu'au 10 avril, 37°7 ; pouls 80.

Alimentation : œufs, bouillon, vin, café, sulfate de quinine.

Le soir 37°5 ; pouls 80.

27. Nuit excellente ; le malade a dormi six heures.

Les deux tubes sont bouchés, mais la sonde fonctionne bien : 37°3 ; pouls 76.

Le malade se sent très bien et s'alimente.

Sulfate de quinine. Le soir 37°5 ; pouls 76.

28. Bonne nuit, 36°8 ; pouls 72.

Je retire un des tubes. Lavage boriqué.

Le soir 36°8 ; pouls 76.

29. Dans la nuit, le deuxième tube est sorti : 36°8 ; pouls 72.

État général très bon.

30. Dans le lavage, l'eau sort à peine par la plaie hypogastrique. La plaie périnéale est cicatrisée.

4 avril. Je retire la sonde dont le bout vésical est encroûté et je lui substitue, non sans peine, une sonde un peu plus petite. Ne pouvant pas passer cette sonde d'emblée, j'introduis d'abord une bougie fine et, sur elle, je glisse une grosse sonde, comme dans l'uréthrotomie interne.

5. La plaie se ferme de plus en plus. L'urine ne vient plus par la plaie, même avec légère distension de la vessie dans le lavage.

10. La cicatrisation est complète.

12. Je retire la sonde.

Du 15 au 25 avril, troubles digestifs.

Je passe des bougies, mais je lutte avec peine contre le rétrécissement.

16. Je passe le n° 12 de la filière Charrière.

Le 10 juin, je passe le n° 19, que je continue à lui passer trois fois par semaine. Je passe des bougies en gomme ; les cathéters Béniqué passent très difficilement, peut-être parce que le canal a été dévié.

Le malade travaille à partir du 25 mai.

Aujourd'hui 10 juillet 1888, je passe le n° 20 facilement.

J'ajoute comme post-scriptum que les fonctions génitales se font bien, puisque cet homme a attrapé la vérole, qu'il a infecté sa femme et vient d'être père d'un enfant qui est mort de syphilis au deuxième mois.

Dans cette observation, la pathogénie de la rupture uréthrale soulève certaines difficultés. Inutile de s'arrêter à démontrer la réalité de cette rupture. Le traumatisme, l'uréthrorrhagie, la stricture survenant progressivement et rapidement, le cathétérisme impossible, tout le prouve. Mais ce qui demande explication, c'est le mécanisme. La rupture périnéale de l'urèthre, disent les auteurs, se produit par un choc portant sur le périnée, par une fracture du pubis ou par fausses routes. Le premier mode se rapporte presque toujours à une chute à califourchon ; mais notre malade est tombé latéralement, sur la hanche gauche, sur un sol plat. Y a-t-il eu dans la chute violent écartement des cuisses ? C'est une simple hypothèse. L'ecchymose du scrotum prouve qu'il y a eu au moins contusion à la région des bourses.

La pression latérale gauche a-t-elle été suffisante pour comprimer l'urèthre sur la crête de la branche droite du pubis et amener sa déchirure ? Faut-il admettre qu'il y a eu pression et tiraillement en longueur, jusqu'à ce que déchirure s'en suive ? La réponse est difficile à faire. Cette difficulté d'interprétation tient au siège périnéal de la rupture.

La marche du rétrécissement a été très rapide. En deux mois, il en est arrivé au point où la plus fine bougie n'a pas pu passer. C'est le propre du rétrécissement traumatique, alors que le rétrécissement blennorrhagique demande souvent des années.

L'uréthrotomie externe, sans conducteur, a été pratiquée sans succès, opération rationnelle à l'encontre de l'uréthrotomie externe avec conducteur, « opération presque injustifiable, dit M. Le Fort, car, lorsqu'on peut passer un cathéter, même la plus fine bougie, d'autres méthodes moins dangereuses sont applicables, qu'il y ait ou non des fistules et une large induration du canal ».

Le bout postérieur n'a pu être trouvé, surtout à cause du sang qui inondait le champ opératoire.

La seconde uréthrotomie a été utile, elle a servi, dans la taille, à couper, par la plaie périnéale, le rétrécissement fibreux.

J'arrive à la taille hypogastrique. Une question préjudicielle peut se poser. Cette opération était-elle nécessaire ? N'eût-on pas pu la remplacer par la simple ponction sus-pubienne et le cathétérisme rétrograde ? J'y ferai deux réponses :

1° Le cathétérisme rétrograde par ponction sus-pubienne, avec un trocart relativement gros, est une opération aveugle, je dirai même difficile, car on n'a, comme point de repère, que la ligne médiane à conserver.

2° Avec l'antisepsie, la taille sus-pubienne n'est guère plus sérieuse que la ponction avec un trocart de moyen volume. Aussi, à inconvénients égaux, vaut-il mieux recourir à la taille qui permet de passer rapidement et facilement une sonde dans la vessie. Sédillot engageait à recou-

rir d'emblée à la taille hypogastrique, conseil suivi par MM. Duplay et Bœckel.

Le ballon de Pétersen est de mise dans ces cas, même lorsque la vessie est distendue, parce que, avec le poids de cette distension, le col a de la tendance à tomber plus bas : tandis que la vessie étant soulevée en masse, le doigt vésical trouvera plus facilement le col.

Les suites de l'opération se sont passées de la façon la plus simple, à part la température de 40 degrés de la soirée.

Les tubes de Périer ont bien fonctionné et la vessie a toujours été vide. Je signale ce fait que le bout vésical de ces tubes était un *bout* de sonde en caoutchouc, avec œil sur le côté, d'où facilité d'écoulement, car le bout coupé d'un tube simple s'applique sur la muqueuse et peut empêcher cet écoulement.

Il faut veiller au non-retour du rétrécissement et appliquer la dilatation progressive qui demande à être continuée pendant des mois. Les Béniqué ont passé très difficilement, et cela, je pense, parce que, avec la cicatrisation, la courbure du canal a été modifiée. En revanche, les bougies en gomme passent très facilement.

Conclusions. — Je laisse de côté le traitement immédiat des ruptures qui est absolument formel :

Cathétérisme, sonde à demeure.

Si impossibilité de passer une sonde, uréthrotomie externe d'emblée et sonde à demeure.

Voici les indications des rétrécissements tardifs consécutifs à la rupture :

Passage d'une bougie fine et, si possibilité, uréthrotomie interne.

Si impossibilité de passer cette bougie, uréthrotomie externe.

Et si impossibilité de trouver le bout postérieur, après deux ou trois essais les jours suivants, taille sus-pubienne, cathétérisme rétrograde et division de la stricture, par la plaie périnéale.

Plus tard, passage des cathéters.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 5 septembre 1888, M. le docteur Didiot, médecin-inspecteur général, président du comité technique de santé, a été élevé à la dignité de grand officier de la Légion d'honneur.

— Par décret, en date du 1er septembre 1888, ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

6e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe.* — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Péchenet, Richard, Queyssac, Rouyer, Maire, Lemoine.

10e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. le médecin aide-major de deuxième classe Carron de la Carrière, chef de clinique adjoint de la Faculté de médecine de Paris.

— Par décret, en date du 3 septembre 1888, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe. — M. Martinenq, aide-pharmacien de la marine démissionnaire.

MM. les pharmaciens diplômés de première classe Hue, Bonzé, Boyer, Sicre, Lagarde, Noblat, Bissieux, Gras, Delondre, Guilhaumon, Coutela, Flament, Delafontaine, Deroide.

— Par décision ministérielle, en date du 5 septembre 1888, M. le pharmacien aide-major de première classe Puaux a été désigné pour l'hôpital militaire de Vincennes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de pathologie chirurgicale spéciale, par le professeur F. Kœnig, traduit de l'allemand d'après la 4e édition, par J.-R. Comte, chirurgien de l'hôpital de Genève, ouvrage précédé d'une introduction par le docteur Terrillon, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc., t. Ier, 2e fascicule, 1 vol. in-8°, avec 34 figures intercalées dans le texte. — Prix : 7 fr. Prix du tome Ier complet, 1 vol. in-8°, avec 113 figures intercalées dans le texte. — Prix : 14 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 104. — MARDI 11 SEPTEMBRE 1888. 61e ANNÉE. MARDI 11 SEPTEMBRE 1888. — N° 104.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. TRÉLAT.

Deux opérations de cure chirurgicale de hernies.

Il y a une dizaine de jours, j'ai fait une opération de cure radicale de hernie ou mieux de cure chirurgicale ou opératoire. Je vais en pratiquer une autre ce matin.

Le malade opéré la semaine dernière va très bien. C'était un homme de trente-cinq ans, qui portait une hernie inguinale du côté droit depuis l'âge de dix-sept ans, hernie qui était survenue dans les circonstances suivantes : en 1869, il était tombé d'un lieu élevé et, outre les contusions qu'il avait eues, il avait éprouvé de vives douleurs dans la région inguinale, le médecin, qui lui avait alors donné ses soins, avait constaté l'existence d'une hernie. Un bandage lui avait été prescrit; il l'avait porté très régulièrement, jusqu'en ces dernières années où, par laisser-aller, il s'était peu à peu déshabitué de le mettre. Alors, il a commencé à souffrir, puis ces douleurs augmentant en même temps que le volume de la tumeur herniaire, il s'est décidé, au commencement du mois dernier, à entrer à l'hôpital.

Sa hernie était assez volumineuse, plus grosse que le poing, irréductible. J'ai chloroformé à fond le malade, afin de faire quelques tentatives de taxis, c'était une hernie épiploïque; tout d'abord, je n'ai pu la faire rentrer que très incomplètement, et ce n'est qu'après plusieurs tentatives que la réduction a pu être totale. Mais à peine l'avais-je obtenue, que la hernie tendait aussitôt à se reproduire, c'est alors que j'ai conseillé au malade l'opération que j'ai faite dix jours plus tard, c'est-à-dire mercredi de la semaine dernière.

Cette opération n'a présenté qu'une circonstance particulière : l'incision m'a conduit directement sur le sac, que j'ai ouvert ensuite, mais, un accès de toux survenant pendant la chloroformisation, nous avons eu une poussée vigoureuse de l'épiploon dont le sac était rempli; je tentai la réduction, insistant même, peut-être un peu plus que je ne l'aurais dû, quoique je l'aie fait modérément encore, et je fis la résection de 288 grammes de cet épiploon, puis suture en chaîne, réduction du reste de la masse épiploïque, dissection très soignée du sac, jusqu'à la partie supérieure du canal, ligature du sac, petit drain et suture simple de la plaie. Le malade va bien, il est même presque guéri actuellement.

Mais pourquoi l'ai-je opéré? Parce que nous avions affaire à un homme de trente-cinq ans, valide, bien portant, porteur d'une hernie épiploïque, datant de dix-huit ans, augmentant progressivement de volume, douloureuse, mal contenue, et tendant à être irréductible et incoercible, de sorte que la thérapeutique ordinaire était devenue inefficace. Tels sont les motifs pour lesquels j'ai entrepris chez cet homme la cure chirurgicale de sa hernie. Aujourd'hui, il va bien : il n'aura plus qu'à porter, par précaution, un simple bandage sur la région inguinale et pourra travailler.

Le second malade, celui que je vais opérer tout à l'heure, est un homme de trente-deux ans, imprimeur, porteur d'une hernie, au moins depuis l'âge de six ans, s'il consulte ses souvenirs, mais selon toutes probabilités depuis sa naissance, c'est-à-dire d'une hernie congénitale. Le médecin que ses parents avaient consulté, alors qu'il avait six ans, aurait conseillé de ne pas porter de bandage; cela ne m'étonne nullement, car si le testicule n'est pas encore descendu dans les bourses à cet âge, on est souvent très embarrassé de savoir s'il descendra seul ou avec l'intestin. Or, il est possible que le médecin consulté ait reconnu que l'intestin ne paraissait pas avoir de tendance à descendre et constaté que le testicule était engagé dans l'anneau, d'où je comprends très bien — tout en ne partageant pas sa manière de voir — le conseil qu'il a donné.

Donc, aucun bandage ne fut appliqué et la hernie augmenta lentement, progressivement, mais sans déterminer aucun accident. Cependant, depuis neuf ans, cette augmentation de volume a été plus considérable et la hernie est aujourd'hui de la grosseur des deux poings, elle est mal contenue par le bandage, elle rend tout travail pénible, elle est plus difficile à réduire, depuis quelque temps surtout, mais reste toujours indolore.

Cet homme ne pouvant travailler, comme il en a besoin, demande à être opéré.

Sa hernie est située à gauche, elle est presque exclusivement épiploïque, c'est-à-dire épiploïque dans ses quatre cinquièmes inférieurs et intestinale dans son cinquième supérieur. Elle se réduit en général assez facilement, quoi-

qu'il reste toujours dans le sac herniaire une petite masse épiploïque, du volume du pouce, irréductible, à moins d'un repos prolongé du malade pendant plusieurs jours.

L'anneau est large, le testicule très petit, très mobile, de sorte qu'il occupe successivement tous les points du sac, se promenant dans une vaste cavité vaginale; les éléments du cordon sont un peu courts. Il y a une pointe de la hernie à droite.

En résumé, il s'agit d'une hernie inguinale congénitale gauche avec atrophie testiculaire, hernie qui a laissé cet homme tranquille jusqu'à l'âge de vingt-trois ans, où elle a commencé à devenir plus grosse, hernie mal contenue depuis quelques années par un bandage insuffisant, incoercible, et le malade ne peut plus travailler. Tels sont les faits qui me conduisent à pratiquer, comme chez le précédent malade, la cure chirurgicale de sa hernie.

L'opération est tout à fait opportune et, en prenant toutes les précautions voulues, elle ne peut que donner de bons résultats. C'est pour la septième fois que je vais la pratiquer cette année; les six autres cas ont tous été suivis de succès. Et cependant, le premier malade que j'ai opéré cette année était dans une situation bien plus grave, les difficultés opératoires étaient augmentées aussi par l'existence de vastes adhérences épiploïques. Néanmoins, les résultats en ont été bons.

La seule difficulté que je prévois ici tient à la liberté et à la mobilité du testicule dans la cavité vaginale, et à la nécessité de former une cavité vaginale artificielle. Les parois de l'ancien conduit péritonéo-vaginal sont en connexion plus grande avec les éléments du cordon. Et c'est pour ces cas-là qu'on a discuté l'opportunité de certaines variétés opératoires, c'est dans ces cas-là qu'il est avantageux de faire la dissection du cordon et, lorsque celle-ci est impossible à faire, de réunir, par des points de suture, les portions de parois du sac qu'on ne peut pas enlever. L'opération ainsi pratiquée est moins parfaite que la dissection, quoiqu'elle soit encore, cependant, un procédé très acceptable, car le résultat final est le même, c'est-à-dire la suppression de la hernie congénitale et la possibilité de porter un bandage contentif de la région.

La cure chirurgicale ou radicale des hernies a été l'objet d'une importante discussion à la Société de chirurgie, où deux courants d'opinion se sont très nettement établis.

Ces hernies mal contenues, mal réduites chez certains sujets, augmentent de volume et donnent lieu parfois à des accidents inflammatoires graves, nécessitant une opération pressante, d'urgence, suivie quelquefois d'une terminaison fatale. C'est ainsi que nous sommes appelés à rencontrer parfois de ces grosses hernies congénitales compliquées de brides, d'adhérences qui sont la conséquence de l'âge adulte — pourrait-on dire — de ces hernies mal contenues. Pour ne pas y insister davantage, je me bornerai à vous citer le fait suivant qui remonte déjà assez loin.

Il y a neuf ans, j'étais consulté par un jeune homme, alors âgé de vingt-trois ans, gros, gras, riche, dont la vie, disait-il, était empoisonnée depuis plus de dix ans, par une hernie inguinale volumineuse, grosse comme le poing et irréductible. J'examine avec soin le malade et je commence le traitement par la diète, le repos et les purgatifs, puis je pratique le taxis et réussis à faire rentrer totalement sa hernie; je lui prescris l'application d'un bandage contentif bien fait; néanmoins, le lendemain la hernie sort de nouveau, ce que voyant, je lui fais mettre une pelote très large et très puissante. Désireux de se guérir, il n'a garde de s'en séparer, la porte très régulièrement et quitte Paris, enchanté d'être débarrassé de son infirmité. Quelques années se passent, il se marie; alors, adieu pelotes et bandages, la hernie sort de nouveau, et notre homme de consulter le médecin du pays, mais la hernie est irréductible. Mon malade accourt à Paris, vient me voir de nouveau, je recommence le même traitement, l'irréductibilité persiste, elle est absolue. Le malade me supplie de l'opérer. J'entreprends la cure dite radicale — c'était en 1883, — je tombe sur une hernie des plus difficiles, des plus compliquées, l'épiploon a contracté des adhérences et je trouve, à la face postérieure de la hernie, une portion de l'intestin gênée par les adhérences épiploïques; des accidents graves se déclarent après l'opération et entraînent la mort.

C'est là un fait, je l'avoue, qui m'a très fort impressionné; aussi, depuis ce jour, j'ai été convaincu qu'il devait y avoir une autre thérapeutique à entreprendre et qu'il ne s'agissait plus de perdre un temps précieux à réduire la hernie et à appliquer des bandages contentifs puissants, mais qu'il était nécessaire d'intervenir tout de suite, immédiatement, chirurgicalement, c'est-à-dire en pratiquant la cure chirurgicale de la hernie.

C'est là pour moi, je le répète, appliquée en temps opportun, une excellente opération, car elle soustrait les malades à toute éventualité ultérieure grave; je répète en terminant que toute hernie, qui n'est pas *constamment*, *complètement* et *facilement contenue* par un bandage, est susceptible de la cure chirurgicale.

HOPITAL NECKER. — M. PETER.

I. Leucorrhée purulente, arthrite rhumatismale du genou, mort subite. — II. Épanchement pleurétique, indications de la thoracentèse. — III. Hémoptysies répétées, commencement de tuberculose.

I. Nous venons de perdre, de mort subite, la malade du n° 18. Cette femme est morte dans son lit, en mangeant un gâteau.

Elle était entrée dans le service, dans un état quelque peu infectieux, c'est-à-dire ayant un écoulement jaunâtre par les parties sexuelles, une leucorrhée purulente. Elle était très amaigrie, faible, débile, présentant l'aspect cachectique.

Son état morbide avait débuté par des douleurs vagues, localisées dans le membre supérieur droit, non pas dans les jointures ou dans les gaines synoviales, mais des douleurs rhumatoïdes. Puis, elle eut une arthrite rhumatismale des phalanges, compliquée de synovite des gaines des extenseurs du poignet, tandis que les grandes articulations restaient indemnes. La fièvre n'était pas intense, la température était à 38°2, l'écoulement vaginal persistait.

Bref, il s'agissait d'un pseudo-rhumatisme d'ordre génital et infectieux, avec souffle systolique à la pointe du cœur.

On lui a donné immédiatement du salicylate de soude ; il a fait merveille, la température est tombée très rapidement à 37 degrés et 37°4.

Puis, à mon retour des vacances, la malade présentait une nouvelle manifestation rhumatismale, une arthrite du genou gauche, survenue après une période de rémission, des douleurs et de la fièvre. L'arthrite était tellement intense, que le membre était dans la flexion forcée avec

suffusion dans l'articulation, soulèvement de la rotule et empâtement périphérique.

Je me trouvais donc en face d'un rhumatisme génital, non blennorrhagique, mais en rapport avec le trouble utéro-vaginal. Je fis appliquer un vésicatoire en couronne, autour de la rotule. Dès le lendemain, je constatais une amélioration notable et, quarante-huit heures après, la malade avait recouvré la libre jouissance de son membre, grâce à cette révulsion. C'est là, d'ailleurs, un fait que j'ai maintes fois observé dans l'arthrite rhumatismale.

Déjà donc nous nous félicitions du résultat obtenu, quand la pauvre femme est morte hier, assise dans son lit. La surveillante, que j'ai interrogée sur cette mort subite, m'a affirmé que cette femme était devenue tout à coup congestionnée, rouge, qu'elle avait été prise de quelques mouvements convulsifs dans les yeux et les membres, et était retombée morte sur son oreiller.

II. Un jour à la Pitié, je prenais pour la première fois certain service, dont, par conséquent, tous les malades m'étaient inconnus. L'un d'eux avait une pleurésie du côté droit, et l'interne de la salle me prévenait que l'on aurait ponctionné la veille ledit épanchement, si l'appareil eût été en bon état.

J'examinai le malade et constatai l'existence, en effet, d'un épanchement considérable et la nécessité de la ponction de la poitrine. La fièvre était tombée et nous étions au vingt-deuxième jour. C'était un vendredi, on venait d'envoyer l'appareil à réparer. Le lendemain, toujours pas d'appareil, et force m'est d'attendre et de remettre l'opération au lundi. Mais ce jour-là, à mon arrivée, mon interne m'apprit que l'épanchement s'était en grande partie résorbé spontanément, et sans que j'aie eu besoin de recourir à l'emploi de vésicatoires, ni à aucun traitement, il s'était résorbé spontanément, comme cela arrive assez fréquemment à la fin du troisième septénaire.

C'est là un fait que je rappelle souvent dans mes leçons, afin de montrer que, dans ces épanchements de la plèvre, il faut savoir attendre et ne pratiquer la ponction que lorsqu'il y a urgence véritable.

Je veux vous rapporter, aujourd'hui, l'observation de la malade du n° 23 de notre salle des femmes, qui en est un nouvel exemple.

Cette femme est entrée dans le service, dans un état puerpéral très net, avec une phlegmatia alba dolens, de la fièvre et un épanchement pleural à marche insidieuse qui s'est produit sans qu'on ait pu en préciser le début. L'épanchement était considérable, repoussant fortement le poumon droit en haut et abaissant, d'autre part, le foie de cinq travers de doigt au-dessous de son niveau normal. Après avoir discuté l'opportunité de la ponction de la poitrine, je résolus de la différer et même, dès le premier jour, de ne pas la faire du tout en raison de l'état puerpéral de la malade, c'est-à-dire de sa tendance à la pyogénie. En effet, dans ces conditions, si la ponction est pratiquée, le liquide a de grandes chances de se reproduire avec des leucocytes. Ici, la chose était encore d'autant plus à craindre, que de simples piqûres de morphine sur l'avant-bras avaient amené la formation d'un abcès avec décollement de la peau.

Je me bornai donc à faire appliquer un large vésicatoire sur le thorax ; la révulsion fut énergique, la sérosité écoulée fut abondante. Et j'en étais là, quand avant-hier, dans la soirée, cette femme fut prise d'un grand frisson ; la nuit fut mauvaise, sans sommeil, la malade fut en proie à une suffocation assez prononcée. Le lendemain matin, la face était grippée et l'état tel qu'il n'y avait plus d'hésitation possible ; aussi j'aurais pratiqué, séance tenante, la thoracentèse sans l'indocilité de cette femme qui s'opposa absolument à toute ponction. Or, dans ces conditions de refus formel, je n'aurais voulu pour rien au monde faire l'opération, les appréhensions de la malade pouvant déterminer une syncope mortelle. Je résolus donc d'attendre jusqu'à ce matin, espérant que son mari — il devait venir la voir dans la journée — la déciderait et que je pourrais donner issue à un liquide qui, vu le frisson d'avant-hier, risquait fort d'être devenu sinon purulent, tout au moins séro-purulent.

Eh bien ! ce matin, je n'ai pas fait la thoracentèse. Pourquoi ? Parce que je viens de constater, pendant la visite, que l'épanchement était en train de se résorber, de telle sorte que le frisson de mercredi soir pourrait s'expliquer peut-être tout simplement par la lymphangite légère que nous observons autour du vésicatoire placé ces jours derniers. De plus, aujourd'hui aussi, le pouls est meilleur, moins fréquent, la température est tombée à 37 degrés, et la femme elle-même se sent beaucoup mieux, l'oppression, si vive hier, ayant presque complètement disparu ; enfin elle a bien dormi la nuit dernière et la percussion montre une matité moins étendue de 2 centimètres à 2 centimètres et demi en avant comme en arrière ; de plus, on entend le murmure vésiculaire, là où il n'y en avait pas trace hier matin.

La morale de ce nouveau fait est que, à moins d'urgence, il ne faut pas se presser de faire la thoracentèse, surtout si la ressource des vésicatoires n'a pas été épuisée.

III. Nous avons reçu ces jours-ci, dans nos salles, une jeune femme de vingt-huit ans, mais qui en paraît à peine vingt et qui est un véritable type d'infantilisme, avec ses membres grêles et ses petits os.

Vous savez que ces sujets, dont le développement n'est nullement en rapport avec leur âge, sont généralement plus ou moins prédisposés à la tuberculose.

Or cette jeune femme a eu, il y a six semaines, une suspension de ses règles et, nous affirme-t-elle, sans raison physiologique aucune. Puis, il y a dix jours, elle a été prise d'hémorrhagies pulmonaires, d'hémoptysies qui se sont répétées pendant plusieurs jours.

Chez la femme, les hémoptysies, coïncidant avec des troubles menstruels, sont toujours d'un pronostic moins grave que chez l'homme et ne sont pas fatalement un indice de tuberculose. Mais dans le cas présent, vu l'infantilisme de notre malade, elles prennent un tout autre caractère et me font redouter qu'il s'agisse d'une tuberculisation commençante et ce, surtout en tenant compte de son état fébrile (peau chaude et sudorale, pouls 100, température 38°8 ce matin, teint animé), des modifications de la sonorité du thorax du côté gauche (matité sous la clavicule, dans le premier espace intercostal, matité moindre dans le deuxième espace et submatité dans le troisième espace). J'ajoute que la percussion, voire même la simple pression du doigt, sont douloureuses, ce qui indique une névrite intercostale due à un peu de pleurite costale ou à une hyperhémie de la plèvre. Enfin, à l'auscultation, on entend des râles sous-crépitants ; ils sont d'accord, d'ailleurs, avec la présence du sang dans l'expectoration. Mais ce n'est pas là une hémorrhagie active, car elle se produit sans fluxion

bien intense actuellement. En arrière, les signes sont plus prononcés qu'en avant. Ces râles sont ceux de la congestion pulmonaire. La malade tousse depuis deux mois; sa toux n'a rien de catarrhal, mais elle est sèche comme chez les sujets atteints de tuberculisation commençante.

C'est dans de pareilles conditions que les évacuations par les émétiques sont justement indiquées, pour enrayer l'état fluxionnaire des organes de la respiration et empêcher ainsi la reproduction des hémorrhagies pulmonaires. Aussi n'ai-je pas hésité un seul instant à prescrire à ma malade un gramme d'ipécacuanha, afin de provoquer l'état nauséeux et les vomissements appelés à débarrasser l'organisme, en déterminant un état d'anémie périphérique et organique.

De plus, si, malgré l'emploi, aujourd'hui, de l'ipéca, l'état de ma malade persistait, contre mon attente, je ferais appliquer, demain matin sans plus tarder, cinq ventouses scarifiées au niveau du sommet du poumon malade.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. Faivre.

Entéroptose post-puerpérale et traumatique avec néphroptose au troisième degré.

(Observ. recueillie par M. J. Cuilleret, interne des hôpitaux.)

M... (Rosalie), quarante-deux ans, ménagère. Entrée le 17 avril 1888, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le docteur Faivre, deuxième salle de femmes, n° 27.

Rien d'intéressant dans ses antécédents héréditaires. Scrofulose dans l'enfance. Pas de rhumatisme. Réglée à dix-sept ans toujours très régulièrement jusqu'à ces derniers temps. Aucun trouble menstruel.

Cinq accouchements avant l'âge de vingt-huit ans. De plus, cette femme, occupée aux travaux de la campagne, soulève constamment des fardeaux, va et vient continuellement. Il y a douze ans, elle eut une maladie durant laquelle elle éprouva de fortes douleurs abdominales analogues à celles qu'elle ressent aujourd'hui, sans fièvre, sans vomissements, sans météorisme. Ces douleurs disparaissent d'ailleurs, au bout de quelques semaines, pour ne plus se montrer que de temps en temps, mais avec une intensité bien moindre.

Elle est surtout fatiguée depuis trois mois.

Examen pratiqué le 6 mai. Elle a déjà maigri considérablement, depuis ce temps-là; sensation très marquée et constante de délabrement; elle peut à peine faire quelques pas, sans se soutenir à tous les objets qui l'environnent, et est obligée, lorsqu'elle est debout, de tenir son ventre soulevé avec la main.

Son appétit serait conservé, si elle pouvait, dit-elle, digérer les aliments; elle n'a pas de dégoût spécial pour la viande ou les aliments gras. Le lait et le vin sont mal tolérés. L'ingestion des aliments et même de boissons est suivie de crises douloureuses intenses ayant pour siège l'ombilic et l'épigastre.

Douleurs constantes ayant pour siège l'hypogastre. Les paroxysmes douloureux sont quelquefois calmés, mais momentanément, par des vomissements qui surviennent environ une demi-heure après le repas. Ce sont des vomissements uniquement alimentaires.

Jamais de vomissements glaireux à jeun. Jamais d'hématémèses de sang pur ou marc de café.

Les *fonctions intestinales* sont depuis longtemps troublées : constipation habituelle et constante; défécation pénible; selles dures peu abondantes. Jamais de mélæna.

Le *sommeil* depuis très longtemps est nul ou à peu près dans la première moitié de la nuit.

La *paroi abdominale* est excessivement flasque et dépressible; on arrive très facilement jusque sur l'aorte. L'abdomen est déprimé, étalé. La palpation est particulièrement douloureuse au niveau de la région péri-ombilicale. En déprimant très modérément la paroi abdominale à 2 centimètres au-dessus et à gauche de l'ombilic, on parvient sans peine sur l'aorte et l'on perçoit facilement le battement épigastrique.

En continuant à palper la région ombilicale, on arrive à sentir, un peu au-dessous de l'ombilic, en faisant glisser l'index de la main gauche de haut en bas, un cordon plein, de la grosseur du médius, de rénitence pâteuse, étendu transversalement au-devant de la colonne, et que l'on peut faire à volonté rouler ou sauter sous les doigts, c'est la corde colique.

En fouillant la fosse iliaque droite, on sent sous les doigts le cæcum induré, douloureux déjeté en dedans; on y détermine du gargouillement. En fouillant la fosse iliaque gauche, on sent, à trois ou quatre centimètres du pli de l'aine correspondant, un cordon étroit, épais, douloureux, c'est l'S iliaque ou cordon sigmoïdal.

En pratiquant la fouille de l'hypochondre droit, suivant le procédé de palpation de M. Glénard, on sent descendre entre les doigts, à la suite d'une profonde inspiration, un organe lisse, à forme arrondie, peu sensible à la pression, organe au-dessus duquel les doigts dépriment l'abdomen, et qui, lors de l'*échappement*, glisse et remonte sous le pouce en déterminant une légère douleur. C'est un rein mobile au troisième degré.

L'épreuve de la sangle, que la malade fait déjà elle-même sans s'en douter, donne des indications très précises : elle a une crainte excessive, dit-elle, à se mettre debout, et ne peut se maintenir un instant dans cette position qu'en s'appuyant d'une main à un objet, et en soutenant son ventre soulevé avec l'autre main. Or, dès qu'elle est debout, si l'on applique les deux mains sur l'hypogastre en exerçant une assez forte compression de bas en haut, de façon à soulever la masse intestinale, la malade se sent plus de force et dit qu'elle pourrait parfaitement rester debout et marcher si elle était toujours dans ces conditions.

Le toucher vaginal ne révèle aucune tumeur : l'utérus est un peu en rétroversion.

7 mai. On institue le traitement suivant :

1° Sangle pelvienne de M. Glénard, avec large plaque semi-lunaire capitonnée à cause de la maigreur de la malade, dont les épines iliaques saillantes empêchent la ceinture de comprimer l'hypogastre. La garder jour et nuit.

2° Chaque matin 60 à 100 grammes de la solution suivante :

Eau.	1 litre.
Sulfate de soude.	30 grammes.
Sulfate de magnésie	20 —

3° Eau de Vichy un demi-verre, un quart d'heure avant chaque repas.

4° Eau alcaline n° 4 : 250 grammes environ à chacun des deux repas (2 grammes de bicarbonate de soude).

5° Viande rôtie et œufs. Pas de légumes, pas de féculents, ni lait, ni vin.

8 mai. Dès aujourd'hui la malade a pu se promener seule un peu dans la salle, sans éprouver les sensations pénibles antérieures.

15 mai. Les selles sont à peu près régulières, une à deux par jour, un peu dures. Les nuits sont bonnes, la malade se réveille une ou deux fois encore, mais se rendort bientôt sans fatigue. Pas de vomissements après les repas. La malade se lève seule et marche de même pendant quelque temps sans trop de fatigue.

20 mai. Les selles ayant une tendance à être diarrhéiques, on réduit la quantité d'eau laxative prise le matin et l'on prescrit pour chaque soir une pilule d'aloès à 2 centigrammes. L'amélioration des autres symptômes s'accentue.

30 mai. La malade, ayant fini sa solution laxative depuis quelques jours et ayant oublié de la faire renouveler, a pris plusieurs lavements pour pouvoir aller à la selle; la constipation a reparu et, avec elle, l'insomnie (la malade se réveille cinq ou six

fois dans la nuit, avec des coliques); on reprend dès aujourd'hui le laxatif du matin.

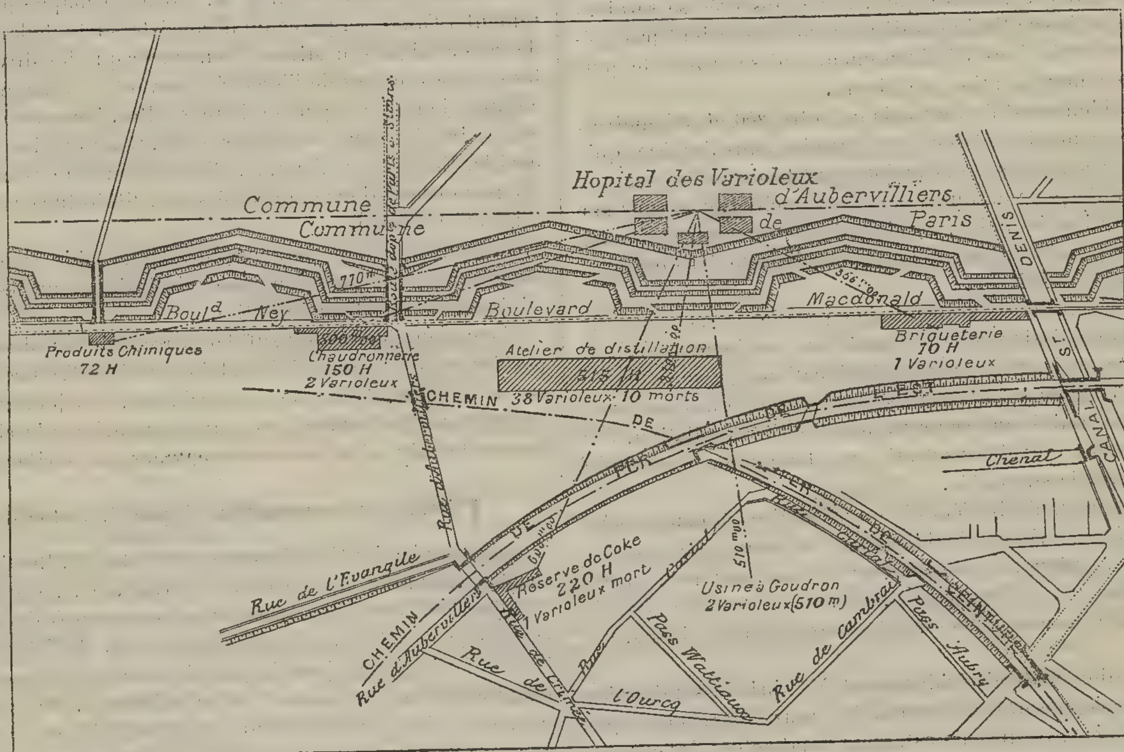
8 juin. L'amélioration s'est montrée dès le lendemain et se maintient.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Contagion de la variole à distance.

La variole est certainement transmissible par contagion, certainement l'atmosphère peut être le véhicule de cette contagion. Les germes morbides, réduits sans doute à l'état de poussière, sont disséminés autour de chaque malade qui peut devenir ainsi un foyer d'irradiation, un centre spécial de rayonnement varioleux. Un hôpital peut-il devenir un foyer de contagion pour le voisinage? Les germes morbides qui en émanent, disséminés dans l'atmosphère, peuvent-ils porter le mal à distance? Dans quelles limites se fait cette transmission, quel est le rayon de la zone dangereuse autour d'un hôpital de varioleux? Ce sont là des questions sur lesquelles l'accord n'est pas fait. On est allé jusqu'à prétendre que les faits de contagion, observés dans Paris au pourtour des services spéciaux, étaient dus à ce que des infirmiers de l'hôpital en avaient emporté le principe dans les maisons du voisinage. Sans leurs sorties quotidiennes, leurs stations plus ou moins prolongées chez les marchands de vin auxquels ils accordent leur clientèle, la variole serait restée confinée dans les salles de malades et n'eût pas franchi les limites de l'hôpital.

M. le docteur Créquy, médecin en chef de la Compagnie des chemins de fer de l'Est, a fait à l'Académie de médecine deux communications intéressantes sur la propagation de la variole à distance, sur les limites de l'apparition de foyers secondaires au pourtour d'un centre hospitalier. Nous attirons l'attention sur ses observations parce qu'elles ont été faites dans des conditions telles qu'elles équivalent à des expériences établies à dessein. Elles montrent de la façon la plus nette que la variole peut se transmettre à distance par voie atmosphérique, sans intermédiaires, sans infirmiers et sans marchands de vin. Elles semblent démontrer, d'autre part, que le pouvoir d'expansion périphérique de la contagion varioleuse se limite à quelques centaines de mètres.



Voici du reste les faits et les chiffres.

L'administration de l'Assistance publique a fait établir un hôpital spécial de varioleux sur le territoire de la commune d'Aubervilliers, tout près des fortifications. La Compagnie parisienne du gaz a précisément à ce niveau, mais *en dedans des fortifications*, son usine la plus importante. La variole ne tarda pas à éclater parmi les ouvriers de cette usine, et, au commencement d'octobre 1887, 14 d'entre eux avaient été atteints; deux avaient succombé. Depuis cette époque, depuis la première communication de M. le docteur Créquy, 30 nouveaux cas se sont produits; 9 ont été suivis de mort. Au total 44 cas de variole, grave ou bénigne, et 11 morts.

Comme il y a 800 ouvriers environ, employés dans cette usine, cela constitue déjà une proportion énorme de morbidité et de mortalité : 1 malade sur 20 ouvriers, 1 mort sur 80. Ces chiffres sont tout à fait hors de proportion avec ceux qu'on a pu relever dans la population de la Villette et de la Chapelle où habitent ces ouvriers. Il faut donc admettre l'influence directe du voisinage de l'hôpital des varioleux. La chose avait paru si nette aux ouvriers eux-mêmes qu' un moment donné, ils parlèrent de quitter leur travail, et que, sans s'en douter, Paris fut menacé d'être privé de gaz.

On peut aller plus loin dans l'analyse de cette contagion, et c'est là que se trouve l'intérêt tout particulier des communications de M. Créquy. Tous les ouvriers de l'usine à gaz ne furent pas atteints dans les mêmes proportions. C'est que tous n'avaient pas leur atelier à distance égale de l'hôpital d'Aubervilliers.

L'usine de la Villette comprend en effet plusieurs ateliers situés en dedans des fortifications, plus ou moins loin de l'hôpital des varioleux. Un coup d'œil jeté sur le plan ci-dessus suffit pour donner une idée très nette de la disposition topographique du centre varioleux et des ateliers de la Compagnie du gaz devenus bientôt centres de réceptivité.

1° Les *ateliers de distillation*, situés parallèlement à l'hôpital, dont ils ne sont séparés que par le chemin de ronde et les fortifications (230 mètres), comptent 500 ouvriers.

Distance de l'hôpital..........	230 mètres,	500 ouvriers.
2° La chaudronnerie..........	500 —	120 —
3° Les produits chimiques......	770 —	72 —
4° La briqueterie..........	350 —	72 —
5° L'usine des cokes..........	530 —	220 —
6° L'usine des goudrons........	510 —	240 —

Ce sont les ouvriers les plus rapprochés, ceux qui travaillent aux ateliers de distillation qui ont été les plus éprouvés : ils ont donné 38 cas sur 44.

On a objecté à cela que l'atelier de distillation compte 500 ouvriers alors que les autres ateliers sont moins peuplés. Cette objection n'a pas de valeur, puisque les cinq autres ateliers renferment un total de plus de 700 hommes qui n'ont fourni que 6 cas de variole.

C'est donc bien la proximité de l'hôpital qui a été la cause principale de l'intensité de la contagion dans l'atelier de distillation.

On a dit encore que la variole avait pu pénétrer par le canal de Saint-Denis, que des bateaux renfermant des varioleux avaient séjourné à la hauteur de l'usine. Il faut remarquer tout d'abord qu'un mur sépare l'établissement du gaz du canal, et ensuite que si la variole était venue par là on ne voit pas pourquoi elle aurait porté ses ravages sur la distillation qui en est éloignée, et respecté des ateliers plus proches.

Si la contagion s'était faite par une autre voie que la voie atmosphérique, il est à croire que les cas observés se seraient également répartis sur l'usine entière, et ne se seraient pas précisément concentrés dans l'établissement qui se trouve le plus isolé de toute communication extérieure.

Il résulte évidemment de tout cela qu'entre 200 et 300 mètres, les chances de contagion étaient très grandes dans l'espèce, qu'à cette distance les germes de la variole sont transportés avec une densité suffisante pour produire des effets nocifs très grands sur une agglomération humaine. Au delà de 500 mètres, le danger paraît beaucoup moins grand si l'on s'en rapporte à ce qui s'est passé à l'usine de la Villette.

Il ne peut s'agir ici de transmission par des gens venus de l'hôpital, puisque l'usine en est séparée non seulement par son mur d'enceinte, mais encore par les fortifications, puisque les cas de contagion, au lieu de se répartir sur l'ensemble des ouvriers, se sont presque limités aux seuls employés de la distillation. Les faits sont d'autant plus démonstratifs que leur donnée se trouve autant que possible simplifiée.

On n'a donc pas le droit d'établir un hôpital d'isolement pour les varioleux à 500 mètres d'habitations. En bonne hygiène, dit avec raison M. Créquy, se désinfecter ne doit pas être synonyme d'infecter les autres. Un kilomètre de distance devrait même être exigé, la zone d'isolement serait peut-être ainsi suffisante.

La revaccination mettrait évidemment à l'abri de semblables accidents ; elle s'opposerait à la contagion plus efficacement que la zone d'isolement. Le difficile est, dans l'état actuel des choses, d'amener les gens à se faire revacciner. L'insouciance, de fausses idées sur la valeur et les dangers de la vaccine, un souci déplacé de l'indépendance personnelle font que les employés des grandes administrations sont rebelles à la revaccination. C'est à peine si, au début de l'épidémie de l'usine à gaz, une quarantaine d'ouvriers se présentèrent pour être vaccinés. Des directeurs d'usine particulière peuvent ajouter à la persuasion la menace de renvoi. Il n'en peut être de même dans une grande administration où l'on est obligé de compter avec l'opinion publique et de respecter même ses erreurs.

Que faire alors ?

Il convient de *n'admettre* dans les grandes compagnies que les ouvriers et les employés qui justifient d'une récente *revaccination.* C'est ce que vient de faire, avec raison, la Compagnie des chemins de fer de l'Est.

Que les autres grandes administrations imitent cet exemple, et l'on aura beaucoup fait contre la contagion varioleuse. Vaccination et revaccination partout : dans les écoles, l'armée, les administrations diverses, publiques ou non, et l'on aura beaucoup fait pour la disparition d'une maladie qui n'a repris de gravité que grâce à l'ignorance, à la mauvaise volonté ou à l'insouciance de ceux qu'elle menace.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Études sur l'hystérie infantile (1), par Arthur Clopatt, assistant à la clinique d'accouchements de Helsingfors.

Il est très important de savoir que l'hystérie avec ses phénomènes protéiformes se rencontre souvent chez les enfants de l'un et l'autre sexes. Cela peut amener à rapporter à leur véritable cause des manifestations nerveuses diverses dont la nature et la signification seraient, sans cette notion, absolument méconnues. Il est de toute importance que le médecin, prévenu, ne s'en laisse imposer ni par la maladie, ni par le malade, si porté souvent à la simulation et à la mise en scène.

Constater des stigmates hystériques peut amener à des conséquences très importantes en ce qui concerne le diagnostic, le pronostic et la prophylaxie. Il faut ôter à la névrose tout motif de se développer, et l'éducation bien comprise peut être à ce point de vue d'un grand secours.

Un travail comme celui de M. Clopatt échappe presque entièrement à l'analyse, parce qu'il consiste surtout dans un recueil de faits cliniques, destinés à démontrer que les divers accidents, les diverses formes de l'hystérie peuvent se rencontrer chez des enfants, jeunes garçons et jeunes filles. Beaucoup de ces faits, encore inédits, sont empruntés à MM. Charcot, Grancher et Bourneville. En dehors d'eux, M. Clopatt donne le résumé de nombreuses observations empruntées à la littérature médicale française et étrangère.

On trouvera, donc, dans cette monographie richement documentée, tous les renseignements désirables sur les possibilités cliniques de l'hystérie infantile.

Disons seulement qu'il suffit de parcourir les observations rapportées pour être frappé de la très grande influence de l'hérédité sur le développement de ces accidents. Les jeunes hystériques appartiennent sûrement, en grande majorité, à la classe si nombreuse des dégénérés et des névropathes par héritage de famille.

Fièvres de surmenage (2), par M. Victor Rendon.

Sous l'inspiration de M. le professeur Peter, M. Rendon a fait une étude d'ensemble des fièvres de surmenage. Le surmenage est certainement une des choses les plus curieuses de la médecine, surtout par ce temps d'auto-intoxication. A l'état normal, un individu élimine au jour le jour les déchets de son organisme, les produits de combustion de sa substance. On comprend très bien que, si le travail fourni est excessif, il peut y avoir, d'une part, usure exagérée des cellules et, d'autre part, accumulation dans les humeurs de produits de désassimilation fabriqués en excès. Il est possible aussi que ces produits de désassimilation, de quantité exagérée, soient aussi modifiés dans leur *qualité.* Le surmenage serait donc constitué par l'excès de la désassimilation résultant du travail physiologique des organes sur la dépuration humorale. Épuisement et auto-intoxications, tels en seraient les deux termes.

M. le professeur Peter, grand ennemi, on le sait, des théories zymotiques, a, au contraire, accueilli avec empressement la découverte des leucomaïnes et les théories de l'auto-intoxication. Dans le présent travail, son élève, M. Rendon, a traité un des sujets qui lui sont le plus chers : la production d'états typhoïdes par le malade lui-même, par travail exagéré, par surmenage.

Il divise ces états typhoïdes en :

1° État typhoïde sans fièvre ;
2° État typhoïde avec fièvre, mais sans lésions ;
3° État typhoïde avec lésions passagères ou permanentes.

Dans les deux premières formes, les liquides seuls seraient modifiés ; dans la troisième, les tissus à leur tour présenteraient des lésions appréciables. Dans le surmenage typhoïde sans fièvre,

(1) In-4°. Prix : 3 francs. — Paris, O. Berthier.
(2) In-8°, 159 pages. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

les phénomènes sont ceux d'une fièvre typhoïde, mais sans élévation de la température. Dans la seconde variété, la ressemblance avec la fièvre typhoïde est plus grande encore. Fièvre intense (39°-40°), céphalalgie, insomnie, prostration, gargouillement dans la fosse iliaque, taches rosées lenticulaires. Seulement le tout pourrait disparaître en trois ou quatre jours par le simple repos. Dans d'autres cas, c'est l'aspect de la variole au début : fièvre intense, courbature générale, rachialgie. Tout cet appareil fébrile disparaît encore en quelques jours.

Parfois il peut se faire, du côté du thorax, des congestions qui rappellent la [fluxion de poitrine : points de côté, dyspnée, quelques râles superficiels entremêlés de frottements secs.

La fatigue jouerait aussi un rôle important dans la survenue des fièvres de croissance si bien étudiées par M. Bouilly.

Dans les formes graves, le myocarde serait fréquemment atteint et lésé, de là une cause de dégénérescence, de myocardite et, au point de vue fonctionnel, d'asystolie ou de collapsus cardiaque.

Il faut mentionner comme conséquences, comme lésions diverses, consécutives à la fatigue excessive : les myosites suppurées, les thromboses, les gangrènes, les suffusions sanguines du purpura hémorrhagique.

Le travail de M. Rendon, intéressant à bien des points de vue, n'épuise pas le sujet. Il a évité de se poser la question si intéressante de la *prédisposition morbide*, créée par la fatigue et le surmenage. D'autre part, il a complètement laissé de côté les formes rhumatoïdes, le faux rhumatisme de surmenage; c'est une lacune, sans doute volontaire, mais importante dans son étude. Voulant les laisser de côté, l'auteur devait prendre un titre moins compréhensif et bien indiquer qu'il n'aurait en vue que les formes typhoïdes non rhumatoïdes.

Quoi qu'il en soit, ce travail fait honneur à l'école qui l'a inspiré.

Albert Mathieu.

SOUSCRIPTION

EN FAVEUR DE LA VEUVE D'UN CONFRÈRE

QUATRIÈME LISTE

MM. les docteurs	Bergeron, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine. . . .	100 fr.
—	A. Ollivier (de l'Académie de médecine).	40
—	Berne (de Lyon)	10
—	Blanchard (de Briançon). . .	25
—	Boulin (de Morlaas).	5
—	Bourelle (d'Orbais-l'Abb.). .	10
—	Bourguet (de Graissessac) . .	10
—	Breteille (de Roubaix). . . .	10
—	Damour (de Saint-Fulgent). .	5
—	Devillers (de Guise).	10
Troisième liste.		1783
	Total.	2008 fr.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 5 septembre 1888, a été nommé dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. le docteur Triaud, médecin de deuxième classe de la marine démissionnaire.

— Par décision ministérielle, en date du 7 septembre 1888, M. Karcher, pharmacien-major de deuxième classe, à l'hôpital militaire de Sedan, a été inscrit, d'office, au tableau de 1888, pour le grade de pharmacien-major de première classe.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

47

RACHITISME, MALADIES DE LA PEAU, SYPHILIS

LE ROB LECHAUX

Préparé par Mario LECHAUX, pharmacien, 165, rue Sainte-Catherine (Bordeaux), contient exactement 40 centigr. d'iodure de potassium par cuillerée à bouche.

« Le ROB LECHAUX est une des meilleures « préparations dépuratives de notre époque. « Toutes les affections dans lesquelles l'hématose « est entravée, toutes les *dyscrasies*, les *accidents* « de la *scrofule* et du *lymphatisme*, sont justi- « ciables de cette médication. Elle rend des « services sérieux dans les *affections organiques* « *du cœur avec cyanose, œdème pulmonaire,* « *dyspnée intermittente* ou *continue*; dans la « *scrofule* proprement dite, avec adénites fran- « chement suppuratives ou caséeuses; dans la « *leucémie*, la *lymphadénie* et probablement dans « ces formes morbides peu connues dont les « tumeurs ganglionnaires multiples et inertes « sont les phénomènes les plus saillants; dans « les *affections scorbutiques*, le *purpura*, et enfin « dans beaucoup d'accidents imputables à la « syphilis héréditaire. » (*Abeille médicale*, 12 février 1883.)

Le flacon, **4** francs, dans toutes les pharmacies.

A titre d'expérimentation, envoi gratis d'échantillons à MM. les médecins qui en feront la demande.

30

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

S[t] dép. dét. à Paris, Ph[ie] LEBEAULT, 53, Réaumur.

ENTREPOT GÉNÉRAL : **5, rue Bourg-L'Abbé, Paris.**

38

DRAGÉES GRIMAUD

au FER et à l'ERGOT DE SEIGLE

Incomparables dans le traitement de l'*incontinence nocturne d'urine, les affections chlorotiques, les pâles couleurs et anémies* de toute nature.

Connues depuis de longues années, elles ont valu à l'inventeur les plus flatteuses distinctions.

DOSE : 6 à 10 par jour.

DIPLOME D'HONNEUR à l'exposition d'Hygiène de l'Enfance 1887. — Se trouvent dans toutes les bonnes pharmacies et chez les principaux droguistes en France et à l'étranger.

Prix 5 fr.—Gros : E. GRIMAUD fils, 3, r. Ribera, Paris.

42

POUGUES SAINT-LÉGER

Les seules eaux alcalines reconstituantes

Maladies de l'estomac et des intestins, gravelle, diabète, appauvrissement du sang, métrites, leucorrhée, dysménorrhée, chlorose, anémie.

Des caisses sont mises, à titre gracieux, à la disposition de MM. les docteurs. Adresser les demandes, 22, Chaussée d'Antin, Paris.

80

PANSEMENT ANTISEPTIQUE MÉTHODE LISTER

M. DESNOIX, pharmacien, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, prépare toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode de Lister.

1° La gaze antiseptique **0** fr. **50** le mètre; 2° le catgut n[os] 1, 2, 3, 4, **1** fr. **25** le flacon; 3° le taffetas dit *protective*, **1** fr. **25** le mètre; 4° le macintosh, **5** fr.

Tous ces produits, préparés d'après les formules et les indications du docteur LISTER, offrent toutes les garanties aux chirurgiens.

Sparadrap chirurgical des hôpitaux de Paris, Toile vésicante (action prompte et sûre), Sparadrap révulsif au thapsia, Bandes dextrinées pour bandages inamovibles, Coton hydrophile, Coton hydrophile phéniqué, Coton à l'acide salicylique, Lint à l'acide borique, etc., etc.

42

Méd. aux Exp. : Vienne, Philadelphie, Paris, Sidney

FOUGÈRE MALE ET CALOMEL

TÆNIFUGE, préparé par LIMOUSIN.

Le flacon de 16 capsules, dosées selon la formule du D[r] Créquy, suffisent pour expulser le **ver solitaire.** (Envoi par poste.) — **Prix : 6 fr.**

Ph[ie] LIMOUSIN ✱, 2 *bis*, rue Blanche, Paris.

75

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

22

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des Dyspepsies amylacées.

TITRÉE PAR LE D[r] COUTARET.

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a reçu l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon. Académie des sciences de Paris. Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liège, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

GROS : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

34

MÉDICATION ANTI-BACILLAIRE

Phthisies, tuberculoses, adénites.

PERLES D'IODOFORME DE CLERTAN

Chaque perle contient, sous une enveloppe gélatineuse mince, transparente et très soluble, cinq centigr. d'iodoforme en solution dans l'éther.

Dose moyenne : 4 par jour, 2 à chaque principal repas.

PERLES DE CRÉOSOTE DE CLERTAN

Chaque perle contient, sous une enveloppe gélatineuse mince et très soluble, cinq centigr. de *créosote pure* de hêtre, en solution dans l'éther. — Dose moyenne : 4 par jour, 2 à chaque principal repas.

Fabrication et gros : Maison L. FRERE, 19, rue Jacob, Paris, et dans toutes les pharmacies.

40

POUDRES ET PASTILLES DE PATERSON

BISMUTHO-MAGNÉSIENNES

digestives, absorbantes, antigastralgiques contre les douleurs d'estomac, les digestions pénibles, le manque d'appétit, les aigreurs et les vomissements.

DETHAN, ph[en] à Paris, et toutes les ph[ies] de France et de l'étranger.

Paterson

66

SIROP DE DIGITALE DE LABÉLONYE

Ce Sirop, à la fois excellent sédatif et puissant diurétique, est employé depuis trente ans avec un succès constant par les médecins de tous les pays contre *Maladies du cœur*, diverses *Hydropisies, Bronchites nerveuses, Coqueluches, Asthmes* et *Catarrhes chroniques*, enfin dans tous les *troubles de la circulation.*

Dépôt général : LABELONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

66

BLENNORRHAGIE — CYSTITE

ÉCOULEMENTS AIGUS OU CHRONIQUES DE L'URETHRE OU DE LA VESSIE.

PILULES DE KAVA FOURNIER

Ces pilules guérissent en quelques jours, surtout l'état aigu, sans *fatigue pour l'estomac*, ni *renvois*, ni *diarrhée*, ni *odeur des urines.*

Médaille d'or, Paris 1885.

Exiger sur chaque pilule la signature du D[r] FOURNIER, 22, place de la Madeleine, Paris.

33

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

VIN DE BAYARD A LA PEPTONE PHOSPHATÉE

contient moitié de son poids de viande et 0 gr. 20 *de chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée.

47

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la secrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

65

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

49

PASTILLES HOUDÉ

AU CHLORHYDRATE DE COCAÏNE

Grâce à l'anesthésie qu'elles produisent, nos **Pastilles de chlorhydrate de cocaïne** ne tardent pas à procurer le plus grand soulagement et à calmer les douleurs dans les **maladies de la gorge,** dans les **enrouements,** les **extinctions de la voix,** dans les **laryngites** et les **angines.**

Elles contribuent à faire disparaître les **picotements, chatouillements,** et à **tonifier les cordes vocales**; très utiles pour combattre le mal de mer, vomissements, les maladies de l'œsophage et de l'estomac en facilitant la déglutition.

DOSAGE. — Chacune de nos pastilles renferme 2 milligrammes de chlorhydrate de cocaïne.

MODE D'EMPLOI. — De 6 à 12 par jour suivant l'âge; les prendre une heure avant les repas.

Dépôt : A. HOUDÉ, 42, r. fg St-Denis, Paris et ph[ies].

92

PIN D'AUTRICHE DE JOSEPH MACK

PINUS PUMILIO

ESSENCE pour inhalation et fumigation contre affection des voies respiratoires.

EXTRAIT pour bain anti-rhumatismal.

SOLUTION pour frictions fortifiantes et anti-rhumatismales.

CELLULES contre maladies des bronches, poumons et catarrhes vésicaux.

SIROP ET PATE contre Toux, Rhume et maladies catarrheuses.

Inhalateur perfectionné viennois, Flanelle, Ouate, Plastrons, Gants pour frictions.

Dépôt : Ph[ie] M. TALLON, Exiger la signature, 49, avenue d'Antin, Paris.

— Envoi franco d'échantillons gratuits.

Joseph Mack

59

BAIN DE PENNÈS

HYGIÉNIQUE, RECONSTITUANT, STIMULANT,

Remplace **Bains alcalins, ferrugineux, sulfureux,** surtout les **bains de mer,**

Exiger Timbre de l'État — Pharmacies. Bains.

N° 105. — JEUDI 13 SEPTEMBRE 1888. 61e ANNÉE. JEUDI 13 SEPTEMBRE 1888. — N° 105.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Dans ces derniers temps, plusieurs chirurgiens, MM. Larger, Verneuil, Berger, entre autres, ont communiqué soit à la Société de chirurgie, soit à l'Académie, des faits bien observés tendant à démontrer la nature infectieuse du tétanos. M. Gustave Richelot, qui, dans sa thèse d'agrégation, en 1875, admettait purement et simplement la théorie nerveuse du tétanos, vient aujourd'hui de se déclarer converti à l'origine infectieuse de cette affection. Il a communiqué à l'Académie deux faits intéressants dans lesquels la contagion paraît, en effet, bien évidente. Il s'agit de deux jeunes femmes, atteintes de salpingo-ovarite, chez lesquelles il a pratiqué la castration ovarienne et qui, toutes deux, ont succombé, à moins de quinze jours d'intervalle, à une attaque de tétanos. Par ces faits, joints à ceux de MM. Verneuil et Berger, la contagiosité du tétanos semble bien démontrée. Mais il n'en est pas de même de l'origine équine, défendue avec tant d'énergie par M. Larger à la Société de chirurgie; rien, en effet, dans les faits de M. Richelot, pas plus que dans ceux de M. Berger, n'autorise à l'admettre. Quoi qu'il en soit, l'étiologie du tétanos demande à être étudiée de nouveau; c'est une question à l'ordre du jour, et il serait à désirer que les intéressantes observations de MM. Berger et Richelot fissent l'objet d'un rapport, lequel deviendrait à son tour le point de départ d'une discussion instructive.

M. Prengrueber a présenté un malade auquel il a enlevé, il y a six mois, le maxillaire inférieur, la presque totalité de la langue et le plancher de la bouche pour un cancer. Cette opération, que d'autres chirurgiens avaient refusée à ce malade, a donné un résultat avantageux, puisque depuis six mois cet homme se porte à merveille, tandis qu'au moment de l'opération il ne pouvait plus se nourrir et pouvait à peine respirer. Alors même qu'une récidive, malheureusement à craindre, surviendrait prochainement, la survie obtenue, la cessation des souffrances et la possibilité d'une bonne alimentation justifieraient, dans ce cas, la hardiesse opératoire de M. Prengrueber. Il est juste d'ajouter que ces opérations, si redoutables autrefois à cause des hémorrhagies, sont aujourd'hui rendues beaucoup plus faciles et bien moins dangereuses par l'emploi des pinces hémostatiques spéciales que M. Péan a imaginées à cet effet, que nous avons représentées ici-même (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 659), et auxquelles n'a pas manqué d'avoir recours son digne élève, M. Prengrueber.

Nous signalerons encore une lecture de M. Bénard (de Saint-Germain-en-Laye), sur les règles à suivre pour éviter les inhumations prématurées; puis un rapport de M. Trasbot sur un travail de M. Mathis, relatif à la dysentérie des jeunes chiens, dysentérie, selon M. Mathis, d'origine microbienne, comme la diarrhée verte des jeunes enfants.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. FOURNIER.

Épilepsie et syphilis.

Dans une précédente leçon, nous avons démontré l'influence absolument incontestable de la syphilis sur l'hystérie (1); aujourd'hui, je voudrais vous entretenir de son influence non moins absolue sur une autre névrose, beaucoup plus grave que la première, sur l'épilepsie.

En effet, le nervosisme secondaire ne fait pas que s'attester par des accidents hystériformes; quelquefois aussi, mais d'une façon infiniment plus rare, il se traduit par des accès épileptiformes, de sorte que, de même qu'on a décrit et admis une hystérie secondaire, de même on est autorisé à décrire une épilepsie secondaire.

Ce seul mot terrifiant d'épilepsie dit assez si nous sommes en présence d'un ordre de symptômes importants et curieux. Mais, pour mettre immédiatement à son point l'ordre de faits dont il s'agit ici, je dois préciser dès maintenant que cette épilepsie secondaire est une manifestation infiniment rare de la syphilis secondaire. C'est même une manifestation tout à fait exceptionnelle; elle n'en est pas moins aussi authentique, aussi incontestable. Je dois donc la signaler et en parler d'une façon expresse comme accident possible de la période secondaire, en raison du caractère même de ces accidents, en raison de l'alarme et de l'effroi qu'ils jettent dans les familles, en raison aussi des difficultés de diagnostic auxquels ils pourraient donner lieu pour tout médecin qui en ignorerait la production possible comme manifestation syphilitique secondaire.

Tout d'abord, je veux légitimer par des exemples l'au-

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 892.

thenticité de ces crises épileptiques se développant au cours de la période secondaire.

Premier exemple. — Une femme, âgée aujourd'hui de vingt-sept ans, grande, robuste, bien musclée, est épileptique depuis son enfance. Jusqu'à l'âge de la puberté, elle a eu des attaques très fréquentes. Plus tard, les crises se sont distancées, à ce point que, depuis dix ans jusqu'au mois dernier, il ne s'en est plus produit que six, dont la malade fournit les dates précises de la façon suivante : une à dix-sept ans et une autre à vingt ans, survenues toutes deux sans cause appréciable; trois à vingt-quatre ans, coup sur coup, déterminées par un violent chagrin; une dernière, il y a quinze mois, ayant succédé à une émotion très vive.

Or, il y a quatre à cinq mois, cette femme prend la syphilis. Elle ne se traite pas, et des accidents secondaires (syphilides cutanées et muqueuses, céphalée, angine, etc.) commencent à se manifester au bout de six semaines à deux mois environ. Puis, le mois suivant, crise épileptique, survenue à la suite de violents maux de tête. Pas de traitement. Pendant six semaines, les accidents spécifiques ne font que s'accroître; la peau se couvre de boutons, la céphalée augmente et quatre nouvelles crises épileptiques se produisent.

C'est alors que la malade entre dans mon service, et je constate sur elle une syphilide papulo-squameuse extrêmement confluente, des syphilides muqueuses, des croûtes du cuir chevelu avec alopécie, etc., plus des douleurs multiples et une violente céphalée.

La médication spécifique est aujourd'hui instituée; mais ces divers accidents ne se modifient que très lentement et, dans l'espace de six à sept semaines, six crises épileptiques se produisent encore, dans notre service, sous nos yeux, en dehors de toute provocation, de toute excitation physique ou morale. Nul doute ne peut être conservé, d'ailleurs, sur la nature de ces crises, qui sont celles de l'épilepsie la plus franche et la plus classique.

Enfin l'action thérapeutique se manifeste : la céphalée se calme, les syphilides s'effacent et, parallèlement, les crises épileptiques se suspendent.

Voici donc, en résumé, une femme épileptique qui ne présente que six crises en dix ans. Elle contracte la vérole, et tout aussitôt onze crises se produisent en moins de quatre mois. Elle se traite, les symptômes spécifiques s'amendent, et, simultanément, l'incitation épileptique s'atténue et s'éteint.

Deuxième exemple. — Une jeune femme, forte aussi et bien constituée, est amenée à Lourcine pour des accidents spécifiques, dont l'origine paraît remonter à trois mois et qui, jusqu'à ce jour, n'ont été soumis à aucun traitement.

Nous la trouvons affectée, lors de son entrée dans nos salles, de divers symptômes manifestement syphilitiques, tels que pléiades ganglionnaires inguinales, reste d'une induration chancreuse sur une grande lèvre; syphilides papulo-érosives de la vulve, syphilides amygdaliennes, roséole intense et ardente couvrant le corps et les membres, analgésie généralisée de la peau et des muqueuses, etc.

Quelques jours après son admission, cette femme est prise, dans la nuit, d'une crise convulsive violente, qui réveille les malades de la salle. On la trouve sans connaissance, râlant, écumant, se débattant en place dans des convulsions qui rappellent le haut mal. A la suite de cette crise, elle tombe dans un sommeil profond. L'interne de service arrive près d'elle, un quart d'heure plus tard, et assiste à une seconde crise qui, d'après son dire, était un type classique d'accès comitial; consécutivement, évacuation involontaire d'urine et sommeil quasi-comateux qui dure jusqu'au matin.

A la visite du lendemain je trouve la malade somnolente, dans un état de demi-hébétude, incapable de répondre aux questions que je lui adresse. La légère excitation qui paraît résulter de mon examen suscite une crise nouvelle, dont j'observe soigneusement les moindres détails et qui reproduit méthodiquement toute la scène d'une crise d'épilepsie commune : perte subite de connaissance, convulsions toniques initiales, de courte durée, puis convulsions cloniques, sur place, d'une durée de quelques minutes, distorsion effrayante du visage, grincement de dents, écume sanguinolente sortant des lèvres, morsure de la langue, etc., et finalement stertor apoplectiforme. Rien ne manque au tableau, pas même l'émission involontaire de l'urine.

Le lendemain, la malade a repris pleinement connaissance. Nous l'interrogeons sur ses antécédents et elle nous répond d'une façon péremptoire qu'elle n'a jamais éprouvé de crises semblables, non plus que la moindre défaillance nerveuse. Elle n'est pas moins affirmative sur les divers membres de sa famille, dont aucun, dit-elle, n'est sujet à des accidents nerveux. D'autre part, une analyse aussi minutieuse que possible des troubles morbides antérieurs ou actuels ne révèle aucune cause étrangère à laquelle puissent être imputés les symptômes qui viennent de se produire.

En conséquence, le traitement spécifique (proto-iodure de mercure) est continué à l'exclusion de tout autre remède. Sous l'influence de cette médication, la roséole, les syphilides vulvaires et les autres accidents spécifiques s'amendent et se dissipent rapidement. Les crises convulsives ne se reproduisent plus et la malade sort en bon état trois mois plus tard.

Depuis lors elle n'a plus été sujette au moindre accident d'ordre épileptique.

Troisième exemple. — Celui-ci a été observé sur l'homme. L'héritier d'une grande famille, jeune homme de vingt-cinq ans, grand, robuste et d'une excellente santé antérieure, contracta la syphilis en 1867. Dans le cours de la période secondaire, du troisième au sixième mois, il est pris trois fois de crises incontestablement épileptiques (sidération subite, chute, perte de connaissance, convulsions, toniques d'abord, puis cloniques, cyanose et aspect tuméfiant du visage, écume à la bouche, morsure de la langue, etc., etc.). Ces accidents consternent le malade et jettent l'effroi dans la famille, qui fait appel à divers médecins et accumule consultations sur consultations. Les causes de cette épilepsie sont recherchées avec un soin méticuleux. Mais, vainement on interroge soit les prédispositions héréditaires, soit la santé antérieure du jeune homme, ses habitudes, son hygiène, ses moindres tendances morbides; on ne trouve rien. Toutes les hypothèses imaginables sont soulevées, discutées et écartées. On va même jusqu'à soupçonner une affection vermineuse et l'on administre le kousso qui n'expulse rien.

De guerre lasse, force est de revenir à la syphilis, et, d'un commun accord, c'est à la syphilis seule qu'on finit par imputer les crises épileptiques. Et telle était bien, en effet, l'origine des accidents. L'événement le démontra, car, une fois le traitement spécifique mis en œuvre et consciencieusement suivi, non seulement les manifestations exté-

rieures de la diathèse se dissipèrent comme d'habitude, mais l'épilepsie disparut complètement et sans retour. Vingt ans se sont passés depuis lors et le malade n'a plus jamais rien éprouvé qui, de près ou de loin, rappelât ces crises épileptiques.

Ces trois faits et d'autres encore, que je pourrais aussi vous citer, établissent donc d'une façon incontestable que la syphilis secondaire peut déterminer parfois de véritables crises d'épilepsie.

Ce qu'on a observé jusqu'ici comme symptômes épileptiformes survenant au cours de la période secondaire, ce sont purement et simplement des crises convulsives, crises soit exclusivement épileptiques de forme, soit associées à des incidents hystériques et méritant le nom d'hystéro-épileptiques. Ce sont, en un mot, des crises constituant ce qu'on appelle le grand mal, le haut mal.

Je ne sache pas que, jusqu'à ce jour, on eût signalé dans la période secondaire des symptômes de petit mal (vertiges, absence, impulsions soudaines, etc.). Mais la question est encore neuve et le champ reste ouvert à l'observation de ce côté.

Ajoutons, en second lieu, que toujours cette épilepsie secondaire est restée à l'état d'épilepsie convulsive pure et simple, sans se compliquer de ces troubles cérébraux divers qui forment le cortège usuel de l'épilepsie tertiaire (troubles congestifs, intellectuels, moteurs; hémiplégie, etc.).

Enfin, ajoutons encore — et c'est là le fait capital — que cette épilepsie secondaire ne comporte qu'un pronostic favorable. C'est, par excellence, une épilepsie bénigne, en ce sens qu'elle n'est que transitoire, et je n'ai pas à dire si, sous ce point de vue, elle se différencie de l'épilepsie tertiaire, symptomatique de la syphilis cérébrale, laquelle est un symptôme de la plus haute gravité.

Certes, j'ignore ce que deviendrait cette épilepsie secondaire, si elle était méconnue comme nature et abandonnée à son évolution propre. Je pense, cependant, qu'elle guérirait *sponte sua*, à la façon des accidents secondaires. Mais ce que je sais, c'est que, soumise au traitement antisyphilitique, elle a toujours guéri rapidement et complètement dans tous les cas qui se sont présentés à mon observation.

De tous ces faits il résulte, en réalité, que ces accidents, que l'on a décorés du nom d'épilepsie secondaire, ne constituent pas une épilepsie vraie.

Certainement, en tant que symptômes objectifs, en tant que manifestations apparentes, extérieures, ils peuvent et doivent être dits épileptiques; mais, en tant que nature intime de ces manifestations, ce ne sont pas et on ne saurait les considérer comme des symptômes d'épilepsie vraie.

Ces accidents ne constituent donc qu'une pseudo-épilepsie, laquelle n'a rien de commun avec l'épilepsie véritable, comme essence morbide. Ce sont purement et simplement des manifestations du nervosisme secondaire. Et la meilleure preuve de ce que j'avance c'est le caractère essentiellement transitoire de cette épilepsie, qui guérit en même temps que s'effacent les autres accidents syphilitiques contemporains, qui cède tout aussitôt à la médication mercurielle pour ne plus se reproduire.

Je conclus donc, pour terminer, en disant : de par la syphilis, il peut se produire des crises convulsives plus ou moins analogues, quelquefois même complètement identiques à celles de l'épilepsie, et, de par le traitement antisyphilitique, ces crises s'amendent, cette épilepsie guérit.

Il se rattache à ce fait un intérêt pratique d'une importance considérable : il est utile cliniquement de démasquer la vérole sous les allures d'une affection aussi grave, aussi terrifiante, aussi peu curable que l'est la véritable épilepsie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 septembre 1888. — Présidence de M. Hérard.

CORRESPONDANCE

Elle comprend :

1° Un pli cacheté de M. le docteur Lingrand, de Lille (accepté);

2° Une lettre de candidature au titre de correspondant national, par M. Duclos (de Tours).

LECTURES

Règles à suivre pour éviter les inhumations prématurées. — M. Bénard (de Saint-Germain-en-Laye) lit un mémoire sur les dangers des inhumations prématurées. Il termine par les conclusions suivantes :

1° Non seulement les maires, mais aussi tous les habitants des communes doivent prendre connaissance des prescriptions relatives aux ensevelissements. Il faut que les enfants soient, dès l'école, instruits des précautions sur lesquelles insiste la circulaire du 25 janvier 1844 et celles qui l'ont suivies. Je rappellerai les termes de la première. « Le corps doit être laissé dans son lit; on doit éviter de le transporter sur un sommier de paille ou de crin, de l'exposer à un air très froid, de couvrir et d'envelopper le visage. Le corps doit rester dans toutes les conditions de chaleur et d'air susceptibles de faciliter le retour à la vie.

On doit se garder de procéder à l'ensevelissement, à la mise en bière et à toute autre opération analogue; et toutes ces prescriptions doivent être observées pendant le délai de vingt-quatre heures, à partir de la déclaration faite à la mairie. Si donc le médecin vérificateur, à son arrivée, constate quelques infractions aux dispositions réglementaires qui viennent d'être indiquées, il doit adresser à cet égard des recommandations à la personne présente. Si, par exemple, il trouve le corps déjà enseveli, il doit prescrire le désensevelissement et le faire exécuter sous ses yeux. En général, les médecins vérificateurs devront rappeler aux familles toutes leurs obligations à l'égard des individus déclarés morts, et leur faire observer que, pendant le délai de vingt-quatre heures, on doit prendre autant de soins d'une personne, présumée décédée, que s'il s'agissait d'un malade. »

2° L'officier de l'état civil, étant responsable, doit, s'il omet de prendre toutes les mesures nécessaires pour vérifier les décès et donner, de cette façon, à la société et aux familles, les garanties désirables, être puni pour manquements graves à son devoir.

Les maires devront suivre, à la lettre, les prescriptions contenues dans la circulaire ministérielle du 24 décembre 1866 et, à part la vérification directe qui ne peut être faite que par un médecin et seulement par lui, ils rempliront les autres formalités requises, telles que nomination de médecins vérificateurs et surtout (car, en cas d'accident, c'est là ce qui dégagera leur responsabilité), donner avis aux médecins des décès survenus dans leurs communes.

Les préfets doivent exiger qu'il soit enfin tenu compte des prescriptions si sages qu'ils ne cessent de transmettre aux maires de leurs départements. Pour arriver au but, il faudra briser certaines résistances, lutter contre le mauvais vouloir des uns, s'attaquer à l'insouciance des autres ou même détruire les préjugés nés de l'ignorance chez quelques-uns, mais on l'atteindra certainement, ce but, si l'on veut bien ne pas reculer devant les mesures suivantes, si rigoureuses qu'elles puissent paraître : Après dénonciation des contraventions, condamnation aux amendes, puis révocation du maire démontré incapable de veiller sérieusement aux intérêts de ses administrés, sans préjudice des peines

qui pourraient lui être appliquées dans le cas où l'on constaterait l'inhumation d'une personne vivante.

3° Un examen consciencieux, fait par un médecin, étant la meilleure garantie contre les périls de la mort apparente, il est de toute nécessité, comme nous l'avons dit plus haut, que le médecin vérificateur s'assure *de visu* de la réalité de la mort. Les seuls signes infaillibles étant la rigidité cadavérique et la putréfaction, le médecin ne donnera son attestation, que lorsqu'il aura constaté la présence de ces phénomènes.

La rigidité cadavérique peut, comme nous l'avons vu, se montrer avant la mort, elle est, d'ailleurs, un signe trop fugace pour les constatations; il sera donc préférable d'attendre, dans tous les cas, le premier signe extérieur de la putréfaction. On sait que la coloration verdâtre de l'abdomen est le phénomène initial de cette décomposition. Le médecin vérificateur pourra donc signer le certificat de décès, dès son apparition, sans même attendre ou trente-six ou quarante-huit heures du délai minimum.

L'attente serait, du reste, sans dangers, puisque cette coloration semble, à l'abdomen, marcher du dehors au dedans. On constate, à l'autopsie, que les viscères sont bien conservés. Dès que la tache se montre, on cesse l'emploi des moyens qui ont servi à en hâter l'apparition. Le but est atteint, et on le dépasserait d'une manière nuisible pour l'hygiène en provoquant une putréfaction plus avancée.

4° Comme conclusion dernière, avec Tardieu et la plupart des médecins qui se sont occupés de la mort apparente, je demanderai la création de dépôts mortuaires.

« Cette institution, dit Tardieu, a les avantages suivants : Lieu de dépôt pour les morts, utile à la population pauvre accumulée dans des logements étroits; inhumations précipitées devenues impossibles, certitude de la vérification des décès et faculté d'attendre, sans inconvénient, le développement de la putréfaction; possibilité, pendant une épidémie, d'enlever rapidement le corps et de prévenir le danger d'infection ou de contagion, tout en conservant la garantie du délai légal et même au delà; constatation plus sûre des crimes; facilités données aux recherches scientifiques et médico-légales. »

Dans la création de ces dépôts, l'on se rallierait aux conclusions adoptées par la Société de médecine publique et d'hygiène dans sa séance du 25 février 1880.

Le dépôt mortuaire serait établi autant que possible à proximité du centre de chaque quartier, dans un bâtiment isolé.

Le dépôt mortuaire sera un dépositaire simplement et décemment aménagé, distribué en cellules complètement isolées et chaque famille pourra venir veiller, jusqu'au dernier moment, sur ceux qu'elle a perdus.

Le transport au dépôt mortuaire sera facultatif; les corps y seront transportés aussitôt la visite du médecin de l'état civil et sur son indication, par les soins de l'administration municipale.

5° A chaque dépôt sera annexé un appareil à désinfection à air chaud où seront apportés les vêtements et les objets de literie des décédés. Ils y seront immédiatement assainis.

Sur la nature infectieuse du tétanos. — M. RICHELOT rappelle que la plupart des chirurgiens français adoptaient, vers 1875, la théorie nerveuse du tétanos, celle qui considère la lésion des extrémités nerveuses ou des conducteurs comme la source unique du phénomène réflexe, et qui admet l'irradiation par les nerfs, rejetant l'idée d'une infection par le sang. Quelques succès de névrotomie venaient à l'appui de cette doctrine, et M. Brown-Séquard avait fait cesser des phénomènes tétaniques chez un animal par la section nerveuse.

Même à cette époque, certains auteurs préféraient la théorie humorale c'est-à-dire l'idée d'un poison qui, absorbé par la plaie, va irriter directement la moelle en exagérant sa puissance réflexe. Il se passe ici un phénomène analogue à celui que l'on observe dans l'empoisonnement par la strychnine. Cette manière de voir a pour elle des arguments sérieux, entre autres les épidémies de tétanos, car il y a bien longtemps que le tétanos est reconnu épidémique, seulement on attribuait les épidémies à une influence générale atteignant, à la fois, plusieurs individus sans aucune transmission. Tel est le froid, telles sont les causes dépressives.

Depuis, grâce surtout aux travaux de M. Verneuil, on en arrive à croire, plus généralement que par le passé, que ces épidémies ont une origine infectieuse et par conséquent contagieuse.

M. Richelot en fournit un exemple où le fait de la contagion ne saurait être nié sans parti pris.

Louise L..., vingt et un ans, mal réglée depuis seize ans, mariée en 1885, n'a pas eu de grossesse. En décembre 1887, elle fait un premier séjour à Beaujon pour des douleurs abdominales et des pertes de sang; à la suite du grattage de la cavité utérine, amélioration.

Le 26 mai, elle entre à l'hôpital Tenon.

Il s'agissait d'une salpingo-ovarite à forme grave qui méritait une intervention chirurgicale.

M. Richelot procéda, le 15 juin, à l'ablation des ovaires et des trompes. Après l'opération qui n'a été ni longue ni laborieuse, la température ne s'élève pas un instant. Le 18 la guérison paraît assurée, mais le 21, c'est-à-dire le septième jour, la scène change brusquement : la malade souffre de la nuque et a de la peine à écarter les mâchoires. Dans la journée, le trismus se prononce; le pouls monte à 120, la température reste normale, opisthotonos, raideur des membres. Dans la nuit, gêne extrême de la respiration, contracture généralisée, cyanose. A six heures du matin, la malade succombe, avec une ascension subite de la température à 42°. Le chloral n'avait amené aucune amélioration.

A l'autopsie on trouve tous les organes sains.

M. Richelot ne voyait aucun enseignement à tirer de ce nouvel exemple de tétanos. Où trouver une source d'infection, où « chercher le cheval » ? Cependant, du 16 au 19 on avait remué dans la cour de l'hôpital et étalé sur les plates-bandes une grande quantité de fumier. Etait-ce là la cause des accidents survenus le 21 ? Y avait-il eu quelque transmission par les gens de service jusqu'à la malade couchée an troisième étage ? L'argument est précaire en faveur de l'origine équine du tétanos.

Le 28 juin, une jeune femme de vingt ans entre dans son service; elle est atteinte d'une salpingo-ovarite, à marche rapidement progressive. Il l'opère le 5 juillet; les suites sont encore plus simples, s'il est possible, que dans le cas précédent. Mais le 11, le septième jour, comme chez l'autre opérée, à sept heures du matin, se déclare une douleur vive, une sorte d'aura qui vient du côté gauche de l'abdomen. En même temps elle a mal à la gorge, et le trismus commence. Les convulsions toniques se déclarent bientôt, se généralisent malgré l'administration du chloral à hautes doses; la malade meurt le 13 juillet à une heure du matin.

A l'autopsie la cavité péritonéale est saine.

Cette observation comporte un enseignement précieux; le second tétanos, à coup sûr, est la conséquence du premier. On avait, dans la chambre affectée aux laparotomies, lavé les murs à l'acide phénique et brûlé du soufre pendant plusieurs jours. Malgré cette désinfection qui nous avait paru suffisante, un agent toxique a été transmis d'une opérée à l'autre. Par où s'est-il glissé ? Quel objet lui a servi de véhicule ? Quoi qu'il en soit, sa présence est bien démontrée, car le mal a éclaté à quelques jours de distance, dans le même lieu et dans des conditions identiques. Il faudrait aimer les coïncidences fortuites, pour ne voir dans ce double événement qu'un simple effet du hasard.

Ces deux observations paraissent établir nettement la nature infectieuse et contagieuse du tétanos, mais elles ne prouvent rien en ce qui concerne son origine équine.

PRÉSENTATIONS

Traitement du cancer de la bouche. — M. PRENGRUEBER présente à l'Académie un malade auquel, il y a six mois, il a dû enlever la plus grande partie de la langue, tout le plancher de la

bouche et une grande étendue du maxillaire inférieur, pour remédier à un volumineux cancer ulcéré.

La grande étendue de la perte de substance qu'il a dû faire pour enlever la totalité du mal, la guérison rapide et complète du malade, la situation particulièrement satisfaisante dans laquelle il se trouve à l'heure actuelle, donnent un intérêt tout particulier à l'observation de cet homme; la voici résumée en quelques mots.

Il s'agit d'un homme de quarante-trois ans, qui n'avait jamais été malade, jusqu'au moment où est apparue l'affection qui l'a amené à l'hôpital. Il n'est pas syphilitique, mais il avoue boire et surtout fumer d'une façon exagérée.

Vers le mois de mars 1887, il constata, sur la partie médiane de ses gencives inférieures, une ulcération à laquelle il n'attacha d'abord pas grande importance, mais qui ne tarda pas à s'étendre et à envahir les parties voisines. Peu après, l'ulcération devenait le siège d'un écoulement sanieux, abondant et fétide; elle s'accompagnait d'hémorrhagies fréquentes, que provoquaient les traumatismes les plus légers; enfin, elle était douloureuse, et la douleur vive, lancinante, partant du siège du néoplasme, irradiait dans la tête, principalement du côté de l'oreille droite.

La déglutition, la mastication et la parole étaient devenues très difficiles et l'état général du malade déclinait de jour en jour.

C'est dans ces conditions un peu tardives qu'il entra à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Péan. Celui-ci, étant à ce moment souffrant, voulut bien confier le malade à M. Prengrueber. Voici dans quel état il le trouva à la date du 2 mars 1888.

Lorsqu'il ouvre la bouche, ce qui ne peut être obtenu qu'avec difficulté et incomplètement, on constate que la branche horizontale de la mâchoire inférieure et les gencives correspondantes, la totalité du plancher de la bouche, et la portion attenante de la base de la langue, sont remplacés par un tissu dur, mamelonné, bourgeonnant, ulcéré et ramolli par places; l'exploration de la région sous-maxillaire montre qu'elle est remplie par des prolongements du néoplasme buccal ayant envahi les glandes sous-maxillaires et les ganglions; notons enfin que des prolongements de ce même néoplasme peuvent être suivis du doigt jusqu'au voisinage des piliers antérieurs. Du côté droit, ils font, sur le bord de la langue, une saillie plus volumineuse qu'une grosse amande. En somme, on peut estimer que la langue, complètement immobilisée par le néoplasme, est envahie dans les trois quarts de sa substance environ. Il ne reste plus que la muqueuse dorsale qui avoisine l'épiglotte, doublée d'une couche peu épaisse de substance musculaire.

La déglutition, la parole sont extrêmement gênées, il s'écoule constamment de la bouche un mélange de salive, de sanie purulente et de sang; enfin, le malade souffre atrocement, il ne dort pas, et son amaigrissement, la teinte terreuse de sa peau, indiquent un état cachectique avancé.

Voici l'opération qu'a pratiquée M. Prengrueber : il fait une longue incision parallèle au bord inférieur du maxillaire, et ayant l'étendue de ce bord, remontant même sur le bord postérieur de la branche montante à droite.

Disséquant la lèvre antérieure de l'incision, il taille un vaste lambeau comprenant toute la lèvre inférieure et une partie de la joue. Dans ce lambeau il a conservé la partie inférieure du périoste maxillaire. La partie supérieure envahie par le néoplasme est laissée adhérente au maxillaire. L'os est ensuite scié en deux endroits au moyen de la scie du polytritome. A gauche l'incision porte à 1 centimètre en avant de la branche montante, elle-même préalablement séparée du masséter sur une hauteur de 5 à 6 centimètres.

Cela fait, M. Prengrueber dissèque la lèvre inférieure de l'incision de façon à former un lambeau avec la peau de la région sus-hyoïdienne. Les glandes et les ganglions sous-maxillaires, ainsi mis à nu, sont rattachés à la masse principale de la tumeur qui se trouvait ainsi libérée en avant et sur les côtés. Pour sectionner sa base, il a tout d'abord assuré l'hémostasie préventive au moyen des pinces courbées de Péan, placées en travers de la langue en arrière du néoplasme, et il a enlevé tout ce qui était placé en avant de ces mêmes pinces.

Après s'être assuré qu'il ne laissait pas de tissu morbide dans la plaie, il a rapproché ses lambeaux cutanés et les a suturés, sauf à leurs deux extrémités par lesquelles passaient les pinces hémostatiques laissées en place.

Les suites opératoires furent simples, et au bout de quarante-huit heures on enlevait les pinces.

On alimenta tout d'abord le malade avec la sonde œsophagienne, puis celle-ci devint inutile. Le 21 mars, le malade se promenait, et le 4 avril il quittait l'hôpital.

Aujourd'hui, 11 septembre, la plaie opératoire est parfaite. L'absence du menton est en partie dissimulée par la barbe, et la partie de la langue respectée, adhérant à la face postérieure de la cicatrice cutanée, forme un plancher buccal très satisfaisant; toutefois, nous devons signaler en dehors, le long de la carotide, loin de la plaie opératoire, un gros ganglion indolore et qui, paraît-il, reste stationnaire depuis plus d'un mois.

L'alimentation s'exécute facilement, au moyen d'un entonnoir muni d'un tube en caoutchouc, qui porte les aliments dans l'arrière-bouche.

Le goût est parfaitement conservé. La parole est à peu près incompréhensible.

L'état général est aussi satisfaisant que possible, et malgré l'énorme difformité dont il est atteint, cet homme, se rappelant l'état misérable dans lequel il était lors de son entrée à l'hôpital, se déclare heureux et reconnaissant de l'opération qu'on lui a faite, et que deux chirurgiens, qu'il avait vus auparavant, lui avaient refusée.

RAPPORTS

De la dysentérie des jeunes chiens. — M. TRASBOT lit un rapport sur un mémoire de M. Mathis (de Lyon) intitulé : « Note sur la dysentérie des jeunes chiens. »

La conclusion du travail de M. Mathis est que la dysentérie des chiens est d'origine microbienne et analogue à la diarrhée verte des enfants, décrite par M. Hayem. Cette idée ne paraît pas à M. Trasbot suffisamment établie par les faits recueillis jusqu'à ce jour; des preuves expérimentales nouvelles et d'une autre forme sont encore nécessaires pour la mettre à l'abri de toute contestation.

La contagion de cette affection admise par M. Mathis n'est pas démontrée, pas plus que sa nature microbienne.

M. Mathis, partisan convaincu de la contagion, a cherché le germe pathogène : il est parvenu à isoler, cultiver un agent supposé pathogène, c'est un bacille d'environ 0 μ 84 à 1 μ, large de 0,24 à 0,34. Avec les produits de culture, il a reproduit approximativement la maladie.

Les animaux inoculés ont présenté des nausées et des vomissements. Ces troubles digestifs ont été assez éphémères et n'ont pas eu de conséquences ultérieures appréciables.

Il ne ressort donc pas de ces expériences la preuve absolue que le bacille est la cause première, essentielle de la maladie.

Pour que la preuve fût faite complètement, il faudrait qu'avec les produits de culture ingérés on eût fait naître chez les jeunes animaux la maladie dans toute son intégrité et avec toutes ses conséquences, ce qui n'a pas encore été obtenu.

Il se peut que l'idée de M. Mathis soit juste, mais il lui reste à en fournir la preuve et il y arrivera peut-être en poursuivant les recherches qu'il a commencées.

Prix Vernois. — M. TRASBOT lit un rapport sur le prix Vernois.

M. LE PRÉSIDENT déclare une vacance dans la section d'accouchements, en remplacement de M. Blot, décédé.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Souvenirs d'Algérie (1879-1885) : De Constantine à Biskra (1).

Par M. le docteur BADOUR, médecin principal.

XIII

Mais ce ne sont là que d'heureux accidents et, pour revenir à Sidi Okba, où nul Européen n'aura jamais envie d'aller planter sa tente, vous en avez, n'est-ce pas? remarqué les abords hideux et puants. On y retrouve ce qui existe dans toutes les agglomérations sédentaires de ces populations dont l'apathie est véritablement bestiale. La terre est défoncée et couverte d'immondices, les clôtures s'effondrent, il y a des creux vaseux et des mares verdâtres. C'est pur comme à Biskra, comme à Gafsa.

Il n'est pas jusqu'aux cactus qui bordent les ornières et que les chameaux ébrèchent piteusement, qui n'aient l'air misérable. Et, quand on circule dans les corridors tortueux qui s'insinuent entre les cases, et où il semble que l'on marche sur du caoutchouc, tant la matière molle et putrescible y est épaisse, on est de plus en plus frappé d'étonnement, et l'on se hâte de peur d'écroulement.

Si c'est le jour du *souk* ou marché, c'est une bousculade, entre hommes, d'où l'on ne sort que meurtri et sali.

Dans les encoignures, sous des auvents étroits et noirs de malpropreté, se tiennent les petites industries et le petit commerce. On y prend le *qawà*, ce café qui serait bon, si l'eau n'était mauvaise. Des paniers en paille d'aloës s'y tressent drus pour servir d'alcarazas. Les métiers à tisser y rappellent les modèles antiques.

Et la lumière éclatante se joue dans la poussière et sur les torchis d'argile et de litière.

La mosquée, c'est, comme partout, une masure aux murailles mal blanchies et pleines d'araignées, où, sous un dôme lourd, est le tombeau réglementaire, de guenilles couvert. Ne manquez pas, ici encore, de vous hisser sur le minaret, au risque de vous briser les reins, par acquit de conscience et pour la satisfaction d'avoir passé partout. On contemple!!! de là l'entassement des habitations, qui ne résistent aux causes de destruction que par leur appui réciproque. Et la vue s'étend sur les jardins!!! où chaque palmier baigne dans un cloaque et où l'eau des *seguias*, quand il y en a, coule sur du putrilage.

En un mot, c'est horrible.

XIV

Et pourtant, il y a là dans un coin, petit enclos où l'on ne pénètre qu'en se courbant et se heurtant à des angles obscurs, enclos aux parois de bourbe pétrie, aux solives de palmier brut, au milieu desquelles est ménagé le seul jour qu'il reçoive, un regard vers le ciel... *ad sidera vultus*..., il y a là une *école* avec des *écoliers*, et ces écoliers parlent le français comme vous et moi.

« Soyez les bienvenus, » dit l'un d'entre eux en nous apercevant. L'instituteur, jeune Arabe sortant du lycée de Constantine, s'empressa de nous faire les honneurs de son petit gouvernement, et je mis au tableau, avec sa permission, un des gamins qu'il élevait.

« Écris », lui dis-je, et de sa main légère il traça en magnifique cursive ces quelques mots : « Nous sommes heureux de connaître cette oasis, et agréablement surpris d'y trouver cette école. »

Et « analyse » : sur quoi il décomposa la phrase, en distinguant et déterminant bien les différents termes. Je le questionnai sur l'arithmétique et lui demandai même la signification du carré d'un nombre. Il fut superbe, répondant carrément et parfaitement.

Sur une douzaine c'était évidemment un des meilleurs. Les autres, dont j'examinai les cahiers, étaient bons. Et il y avait aussi les bambins, que nous fîmes épeler. C'était, au maximum, un groupe de trente garçons (les filles ne comptent pas!) : chiffre médiocre pour une population de deux mille habitants.

Malgré tout, nous étions émerveillés.

N'est-ce pas admirable, en effet, cette école en plein désert où l'on apprend à parler, à lire, à écrire le français, la langue dans laquelle, selon l'expression d'un de nos plus charmants académiciens, germent et s'épanouissent les belles pensées? Et n'est-on pas en droit d'espérer qu'à la faveur de cette culture l'esprit arabe se dégagera des préjugés traditionnels?

Moi, dont les racines plongent dans le prolétariat, j'aurais mauvaise grâce à critiquer les œuvres d'émancipation intellectuelle. Dans le cas spécial une réflexion, basée sur l'observation des faits, s'impose néanmoins : c'est que l'instruction, dans un pays à mœurs et coutumes oligarchiques, ne profite qu'à quelques-uns, aux riches et aux malins pour qui elle est une corde de plus à leur arc dans la domination des masses et dans leur souplesse vis-à-vis des maîtres. Il ne faut donc l'octroyer qu'à bon escient : car l'Arabe francisé n'en reste pas moins Arabe. Il l'est peut-être même davantage, et il nous le reprouverait à l'occasion.

J'ajoute, à un point de vue général, que la forme, la couleur, la saveur du langage sont des qualités qui ne sortent pas seulement des entrailles de la race, mais qu'elles tiennent plus encore au terroir qui fait la race, et qu'en somme il n'y a de Français qu'en France.

XV

Aller à Biskra sans voir les *Oulède Naïls*, équivaudrait presque à visiter Rome sans voir le pape : ainsi chaque pays a son clou attractif, auquel inévitablement tout voyageur s'accroche.

A Bône, par exemple, et pour ne pas sortir de la région qui nous occupe, vous irez admirer les citernes d'Hippône, ces vastes réservoirs, où le génie romain, par de longs et massifs aqueducs, amassait les eaux de la montagne : uniques restes de l'antique cité, sur lesquels plane le souvenir d'un blasé de la terre réfugié dans le ciel.

Quel attrait possède Constantine, autre que son ravin aux bords vertigineux, aux sombres profondeurs, dont jusqu'à présent nous n'avons su que faire un égoût collecteur?

A Batna c'est Lambèse aux ruines imposantes dont une part des pierres (*etiamque habent sua fata lapides*) a servi à construire la prison que l'histoire d'hier a rendue sinistrement lugubre.

Ici, dans l'oasis, ce devrait être le ciel, les palmiers et l'étendue immense au pied des monts Aurès que le soleil calcine. Eh bien, non! dans la nuit qui tombe et que vont très discrètement éclairer de petites lanternes suspendues aux fenêtres, c'est la rue où se brûle l'encens sur les autels de Cythère. Cette rue est longue avec des échappées latérales, et elle est bordée de cases à un étage dont, étant donné l'usage, le rez-de-chaussée n'est que le vestibule.

Entrez, voyageurs des deux sexes, et ne vous gênez pas : il est convenu que vous vous devez ce spectacle. Quand par hasard les dames n'osent pas s'y commettre, auquel cas ça se corse, l'opération a lieu dans le jardin du cercle, et ça s'y fait en grand, entre soi, avec des nègres mâles, qui parfois s'y échauffent à un degré difficile à décrire.

Entrez donc, vous êtes attendus : car c'est là que prélude l'hétaïre aux faciles amours, et c'est là qu'on va voir, à moins de forfaiture au code du voyage, les yeux noirs flamboyants sous la pose alanguie dans la danse lascive.

La salle est pleine; tout le monde est assis le long de murs suintants, que, pour les personnages, on couvre de tapis plus ou moins secoués. On s'y presse sur les divans maculés dans un curieux mélange de gens de toutes sortes. On y sert le qawa (c'est l'usage établi dans tous les lieux publics) et c'est du café pilé et non moulu que l'on boit et l'on mange. C'est éclairé par des huiles qui fument, c'est chaud, c'est âcre de tabac, ça sent fort et l'on est étourdi par le son des tambours, que les mains font vibrer, par le fifre criard et le violon qui grince.

Quel air, quel bruit, quel monde! Au milieu est tout juste la

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 950.

place nécessaire aux saccades rythmées de l'almée en humeur. La voilà qui s'avance en se dandinant, belle de chair et surtout d'indolence, dans de miroitants atours : long voile pailleté rejeté en arrière, multiples bracelets et ceinture dorée sur la robe voyante. Des tresses que le poil de chameau épaissit et allonge, encadrent sa figure, que surmonte un turban surchargé de sequins. Les sourcils et les cils sont noirs comme du jais; les lèvres et les joues rouges comme pivoine.

Et puis les bras, le haut du corps sont inertes, passifs. Les jambes et les pieds suivent inconscients les mouvements des hanches. Seul le bassin s'agite en des contorsions cadencées. Tous les muscles de cette région, d'ordinaire si placide, se trémoussent à qui mieux mieux, et particulièrement les muscles antérieurs qui bombent la paroi, l'affaissent, la relèvent, en tous sens la projettent.

C'est inimaginable au point de vue physique. Dans le sens passionnel, ce n'est rien moins que beau, et, si tout l'être est là autour d'un utérus, le moteur principal de ce dévergondage, tenez pour bien certain que ce n'est pas l'esprit qui meut cette matière.

Car (mets ton bandeau, amour !) tout cela s'accomplit sans la moindre vergogne. C'est simple, naturel, c'est du commerce honnête et c'est ainsi, en somme, que s'amasse la dot, la tribu des Naïls n'en estimant pas d'autre.

Où diable apprendraient-ils que la goutte de pluie peut être perle ou fange ? Est-ce que la femme tombe en pays musulman ?

Et voilà : vous venez d'assister à la danse du ventre. Vous connaissez à fond l'oasis de Biskra.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 9 septembre 1888, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs en médecine Derville, Riocreux, Raymond, Meurer, Barbier, Droubaix, Laurent, Ansaloni, Guérard, Hocquet, Albertin, Desmoulin, Ménard, Aybram, Lepage.

— Par décision ministérielle, en date du 8 septembre 1888, M. le médecin-major de deuxième classe Durget a été désigné pour le 21e chasseurs à cheval.

— *Hôpitaux de Lyon.* — Le concours, pour la nomination de huit pharmaciens-adjoints, appelés à faire le service des pharmacies des établissements de l'administration hospitalière, vient de se terminer par la nomination de MM. Dessaigne, Froment, Barral, Eymin, Bourcet, Guetton, Blanchin, Tourette.

Ont été nommés pharmaciens-adjoints suppléants : MM. Benoit, Colly, Combes, Vacle, Berne, Giroud, Dufoux, Merley, Boisset, Clayeux, Penet.

— Conformément aux termes du testament d'Ernest Godard, la Société de biologie décernera, à la fin de l'année 1888, un prix de 500 francs au meilleur mémoire qui lui sera adressé sur un sujet se rattachant à la biologie. Aucun sujet de prix ne sera proposé. Dans le cas où, une année, le prix n'aura pas été donné, il sera ajouté au prix qui serait donné deux années plus tard.

Les mémoires devront être envoyés au secrétaire général de la Société avant le 15 octobre; passé cette date, ils ne seront plus admis au concours.

Traité théorique et pratique des maladies d'oreille et du nez, par les docteurs Miot et Baratoux, 2e fascicule : *De l'hygiène de l'oreille, maladies de l'oreille externe,* 1 vol. in-8°, avec 32 figures intercalées dans le texte. — Prix : 4 francs. Prix des fascicules 1 et 2, 1 vol. in-8° avec 161 figures intercalées dans le texte. — Prix : 10 francs. — *Avis* : Le troisième et dernier fascicule paraîtra fin octobre. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 106. — SAMEDI 15 SEPTEMBRE 1888. 61e ANNÉE. SAMEDI 15 SEPTEMBRE 1888. — N° 106.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Des empyèmes chroniques avec fistules thoraciques; de leur traitement chirurgical, et particulièrement de l'opération d'Estlander.

Par M. le docteur P. MICHAUX,
Chirurgien des hôpitaux.

La récente publication du *Traité de l'empyème*, par M. le docteur Bouveret (de Lyon), la discussion si intéressante qui s'est élevée au dernier Congrès de chirurgie, ont rappelé l'attention sur le traitement des empyèmes chroniques et des fistules pleuro-cutanées qui leur sont consécutives. Le moment est donc venu de rassembler, dans une courte Revue, les divers documents épars, pour en extraire les faits les plus intéressants au point de vue pratique.

Pour mettre un peu d'ordre dans cette étude, nous chercherons d'abord à établir, dans un premier chapitre de généralités, ce qu'il faut entendre par empyème chronique, ce qu'il faut penser des fistules thoraciques qui l'accompagnent le plus souvent, et nous nous demanderons enfin quelle est la fréquence de ces divers accidents.

L'étude des caractères anatomiques nous servira ensuite de guide dans le choix des procédés opératoires.

Enfin, après avoir esquissé rapidement l'ensemble des caractères cliniques de cette affection, nous aurons à rechercher quelles sont les indications et les contre-indications de l'intervention chirurgicale.

Les résultats fournis par l'opération nous conduiront aux conclusions pratiques qui doivent terminer et résumer ce travail.

I

GÉNÉRALITÉS SUR L'EMPYÈME CHRONIQUE ET LES FISTULES PLEURO-CUTANÉES QUI L'ACCOMPAGNENT LE PLUS SOUVENT. — Convenablement traitée par la pleurotomie exécutée suivant les règles de la chirurgie antiseptique, la pleurésie purulente, ou empyème aigu, guérit communément au bout d'un temps variable, quelquefois très court, quelquefois très long. Toutefois, lorsque le chirurgien n'intervient pas à temps, lorsqu'il intervient d'une manière insuffisante par les ponctions, les tubes, canules ou siphons, ou même spontanément, alors que toutes les conditions nécessaires au succès paraissent avoir été convenablement remplies, l'empyème passe à l'état chronique.

Quand peut-on dire qu'un empyème est devenu chronique, ou, ce qui revient à peu près au même, quand doit-on désespérer de la guérison définitive de cet empyème aigu? telle est la première question qui se pose devant le praticien.

Pour arriver à la solution de ce problème difficile, il convient d'abord de mettre hors de cause les pleurésies purulentes ouvertes spontanément. Celles-là, en effet, ne guérissent pour ainsi dire jamais, et on peut affirmer, d'une manière presque absolue, que tout empyème aigu, qui s'est ouvert spontanément devient nécessairement un empyème chronique.

La question posée plus haut se limite donc aux empyèmes aigus qui ont été traités chirurgicalement et qui ont résisté aux efforts du chirurgien; et malheureusement, la question, même ainsi limitée, renferme encore un si grand nombre de cas divers, qu'il est presque impossible de donner des règles générales. Quelques-uns pensent qu'après deux ou trois mois, une fistule devient permanente; Homen conclut, de l'étude de quatre-vingt-onze cas, que la durée moyenne de la cicatrisation d'un abcès pleural, traité par la pleurotomie, est d'environ quatre mois; MM. Bouilly et Berger conseillent d'attendre six mois avant de recourir à l'intervention chirurgicale. Mais ces chiffres n'ont rien d'absolu et tous les chirurgiens ont vu des cavités purulentes de la plèvre, avec fistules pleuro-cutanées, s'oblitérer d'une manière définitive au bout d'un temps bien plus considérable. Mon excellent maître, M. P. Berger, dans le rapport si remarquable qu'il a fait sur ce sujet, à la Société de chirurgie, en 1884, a relaté un certain nombre d'exemples, dans lesquels il a vu la fistule se tarir spontanément après trois ans (2 cas), après un an (2 cas), huit mois (1 observation de M. Peyrot).

Il n'en est pas moins vrai, ajoute très justement M. Bouveret, que ce sont là des faits exceptionnels qui ne permettent pas de compter sur la guérison spontanée des empyèmes aigus. De plus, il faut tenir compte de la difficulté que l'on a à suivre les malades, de la possibilité d'occlusion momentanée de trajets fistuleux qui se rouvrent ensuite; enfin on ne saurait oublier qu'il est souvent impossible de donner à certaines classes de malades les soins locaux nécessaires, et de réaliser pour eux les conditions hygiéniques de premier ordre, indispensables pour mener à bien un traitement aussi long et aussi difficile que celui-là.

Nous devons maintenant nous demander quelle est la fréquence de l'empyème chronique, dont nous venons d'essayer de tracer les limites.

Les éléments statistiques, qui permettent de répondre à cette seconde question, ne sont malheureusement pas encore nombreux : sur 99 cas d'empyème examinés par M. Berger dans son rapport à la Société de chirurgie, nous trouvons 44 guérisons complètes, 32 morts, 23 fistules permanentes. Homen se rapproche beaucoup de ce chiffre, quand il fixe la proportion des empyèmes chroniques avec fistules, au quart des empyèmes pleurotomisés et à un chiffre plus élevé encore pour les empyèmes qui se sont ouverts spontanément. Il convient toutefois de faire remarquer que ces statistiques sont en grande partie antérieures à l'emploi des procédés vraiment antiseptiques, qu'elles comportent de nombreux cas, traités par des procédés reconnus aujourd'hui pour notoirement insuffisants, tels que tubes, canules, etc. Enfin, il est bien évident que l'on n'a pas toujours eu la patience ou les moyens de suivre les malades jusqu'au bout. Je tiens d'ailleurs d'une communication orale de mon excellent maître, M. Peyrot, dont on connaît la compétence spéciale dans le sujet qui nous occupe, que toutes les pleurotomies qu'il a faites dans ces dernières années se sont toujours heureusement terminées, au bout d'un temps plus ou moins long, sans qu'il ait eu besoin d'intervenir par une des opérations que nous étudierons tout à l'heure. La fréquence des empyèmes chroniques, justiciables d'une intervention chirurgicale telle que la résection des côtes, n'est donc peut-être pas aussi grande que l'ont cru certains auteurs, et ce qui tendrait à corroborer cette opinion, c'est qu'aujourd'hui, la période d'engouement qui suit toute opération nouvelle étant passée, les opérations d'Estlander sont devenues plus rares. Elles n'en ont pas moins leurs raisons d'être, leurs indications et leurs contre-indications spéciales, nous tâcherons de les établir à la fin de cette Revue. Recherchons dans un second chapitre, quelles sont les conditions anatomiques créées par l'empyème chronique au poumon, à la plèvre, à la cage thoracique, et efforçons-nous d'y puiser les règles auxquelles il faudra soumettre les procédés opératoires.

II

Conditions anatomiques créées par l'empyème chronique et les fistules qui lui sont consécutives ; leurs conséquences au point de vue chirurgical. — Que l'empyème chronique soit le résultat d'un traitement insuffisant, ou qu'il provienne d'un défaut de traitement, il est presque toujours compliqué de fistule thoracique pleuro-cutanée. Lorsque l'abcès chaud de la plèvre est abandonné à lui-même, une de ses grandes tendances est de se faire jour vers l'extérieur; il proémine bientôt au niveau d'un espace intercostal, à la partie antérieure le plus souvent, au-dessus du mamelon, vers le troisième, quatrième ou cinquième espace intercostal. Lorsque la pleurésie purulente a été traitée par l'emploi des trocarts ou des tubes, la fistulisation est la même, elle ne diffère que par son siège et par son origine.

Ces deux termes, empyème chronique et fistule purulente pleuro-cutanée, sont donc étroitement liés, et nous avons à étudier successivement les variétés anatomiques de la fistule pleurale et de la cavité à laquelle elle aboutit le plus souvent.

Le trajet fistuleux peut exister seul, c'est ce que M. Bouveret appelle la fistule pleuro-cutanée simple; le plus souvent, en cas d'empyème chronique, le trajet fistuleux aboutit à une cavité purulente plus ou moins considérable. Cette seconde variété est de beaucoup la plus fréquente et la plus intéressante; c'est elle seule qui nous occupera dans cette étude. Il y a quelques années encore, ces cavités purulentes chroniques de la plèvre, avec fistules thoraciques, étaient considérées comme au-dessus des ressources de l'art; il n'en est plus ainsi aujourd'hui et nous verrons bientôt que l'avènement de la chirurgie antiseptique a permis d'entreprendre, contre cette affection, un certai nnombre d'opérations des plus intéressantes et des plus audacieuses.

Cette distinction anatomique de deux variétés de fistules pleuro-cutanées est la seule qui intéresse réellement le praticien, et nous n'avons pas ici à rappeler les diverticules et les fongosités du trajet, l'épaississement et la sclérose des tissus ambiants; arrivons immédiatement à l'étude des conditions anatomiques créées par l'empyème chronique à la cavité pleurale, à la cage thoracique et au poumon.

Physiologiquement, la cavité pleurale n'existe pas; c'est un espace virtuel qui sépare les deux feuillets pariétal et viscéral de la séreuse, glissant l'un sur l'autre. Qu'un épanchement vienne à se produire, les deux feuillets s'écartent, la cavité pleurale devient réelle. Mais sous l'influence de l'inflammation les séreuses s'épaississent, se recouvrent de fausses membranes qui agglutinent leurs feuillets et limitent ainsi des cavités de dimensions fort variables. A la suite d'une phlegmasie aussi intense qu'un empyème aigu, particulièrement lorsque cette phlegmasie est devenue septique et lorsqu'elle dure depuis longtemps, comme c'est le cas habituel pour les empyèmes chroniques, ces différences de capacité sont très accusées, et il importe au plus haut degré que le chirurgien les connaisse et qu'il cherche à les apprécier. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce qu'on ait depuis longtemps cherché à les classer pour faciliter leur étude; les classifications varient naturellement avec les chirurgiens : une des plus complètes et des meilleures est, à notre avis, celle que nous donne M. Bouveret. Cet auteur distingue très justement :

1° Des cavités occupant toute la plèvre ;

2° De grandes cavités occupant la moitié ou les deux tiers de cette même plèvre. Ces cavités, ordinairement pyramidales à base inférieure, admettent en moyenne de 500 à 600 grammes de liquide ;

3° Des cavités moyennes et petites, renfermant 100 à 300 grammes de liquide et siégeant plus souvent en arrière et sur les côtés qu'en avant ;

4° Des cavités aplaties, en nappe, non globuleuses, espaces sans profondeur, étendus en surface et parfois cloisonnés de fausses membranes qui limitent de petits aréoles pleins de pus. M. Peyrot en a observé récemment un fait des plus intéressants dont il a bien voulu nous rapporter l'observation détaillée.

A côté des formes diverses et des capacités variables de la cavité pleurale, le chirurgien doit encore porter son attention sur l'état de la plèvre. La sclérose et l'épaississement de la séreuse n'entraient pas suffisamment en ligne de compte dans les premières opérations entreprises par les chirurgiens contre l'empyème chronique, et c'est pour avoir méconnu la valeur de ce facteur, qu'un certain nombre de ces interventions chirurgicales n'ont pas donné les résultats qu'on était en droit d'en attendre.

Du côté du poumon, les conditions anatomiques ne sont pas moins importantes à connaître : la rétraction du poumon, l'épaississement de la plèvre viscérale, la péri-pneu-

monie corticale scléreuse, si bien indiquée par M. Brouardel, sont d'autant plus marqués que l'empyème remonte à une époque plus reculée et que la pleurotomie a été faite plus tardivement.

En dernier lieu, la cage thoracique présente parfois des déformations qui exercent, sur les résultats de l'intervention chirurgicale, une influence considérable; les parois thoraciques qui sont déprimées ou qui se laissent facilement affaisser, constituent des conditions éminemment favorables de succès; c'est pour cela que l'opération réussit mieux en général chez les jeunes sujets. On n'oubliera pas toutefois que cet affaissement spontané des parois a des limites au delà desquelles son action perd toute influence.

Quelles sont maintenant les conséquences chirurgicales de l'étude anatomo-pathologique que nous venons d'esquisser à grands traits? On vient de le voir, les ressources dont dispose la nature pour combler cette cavité pleurale sont extrêmement limitées; elles le sont d'autant plus que l'inflammation est plus ancienne, que la pleurotomie a été plus tardive: c'est là un fait que le chirurgien ne doit jamais oublier.

Des deux parois qui limitent la cavité pleurale, l'une, la paroi pulmonaire, a souvent perdu la faculté d'ampliation; l'épaississement de la plèvre viscérale, la sclérose du parenchyme, opposent, au bout d'un certain temps, une barrière infranchissable aux efforts de dilatation du parenchyme pulmonaire; l'autre, la paroi thoracique, possède un squelette osseux qui limite forcément son affaissement, car ses déformations sont rarement suffisantes pour permettre à la paroi thoracique de combler le vide qui la sépare de la paroi pulmonaire immobilisée dans la gouttière costo-vertébrale. Ajoutons à ces conditions une sécrétion purulente incessamment fournie par les fongosités qui tapissent la cavité pleurale, et l'infection constante du contenu par l'intermédiaire du trajet fistuleux, accompagnement presque fatal de la variété d'empyèmes chroniques que nous avons en vue, et nous devons conclure que la nature dispose de peu de ressources pour la cicatrisation et l'oblitération de la cavité purulente d'un empyème chronique.

Voyons donc maintenant ce que peut faire le chirurgien pour venir en aide à la nature.

Il est sans ressources ou à peu près vis-à-vis du poumon; seuls peut-être les bains d'air comprimé peuvent agir dans une faible mesure pour faciliter l'ampliation des vésicules pulmonaires revenues sur elles-mêmes et à demi étouffées par la sclérose sous-pleurale et péri-pneumonique. Vis-à-vis de la plèvre viscérale, le chirurgien est également désarmé; mais il n'en est pas de même pour la plèvre pariétale et la paroi thoracique elle-même. Le chirurgien peut affaiblir cette paroi thoracique; il peut supprimer dans une certaine étendue le gril osseux qui sert de support aux parties molles du thorax et faciliter par là dans une grande mesure l'affaissement de la paroi thoracique. Ce n'est pas tout, la chirurgie antiseptique permet aujourd'hui à l'opérateur de modifier la plèvre pariétale, de l'inciser pour faciliter sa mobilisation, pour débarrasser la cavité des fongosités qui la tapissent.

Enfin, le grattage des trajets fistuleux pleuro-cutanés complète heureusement les bons résultats de ces audacieuses tentatives opératoires.

Leur histoire ne remonte d'ailleurs pas bien haut : mon excellent maître, M. P. Berger, l'a tracée d'une façon magistrale dans son rapport de décembre 1883, à la Société de chirurgie. C'est à Estlander, professeur de clinique chirurgicale à Helsingfors, que revient la priorité de cette conception. Son mémoire a été publié en 1879 par la *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*. Il est cependant juste de faire remarquer que plusieurs chirurgiens avaient eu, avant Estlander, l'idée de rétrécir la cavité par la résection des côtes. Simon (d'Heidelberg) avait conseillé cette opération en 1869; en 1877, de Cérenville (de Lausanne) avait conçu et pratiqué la même opération, en même temps qu'Estlander. En France, dès 1875, Letiévant et Gayet (de Lyon) avaient insisté plus que les autres sur les effets thoracoplastiques obtenus par la résection des côtes, et c'est pour ce motif que M. le professeur Verneuil a proposé de dénommer opération de Letiévant-Estlander, l'opération de la résection costale, faite dans le but de mobiliser la paroi thoracique et de favoriser l'accolement des parois de la cavité purulente. Il n'en est pas moins vrai que toutes les recherches antérieures à Estlander étaient restées lettre morte et que c'est seulement de son mémoire que date l'engouement des chirurgiens pour cette opération. Nous ne pouvons pas citer ici les nombreuses communications qui se sont produites sur ce sujet à la Société de chirurgie; qu'il nous suffise de rappeler le mémoire de M. Bouilly (1882) et le rapport, si souvent cité déjà, de M. P. Berger, décembre 1883, rapport basé sur l'étude de 26 observations. Mentionnons encore à l'étranger les travaux d'Homen, de Saltzmann, etc.

Cependant l'examen attentif des résultats obtenus a bientôt permis de montrer que l'opération d'Estlander n'était pas, comme on l'avait cru tout d'abord, la panacée universelle qui guérissait tous les empyèmes chroniques. A mesure que les faits se multipliaient, les indications et les contre-indications commençaient à se faire jour, et il devint bientôt évident que la mobilisation de la paroi thoracique ne suffisait pas toujours. L'état de la plèvre commença dès lors à préoccuper les observateurs : Max Schede et Sprengel osèrent les premiers (1881) compléter, par la résection ou le curage de la plèvre, les résultats obtenus par la mobilisation de la paroi thoracique. E. Bœckel (de Strasbourg) a conseillé, en 1886, l'incision cruciale de la plèvre. C'est cette phase éclectique de la question qui est marquée par la discussion du Congrès français de chirurgie de 1888 et par l'étude des faits nombreux relevés par M. Bouveret. Les indications et les contre-indications deviennent plus nettes, et on commence à mieux distinguer quels sont les cas où l'intervention chirurgicale est indiquée, ceux qui sont justiciables de la résection costale, ceux qui veulent être traités par l'excision ou le râclage de la plèvre.

Passons en revue rapidement ces divers procédés.

III

Des opérations applicables aux empyèmes chroniques avec fistules pleuro-cutanées. — Le court historique que nous venons de tracer nous fait voir qu'on peut appliquer, aux empyèmes chroniques qui nous occupent, deux sortes d'opérations : les unes consistent dans la résection d'un certain nombre de côtes pratiquée dans le but de mobiliser une partie plus ou moins considérable de la paroi thoracique, c'est l'opération d'Estlander proprement dite; les autres consistent à attaquer directement la plèvre épaissie (opérations de Schede, de Sprengel, d'Eug. Bœckel). Ces dernières opérations ne sont, à vrai dire, qu'un complément important de la résection costale. Nous les étudierons

comme telles, envisageant surtout au point de vue pratique les principales règles de l'opération d'Estlander, telle qu'on la pratique aujourd'hui en France. Nous prendrons pour type de description la résection latérale des côtes presque toujours pratiquée; les résections antérieure et postérieure ne sont que très rarement indiquées, et leurs règles ne diffèrent pas sensiblement de celles que nous allons donner. N'ayant pas la prétention de traiter la question complètement à fond, nous nous bornerons à insister sur les procédés opératoires qui nous paraissent les plus simples et les plus avantageux; nous ne saurions d'ailleurs dissimuler que la plus grande partie des règles que nous poserons sont faciles à retrouver dans le traité de Bouveret, le rapport de M. Berger et les diverses communications faites, tant à la Société de chirurgie, qu'au dernier Congrès; il nous a paru suffisamment utile de les grouper pour les praticiens qui n'ont ni la facilité ni les loisirs de recourir à ces sources.

L'opération de la résection costale étant une opération sérieuse, les précautions antiseptiques les plus minutieuses seront prises d'avance; dès la veille le thorax aura été lavé, nettoyé avec soin et recouvert d'un pansement antiseptique qui ne sera ouvert qu'au moment de l'intervention. Le chloroforme est naturellement indiqué, mais il nécessite une grande surveillance, puisqu'il s'agit le plus souvent de sujets affaiblis par une longue suppuration, et que deux fois au moins la mort, par collapsus prolongé, a suivi de près une opération chirurgicale étendue et une anesthésie prolongée.

Tous les instruments nécessaires auront été soigneusement préparés et désinfectés d'avance. Nous ne nous arrêterons pas à énumérer toutes les variétés de rugines et d'écarteurs, de sécateurs et de costotomes qui peuvent être utilement employées dans l'opération. Je me contenterai d'appeler l'attention des praticiens sur l'écarteur costal et le costotome construits par Collin sur les indications toujours si parfaites de M. le professeur Farabeuf.

Tout étant disposé, le chirurgien va exécuter une opération qui se décompose dans les temps suivants :

1° Incision des parties molles;

2° Décollement du périoste et section des côtes;

3° Incision, grattage ou excision de la plèvre;

4° Drainage de la cavité suppurante, réunion des parties superficielles, pansement.

La région thoracique latérale est, nous l'avons dit déjà, la région d'élection pour l'intervention chirurgicale. La raison en est dans l'absence presque totale d'insertions musculaires à ce niveau; seules les digitations du grand dentelé font exception. Le champ opératoire remonte ainsi jusqu'à la troisième côte et descend jusqu'à la huitième, et ces deux os sont encore libres dans une étendue transversale de 3 centimètres; au niveau de la sixième côte la dimension transversale atteint plus de 10 centimètres, sans parler de ce qu'on peut encore gagner par le refoulement des pectoraux et du grand dorsal.

Premier temps : Incision des parties molles. — Cette incision se fait au bistouri, car la région n'est pas très vasculaire; son tracé varie à peu près avec tous les chirurgiens : Estlander fait dans l'espace intercostal intermédiaire une seule incision pour la résection des deux côtes voisines et renouvelle l'opération autant de fois qu'il est nécessaire.

Miller fait une incision sur chaque côte, procédé reconnu inutile. M. Sée fait une grande incision verticale sur laquelle il fait aboutir au besoin autant de petites incisions transversales que cela est nécessaire.

Les incisions, en T droit ou renversé ⊥, ont été préconisées par MM. Berger et Augagneur. Eug. Bœckel recommande une incision en L, à branches légèrement courbées : La grande branche longue de 17 à 18 centimètres est placée sur la huitième côte, la petite branche suit le bord antérieur de l'aisselle.

M. Bouilly dessine un grand lambeau en U, mesurant au moins 10 à 12 centimètres, et ce lambeau donne un champ opératoire très étendu, sa réunion par première intention est peut-être un peu difficile. Tous ces procédés sont excellents, et, suivant les circonstances, on pourra y recourir indistinctement.

M. le professeur Trélat nous semble cependant avoir indiqué le tracé de choix dans la majorité des cas, c'est une incision en I qui limite deux volets dont les dimensions peuvent être agrandies autant qu'il sera nécessaire. La réunion est, dit-on, plus facile avec les incisions multiples d'Estlander (Saltzmann, de Cérenville), mais dès qu'on veut agir sur la plèvre, les autres incisions nous semblent préférables, et comme on ne connait guère par avance l'état de la plèvre, on se trouvera bien, à notre avis, de recourir à l'incision de M. Trélat, à celle de M. Bouilly ou de Bœckel.

La peau incisée, il faut disséquer le lambeau pour mettre à nu la paroi thoracique, et il est important dans cette distinction de laisser dans le lambeau le plus de parties molles possible, en suivant de très près la cage thoracique.

Deuxième temps : Résection des côtes. — On a beaucoup discuté sur la question de savoir si la résection des côtes devait être ou non sous-périostée.

Sous-périostée, l'opération est plus facile; elle permet de ménager les vaisseaux intercostaux; mais comme on opère principalement sur des sujets jeunes, on est exposé à voir survenir trop rapidement la régénération des côtes. Malgré cette importante objection, on ne pratique guère l'ablation périostée des côtes, et il semble suffisant d'enlever largement les parties du périoste externe qui ne protègent pas les vaisseaux.

Les côtes mises à nu dans une étendue suffisante que nous déterminerons plus loin, on glisse au-dessous d'elles successivement les écarteurs et les costotomes nécessaires à la résection; les portions à réséquer sont limitées par une double section, saisies solidement avec un davier et extirpées doucement en les séparant au bistouri des parties molles auxquelles elles pourraient encore adhérer. M. Berger conseille de faire d'abord une section médiane, et d'opérer ensuite l'ablation des deux segments secondaires; dans certaines circonstances, particulièrement dans les vieux empyèmes qui ont déterminé des jetées osseuses et des hyperostoses costales, le chirurgien se trouve très bien de recourir à cette petite manœuvre. Ici se pose une question très importante : je veux parler du nombre de côtes qu'il faut réséquer. Cela dépend évidemment des dimensions de la cavité purulente à combler, toutefois il est certaines règles générales que nous pouvons poser d'une manière générale et qu'il est bon de ne pas transgresser.

Il vaut mieux faire une résection étendue que parcimonieuse; l'opération, pour remplir son but, doit porter, en moyenne, sur cinq à sept côtes au moins; il n'est pas bon de toucher aux deux premières et aux dernières côtes (Berger). La résection des côtes les plus basses doit être prolongée davantage en arrière pour faciliter l'occlusion de la cavité au niveau de la gouttière qui correspond à l'angle postérieur des côtes en ce point déclive.

Troisième temps : Traitement de la plèvre. — La résection des côtes terminée, le but thoracoplastique de l'opération est atteint; si la plèvre n'est pas trop épaisse, si elle se laisse facilement déprimer jusqu'au contact du poumon, le chirurgien est en droit de ne pas aller plus loin et de terminer son opération par la suture et le pansement. Mais si l'empyème remonte à une époque très éloignée, il est plus que probable que le chirurgien va rencontrer une plèvre épaissie, sclérosée, atteignant parfois plusieurs centimètres d'épaisseur, contre laquelle la chirurgie antiseptique n'est plus aujourd'hui désarmée. Si les fongosités dominent, c'est par le curage pratiqué avec prudence au voisinage du poumon qu'on arrivera à débarrasser la plèvre; le curage terminé, on aura recours à une injection antiseptique de chlorure de zinc à 2 ou 5 p. 100, au besoin les points fétides seront touchés avec un pinceau trempé dans le même liquide à 10 p. 100.

Dans les petites cavités le chirurgien trouve parfois plus d'avantages à exciser une plaque plus ou moins considérable de la plèvre, et à tamponner directement avec la gaze iodoformée le fond de la cavité qu'il cherche à combler.

Schede a conseillé la résection de la plèvre, même dans les grandes cavités; son lambeau ne comprend absolument que la peau, et il manque évidemment d'étoffe et de vitalité.

Les opérations de curage de la plèvre et encore les incisions cruciales multiples, préconisées par Eug. Bœckel à Strasbourg en 1886, et depuis au Congrès de chirurgie, sont infiniment préférables à notre avis. Bœckel a communiqué au Congrès une douzaine de faits où il s'est très bien trouvé de cette manière de faire, et M. Bouilly, qui s'est tant et si bien occupé de cette question, considère la section de la plèvre comme le complément indispensable dans la plupart des cas des résections costales entreprises dans un but thoracoplastique.

Quatrième temps : Drainage, suture, pansement. — L'opération terminée, il est indispensable de s'assurer, par une bonne exploration, qu'il n'existe pas de diverticules cachés et de cavités purulentes voisines de celles qu'on vient de traiter; cette exploration faite, la cavité devant fatalement suppurer encore, il faut y mettre un tube à drainage de fort calibre placé au point le plus déclive, généralement sur la ligne axillaire postérieure, au voisinage du bord spinal de l'omoplate; un autre tube plus petit est généralement disposé par le trajet fistuleux soigneusement gratté. On a conseillé un tube antérieur pour faciliter le lavage, cela n'est pas nécessaire. On sait enfin combien il est important de fixer avec soin à la paroi les tubes qui pénètrent dans des cavités comme la cavité pleurale, et il n'est pas inutile de rappeler cette excellente précaution.

Il ne reste plus dès lors qu'à suturer avec soin les lambeaux, à placer au besoin quelques tubes superficiels pour faciliter l'écoulement des liquides, et à recouvrir le tout d'un immense pansement antiseptique, qui déborde très largement les limites de l'opération dont nous terminons ainsi la description technique, et dont nous aurons encore à apprécier les suites et les résultats à la fin de cette Revue.

IV

La pleurotomie, traitement rationnel de l'empyème, amène assez communément la guérison. Celle-ci n'est pas toujours totale; on voit souvent persister, pendant un temps assez long, des fistules thoraciques simples, dont les conséquences ne sont pas sérieuses et qui ne nécessitent pour guérir que des soins de propreté, de bonnes conditions hygiéniques et quelques opérations relativement peu importantes. Nous n'avons pas à nous occuper des indications fournies par cette variété de fistules.

Il n'en est pas ainsi, par contre, des fistules pleurocutanées communiquant avec une cavité purulente. Cette seconde catégorie de fistules donne naissance à des troubles symptomatiques beaucoup plus sérieux et, par conséquent, constitue une indication précieuse des interventions chirurgicales que nous venons de décrire.

Il convient donc de se demander à quels signes on reconnaît ces fistules thoraciques avec cavité purulente, et cette étude sera avantageusement suivie de la discussion des indications et contre-indications des résections costales, appliquées dans un but thoracoplastique à la cure de la variété d'empyèmes chroniques dont il est question maintenant.

En pareil cas, en effet, la fistule verse chaque jour une quantité plus ou moins considérable, quelquefois énorme, de pus; le patient est obligé de se garnir constamment de linges, qui sont bien vite transpercés, et cette suppuration abondante ne tarde guère à altérer profondément sa santé.

M. Bouveret nous a tracé un excellent tableau clinique de l'état lamentable dans lequel se trouvent ces pauvres malades; nous ne pouvons mieux faire que de lui laisser ici la parole :

« Bientôt la santé générale s'altère profondément. Le facies est pâle, d'une teinte terreuse; le malade de jour en jour maigrit et perd ses forces. Puis apparaissent des troubles digestifs graves, autre cause puissante de débilitation : l'anorexie, les vomissements, la diarrhée incoercible. L'urine devient albumineuse, et l'œdème envahit les membres inférieurs, la face, le tronc. La vie se prolonge ainsi pendant quelques mois ou même quelques années; et, s'il n'est emporté par quelque maladie intercurrente promptement fatale, le malade succombe, lentement épuisé par les progrès de cette cachexie suppurative. »

La dégénérescence graisseuse, et surtout la dégénérescence amyloïde, s'établissent bientôt d'une manière définitive dans l'intestin, les reins, le foie, la rate; de là la diarrhée, l'albuminurie, l'altération du sang et les troubles graves de la nutrition.

Les commémoratifs incontestables d'une pleurotomie antérieure remontant à une période plus ou moins éloignée, six mois, un an, quelquefois plus, l'écoulement purulent abondant qui s'écoule par la fistule, ne laissent guère de doutes sur le diagnostic d'une fistule pleurale avec persistance d'une cavité purulente.

L'aspect clinique varie quelquefois un peu ; certaines fistules s'oblitèrent momentanément; mais le pus renfermé dans la cavité n'étant plus alors évacué au dehors, on assiste à des accidents de rétention purulente, caractérisée par des phénomènes fébriles, des poussées douloureuses, jusqu'au jour où, le trajet s'étant ouvert à nouveau, le liquide fait irruption au dehors par une sorte de véritable vomique fistuleuse.

Mais il ne suffit pas au chirurgien de savoir qu'il existe une fistule pleurale, avec persistance d'une cavité d'empyème chronique, pour établir d'une manière certaine les indications de l'intervention chirurgicale ; celui-ci doit connaître, autant que faire se peut, les dimensions de cette cavité. Cette exploration lui permettra, en outre, d'apprécier la situation, la forme de la cavité, les rugosités, quelquefois l'épaisseur des parois et d'en tirer d'utiles rensei-

gnements pour le siège et l'étendue des segments costaux à réséquer.

Trois procédés sont à la disposition du chirurgien qui veut pratiquer cette exploration : 1° l'examen méthodique de la poitrine; 2° l'injection dans la cavité purulente; 3° le procédé de la sonde.

L'examen méthodique de la poitrine par la palpation, la percussion, l'auscultation, ne fournit pas, il faut bien le savoir, les renseignements précieux qu'on serait en droit d'en attendre; les signes observés sont ceux du pneumothorax, mais très souvent ces signes sont voilés par l'énorme épaississement des feuillets pleuraux. La perception nette du murmure vésiculaire indique ordinairement les points où le poumon est peu distant de la paroi thoracique; mais on est quelquefois trompé de la manière la plus complète, et ce fait suffit pour enlever à ces signes une grande partie de leur valeur.

Le procédé de l'injection, dans la cavité purulente, de liquides antiseptiques colorés ou non, fournit des renseignements précieux dans certains cas, mais il est loin aussi de fournir toujours des renseignements complets.

Le procédé qui mérite le plus de confiance est, sans contredit, le procédé du cathétérisme direct de la cavité.

On a recommandé, pour cette exploration, des sondes et des stylets de diverses sortes; le cathéter Béniqué et la sonde en étain de Mayor sont les instruments de choix. La courbure de ces sondes étant susceptible d'être modifiée au gré du chirurgien en raison de leur malléabilité, en fait des instruments extrêmement précieux; les moindres mouvements imprimés au pavillon font décrire, à l'extrémité du cathéter, des mouvements très étendus et permettent d'apprécier ainsi les dimensions de la cavité et surtout la distance du poumon à la paroi thoracique; il est facile, également, de marquer sur la sonde les diverses profondeurs obtenues dans tel ou tel sens, et ces explorations bien faites sont certainement celles qui fournissent le plus de renseignements sur la forme et les dimensions de la cavité purulente. Il est cependant bon de savoir que de simples adhérences, en forme de brides, cloisonnant une vaste cavité, arrêtent quelquefois la sonde et feraient croire à l'existence d'une cavité restreinte, si l'on ne devait toujours s'appuyer, en pareille circonstance, sur les résultats comparatifs des divers procédés.

Cette exploration est des plus importantes pour poser l'indication de l'intervention chirurgicale, et la transition de l'étude du diagnostic à celle des indications est toute naturelle.

Il ne suffit pas, en effet, de diagnostiquer un empyème chronique avec fistule; l'état général et l'écoulement purulent ne laissent pas l'ombre d'un doute sur ce point; mais il faut, de plus, connaître les dimensions de la cavité pour savoir quel genre d'intervention chirurgicale il convient d'appliquer et à quel moment il faut intervenir.

La constatation d'une cavité persistante six ou huit mois après la pleurotomie, l'écoulement constant du pus par l'orifice fistuleux ont été longtemps considérés comme des affections placées au-dessus des ressources de l'art; elles constituent aujourd'hui la seule et unique indication essentielle de la résection costale thoracoplastique, encore appelée opération d'Estlander.

Le moment de l'intervention chirurgicale est plus difficile à établir; nous avons eu soin de montrer, en commençant, qu'il fallait souvent savoir attendre avec patience et poursuivre avec persévérance, pendant plusieurs mois, la guérison définitive d'un empyème pleurotomisé.

Nous ne craignons pas de répéter ce conseil; mais il ne faudrait cependant pas laisser passer le moment favorable pour intervenir. La plupart des chirurgiens sont d'accord pour admettre que : lorsque la cavité cesse de diminuer, lorsque l'affaissement spontané de la paroi thoracique s'arrête, l'opérateur ne doit pas attendre plus longtemps. Les premiers signes de la cachexie suppurative constituent un autre ordre d'indications pressantes, dont il faut aussi tenir grand compte. Il n'y a donc pas de date fixe pour intervenir; les deux éléments, sur lesquels il faut s'appuyer, sont : l'arrêt persistant du travail de réparation et l'imminence de la cachexie suppurative. Quelquefois cette intervention chirurgicale sera donc précoce; ailleurs, elle sera très tardive.

Toutes les cavités d'empyèmes chroniques ne sont pas non plus justiciables de l'opération d'Estlander; l'indication serait moins pressante pour les petites cavités et certaines cavités moyennes; elle est ordinairement urgente dans les grandes cavités, et cependant il ne faut pas que les dimensions soient trop considérables, autrement l'opération ne donne pas de bons résultats, nous allons en reparler à propos des contre-indications.

L'opération d'Estlander est, en effet, contre-indiquée dans un certain nombre de circonstances qui tiennent les unes à l'état général du malade, les autres à l'état de la cage thoracique ou de la cavité pleurale.

L'opération, avons-nous dit, réussit surtout bien sur les jeunes sujets, MM. Bouilly, Berger, Bœckel ont beaucoup insisté sur ce point, mais ni le très jeune âge, ni la vieillesse ne sont des contre-indications absolues, elles constituent seulement des conditions désavantageuses dont il ne faut pas oublier la valeur.

La gravité de l'état général, quand elle est liée à la dégénérescence amyloïde des tissus, est une contre-indication; mais il arrive souvent que la résorption partielle des produits septiques amène un état analogue caractérisé par la fièvre hectique, l'amaigrissement, l'anorexie, les vomissements, la diarrhée, quelquefois même un léger œdème des membres inférieurs. Or cet ensemble clinique, quand il n'est pas lié à une dégénérescence amyloïde avancée, doit plutôt faire incliner vers l'opération; il faut donc y regarder de très près pour admettre que la gravité de l'état général contre-indique l'opération d'Estlander. On peut en dire autant de certaines albuminuries liées aux suppurations chroniques qui n'ont pas la signification grave des albuminuries par dégénérescence amyloïde ou graisseuse des reins.

La tuberculose, considérée par bon nombre d'auteurs comme une contre-indication absolue, ne doit pas toujours être envisagée de la sorte; c'est évidemment une condition défavorable, mais dans quelques circonstances spéciales l'opération d'Estlander pourra améliorer, pendant un temps plus ou moins considérable, l'état du malade. Sur 11 empyèmes certainement tuberculeux, M. Bouveret a relevé 4 améliorations, 3 morts lointaines, 4 morts plus ou moins rapides.

De plus, l'empyème tuberculeux serait plus rare qu'on ne le croyait il y a vingt ou trente ans : Sur 84 cas d'empyème, M. Moutard-Martin n'en a trouvé que 7 chez des tuberculeux. M. Leudet n'a observé que 9 pleurésies purulentes sur 100 pleurésies tuberculeuses et 826 autopsies de phthisiques. Il faudra en tous cas un examen bacillaire des plus complets pour se prononcer définitivement.

M. de Cérenville, qui s'est beaucoup occupé de toutes ces questions d'empyème et de résections costales, a insisté sur une autre contre-indication générale. Certains sujets, atteints d'empyème chronique, présentent des troubles respiratoires et circulatoires graves résultant de symphyse péricardique méconnue ou d'autres lésions, et les suites de l'opération se trouvent, dans ces conditions, souvent très compromises : il y a donc nécessité absolue d'une auscultation attentive du cœur, avant de conclure à l'opération.

Restent les contre-indications locales.

Estlander insistait déjà beaucoup sur les avantages créés par un certain degré d'affaissement de la cage thoracique, et, de fait, M. Bouveret a trouvé noté cet affaissement antérieur du thorax dans la plupart des succès opératoires. Mais si le sujet est solide, on peut, avec l'opération, attendre l'affaissement; si l'état général est grave, si le sujet n'est pas solide, il vaut mieux ne pas attendre qu'il se produise.

L'une des contre-indications les plus formelles est, sans contredit, l'existence d'une cavité énorme; les insuccès, en pareil cas, sont extrêmement nombreux; il y a cependant quelques exemples de succès, le premier opéré d'Estlander avait une poche qui contenait 2 litres de pus.

On peut donc dire justement qu'il n'y a guère de contre-indication absolue à l'opération d'Estlander; le chirurgien doit faire entrer en ligne de compte les différents facteurs fournis aussi bien par l'état général que par l'état local du malade, et c'est sur l'ensemble des renseignements fournis qu'il doit appuyer sa décision.

V

Résultats ; conclusions. — Les suites de l'opération d'Estlander sont ordinairement très simples; mais on voit aussi survenir des accidents; certains malades affaiblis ne résistent pas à une grande intervention, et un certain nombre de morts plus ou moins rapides ont été notées.

Soixante-dix-huit observations précises, rassemblées et commentées par M. Bouveret dans son traité, ont donné les résultats suivants qui se passent de commentaires :

23 guérisons complètes;
6 guérisons avec persistance de la fistule;
23 améliorations simples;
5 résultats nuls;
4 résultats inconnus;
8 morts promptes;
9 morts quelques mois après l'opération.

On peut donc conclure hardiment :

1° Que l'opération d'Estlander n'est pas une opération bénigne;

2° Qu'elle doit être réservée à certains empyèmes chroniques, dont les cavités sont susceptibles de se combler par l'affaissement de la paroi thoracique dépouillée d'une partie de son squelette osseux;

3° Que, pour cette raison, elle réussit particulièrement bien chez les sujets jeunes;

4° Qu'il ne faut y recourir qu'après avoir épuisé toutes les ressources chirurgicales et générales pour favoriser la guérison spontanée.

Ces réserves faites, dans les conditions indiquées plus haut, l'opération d'Estlander peut donner de bons résultats; la résection thoracoplastique qui la constitue essentiellement demande souvent à être complétée par l'incision, l'excision ou le grattage de la plèvre pariétale.

M. le docteur B. Roussy, inspecteur-suppléant du service sanitaire des garnis, est nommé inspecteur titulaire.

— Le prochain banquet de l'internat de Lyon aura lieu le 15 octobre. Les anciens internes, qui ont changé de résidence ou de domicile, sont priés de faire parvenir leur adresse à M. le docteur Marduel, président de la Société, 10, rue Saint-Dominique, à Lyon.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Blanchet, médecin consultant à Vichy.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 107. — MARDI 18 SEPTEMBRE 1888. 61e ANNÉE. MARDI 18 SEPTEMBRE 1888. — N° 107.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. JACCOUD.

Artérite, aortite, dilatation simple et uniforme de l'aorte, hémiplégie et aphasie, lésions rénales d'origine syphilitique.

Nous avons, au n° 6 de la salle Laënnec, une malade qui présente un exemple de filiation pathologique des plus intéressants.

Cette malade est une femme de trente-six ans, blanchisseuse, qui est entrée ici, mercredi, avec une hémiplégie droite, portant sur les membres et la partie inférieure de la face, avec aphasie sans troubles psychiques. Mais déjà, au jour de son arrivée, la paralysie et l'aphasie étaient moins prononcées que le jour où elles se sont produites.

Samedi dernier — il y a aujourd'hui huit jours — cette femme s'est couchée le soir très bien portante et le dimanche matin, à son réveil, elle était paralysée du côté droit, comme je viens de vous le dire, et ne pouvait pas parler. Les accidents s'étaient produits pendant le cours de la nuit, sans donner lieu à aucun phénomène dont cette femme ait eu conscience. Le dimanche et le lundi, la paralysie des membres et l'aphasie étaient complètes; tandis que mercredi, à son entrée à l'hôpital, et surtout jeudi matin à la visite, elle commençait à pouvoir prononcer quelques mots, parler suffisamment pour nous montrer qu'il n'existait chez elle aucun trouble psychique.

Les symptômes ont donc été complets quand ils se sont produits, ils sont restés tels pendant un certain nombre d'heures, après lesquelles ils ont accusé une certaine tendance à la diminution.

Cette femme nous arrivant avec une hémiplégie des membres et de la partie inférieure de la face et une aphasie partielle sans troubles psychiques, de quoi fallait-il nous occuper? Ces constatations faites, nous devions procéder à l'examen du cœur et des vaisseaux, car de pareils accidents, chez une femme de trente-six ans, nous donnaient toutes chances de pouvoir leur assigner une origine cardiaque ou vasculaire.

En effet, dès un premier examen, les désordres vasculaires étaient des plus visibles, même à distance, et tels qu'ils sautaient aux yeux : au-dessus de la fourchette sternale, dans une hauteur égale à deux travers de doigt et empiétant sur la droite, sous le chef interne du muscle sterno-mastoïdien, les battements étaient si marqués qu'on les apercevait à distance, et leur intensité était telle que si on applique à leur centre le stéthoscope ou une tige quelconque, leur soulèvement traduit très nettement les battements. La palpation confirme, d'ailleurs, absolument ces données, car on sent très bien des battements forts, superficiels, très isochrones à ceux du cœur, indice certain d'une tumeur vasculaire, plongeant dans le thorax et dépassant en haut la fourchette sternale. Enfin, si on déprime les téguments au-dessus du sternum, on voit la partie supérieure de la tumeur dessiner une convexité tournée par en haut et ne pouvant appartenir qu'à la crosse de l'aorte fortement surélevée.

Chez notre malade, la crosse de l'aorte est pour ainsi dire sortie de la cage thoracique, au-dessus du sternum, et son prolongement, derrière le chef interne du muscle sterno-mastoïdien, nous prouve que le tronc brachio-céphalique est intéressé aussi par la lésion, qu'il est dilaté, surélevé, car c'est bien lui que l'on sent derrière le muscle en question.

Mais ce n'est pas tout, une dilatation aussi considérable de la crosse et sa surélévation nous indiquent que l'aorte ascendante doit être, elle aussi, altérée, dilatée au-dessus de la base du cœur. La percussion nous donne une matité d'au moins 10 centimètres, au niveau de laquelle aucune pulsation n'est ni visible, ni sensible. Il s'agit donc d'une grosse lésion portant sur la totalité de l'aorte ascendante. Quant à l'aorte dorsale, l'absence de signes ne nous permet pas de dire si elle est prise ou non.

Mais, en résumé, de quelle nature est la lésion aortique? Une dilatation simple, régulière, cylindrique, uniforme, ou bien une dilatation compliquée déjà d'ampoules anévrysmatiques sur quelques points? Je ne puis rien affirmer, mais je penche volontiers pour une simple dilatation.

Les résultats de l'auscultation sont complètement nuls, tant sur la partie mate intrathoracique que sur les portions accessibles de la dilatation; on n'entend aucun vestige de souffle, mais partout deux claquements analogues à ceux du cœur, dont ils reproduisent les tons normaux.

Cette absence de souffle dans l'aorte ascendante dilatée est la règle, mais elle ne l'est pas pour la crosse aortique dilatée, surtout quand celle-ci se trouve aussi surélevée, car il peut y avoir déjà, sur quelques points, des inégalités, des ampoules anévrysmatiques, donnant lieu à un peu de souffle. C'est pourquoi, je le repète, l'absence de tout vestige de souffle me conduit à pencher — pour le moment du moins — à une dilatation simple et *uniforme*.

Actuellement, je ne pense donc pas qu'il y ait anévrysme, mais seulement dilatation cylindrique et uniforme, conséquence d'une aortite dont la marche a dû être lente, la malade n'ayant jamais rien ressenti de particulier jusqu'à dimanche matin.

Quant aux autres artères, elles sont dures et athéromateuses, par conséquent le siège d'une artérite diffuse.

De tous ces faits, il résulte que les accidents cérébraux, survenus dans la nuit de samedi à dimanche, sont d'origine vasculaire, ils sont la conséquence d'une artérite des artères cérébrales ou plus probablement d'une embolie cérébrale, provenant des lésions du système vasculaire.

Ces lésions devaient nous conduire à étudier, à son tour, le système rénal, qui, selon toute vraisemblance, devait, lui aussi, présenter certaines altérations aussi notables que celles de l'aorte. En effet, l'examen des urines fait jeudi, avant tout traitement par le lait, nous a montré des urines troubles, rares, sombres, contenant une énorme quantité d'albumine, dont la teinte grisâtre révélait l'ancienneté de la lésion.

Les jours suivants, le régime lacté n'a pas modifié les urines, autant que nous l'avions espéré ; la quantité d'albumine est encore aujourd'hui de 60 centigrammes par vingt-quatre heures. Ces urines contiennent des cellules épithéliales, des globules blancs, mais pas de cylindres.

Il s'agit donc d'une néphrite d'origine artérielle, diffuse, résultant d'une artérite généralisée, il s'agit d'une sclérose rénale avec altérations parenchymateuses.

En résumé donc, lésions cérébrales et lésions rénales sont la conséquence de l'état de l'aorte qui est la cause première. Il nous reste donc à chercher maintenant, au point de vue de l'étiologie, la cause de l'artérite qui a débuté par l'aorte.

Si nous interrogeons le passé de notre malade, nous apprenons qu'elle n'a jamais été atteinte d'aucune affection portant sur le cœur ou sur les vaisseaux : point de rhumatismes, pas de fluxion de poitrine, etc., rien. Il y a dix ans, elle est accouchée normalement d'un premier enfant, d'une fille qui a toujours été bien portante jusqu'à présent. Depuis cette époque, elle a fait successivement quatre fausses couches : une à sept mois, les trois autres à trois mois. Il y a trois ans, elle a eu « un mal d'yeux », sur lequel elle ne nous fournit que peu de renseignements, mal sérieux puisque l'œil droit n'a plus de pupille, mais une synéchie antérieure très marquée, à gauche ; elle conserve une iritis encore en activité, d'où je conclus qu'elle a eu, il y a trois ans, une double iritis grave.

Tout cela sent bien la syphilis ; mais ce qui nous confirme dans cette pensée, c'est la présence sur les membres de cicatrices étendues, ressemblant bien à des cicatrices, suites de quelques périostites. D'ailleurs, aucun ganglion, aucune trace d'accidents primitifs ; mais nous savons que, chez la femme, cette absence est la règle.

En résumé, de toutes ces données, je conclus à une syphilis remontant peut-être à huit ou neuf ans, d'après l'époque des fausses couches, syphilis que nous ignorons avoir été traitée ou non, en tous cas, non traitée en temps utile. De cette syphilis, l'aortite a été la conséquence, et le cas de notre malade est le quatrième que j'observe ici depuis un peu plus de quatre ans, avec cette différence que, dans les trois autres observations, l'anévrysme était déjà constitué lorsque les malades arrivèrent à l'hôpital, tandis qu'ici, si mon diagnostic est vrai, la maladie n'en est encore qu'à la période pré-anévrysmale.

Dans la leçon que j'ai faite sur le même sujet, il y a deux ans, je vous disais que la science avait pu réunir, en peu d'années, un ensemble de 22 observations d'anévrysmes aortiques, d'origine syphilitique, et j'insistais sur ce fait que ce genre d'aortite n'est pas plus rare que les artérites des petits et des moyens vaisseaux artériels.

Aujourd'hui en voilà 4 de plus, total 26, non compris ceux que chaque année a pu apporter dans d'autres services hospitaliers. Ces aortites ne sont donc pas rares en réalité.

Enfin j'ajoute, avant de terminer, que, au point de vue pratique, il y a un grand intérêt à distinguer la période pré-anévrysmale de la période anévrysmale de ces aortites. En effet, au point de vue du pronostic, si l'anévrysme de l'aorte, qu'il soit vulgaire ou d'origine syphilitique, présente toujours la même gravité, par contre il n'en est pas de même quand l'aortite n'en est encore qu'à la période pré-anévrysmale ; parce que l'aortite d'origine syphilitique est curable, bien que je n'aie pas encore eu l'occasion d'observer un cas de guérison, car l'artérite syphilitique des autres artères peut guérir.

Quant à la lésion rénale, nous trouvons ici encore la même filiation pathologique : cette lésion est également d'origine syphilitique et sa cause anatomique est certainement une lésion syphilitique des artères.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. PÉAN.

Du lavage de la vessie sans sonde et du lavage continu de l'urèthre antérieur à l'aide de la pression atmosphérique. Leurs usages.

(Leçon faite par M. LAVAUX, interne du service.)

Je suis vivement touché de l'honneur que me fait M. le docteur Péan. Je prie mon éminent et généreux maître de vouloir bien accepter l'hommage de ma respectueuse et profonde reconnaissance.

I

Avant de décrire mon procédé du lavage de la vessie sans sonde, je rappellerai que, depuis longtemps déjà, les chirurgiens ont appelé l'attention sur les fâcheux effets produits par le cathétérisme, employé dans le but d'introduire des liquides dans la cavité vésicale. En 1842, Civiale disait, en parlant des injections faites chez certains malades : « La douleur déterminée par le passage de la sonde fait plus de mal que l'injection ne produit de bien, outre qu'elle suffit pour dégoûter les malades d'un moyen précieux que rien ne peut remplacer. »

En 1859, Nélaton s'exprimait ainsi : « Cette méthode est réellement utile ; malheureusement elle n'est pas toujours applicable, à cause de l'excessive sensibilité de la vessie et de la douleur que détermine l'introduction de la sonde. »

Je ne parlerai point des tentatives faites par Cloquet, Mallez, Zeissl, Vandenabeele, etc., pour supprimer l'usage de la sonde dans le manuel opératoire des injections intra-vésicales. Lorsque j'entrepris, en 1886, mes recherches sur ce sujet, tous ces procédés étaient tombés dans l'oubli le plus complet.

Mon appareil pour le lavage de la vessie sans sonde, à l'aide de la pression atmosphérique, est des plus simples. Il se compose d'un réservoir quelconque, d'un tube en caoutchouc, de 1^m50 à 2 mètres de longueur, et d'une canule métallique spéciale.

Si l'on veut se servir de l'un de ces vases de formes variées qu'emploient les accoucheurs pour faire des injections intra-utérines, et qui présentent une tubulure à leur partie inférieure, il suffit d'y adapter le long tube en caoutchouc de mon appareil. Si l'on préfère employer une bouteille, le litre de verre ordinaire, on peut alors recourir au siphon. Comme pour l'appareil des hôpitaux désigné sous le nom de laveur, il faut un bouchon en caoutchouc traversé par deux petits tubes. On peut employer le bouchon de l'aspirateur Potain ; seulement on ne se contentera pas d'adapter le tube de mon appareil à l'un des petits tubes du bouchon, il faudra encore prolonger ce dernier au moyen d'un tube de caoutchouc qui plongera dans le liquide, jusqu'au fond de la bouteille. Si l'on a une poire en caoutchouc, il sera facile d'amorcer le siphon. Il suffira encore, pour cela, de remplir le long tube extérieur du liquide que l'on désire employer.

Si l'on ne veut pas recourir au siphon, on pourra encore utiliser la bouteille en la renversant. Il suffira qu'elle soit bouchée hermétiquement et que le bouchon soit traversé par un petit tube de verre, auquel on adaptera le long tube en caoutchouc de mon appareil. Certaines seringues, démontées, pourront servir de récipient, etc.

Quel que soit le vase que l'on choisisse, il faut avoir soin de le graduer, afin de pouvoir se rendre compte de la quantité de liquide que l'on injecte dans la vessie. Cette graduation se fait facilement, pour les vases en verre, au moyen d'une éprouvette graduée et d'une bande de diachylon de 2 centimètres de largeur. On applique cette bande sur le vase et l'on y marque, à l'encre, les hauteurs du liquide de 50 grammes en 50 grammes.

La partie de la canule spéciale, que l'on introduit dans l'urèthre, a 5 centimètres de longueur. Elle est conique et terminée par un bout petit et olivaire. Son extrémité opposée présente un rebord circulaire, destiné à s'appliquer sur le pourtour du méat afin de fermer l'urèthre. Près de ce rebord se trouve le robinet dont est munie la canule. Le diamètre de l'orifice de sortie est de $1^{mm}1/3$. Voilà pour la canule n° 1, qui n'est autre que la canule Vandenabeele. Mais mon appareil complet comprend encore cinq autres canules, qui diffèrent essentiellement de la précédente par le diamètre de leur ouverture de sortie. Ce diamètre est gradué par tiers de millimètre. On a donc la série suivante, avec la pression que fournit chaque canule :

N° 1. . .	Diamètre,	$1^{mm}1/3$;	pression,	16^{gr}	157.
N° 2. . .	—	1 2/3;	—	25	245.
N° 3. . .	—	2 »;	—	36	352.
N° 4. . .	—	2 1/3;	—	49	479.
N° 5. . .	—	2 2/3;	—	64	626.
N° 6. . .	—	3 »;	—	82	208.

Pour le calcul de ces pressions, j'ai supposé le récipient placé à 1^m30. Je rappellerai que la pression obtenue avec une canule quelconque est égale au poids d'une colonne cylindrique liquide, ayant pour base l'orifice de sortie de la canule et pour hauteur celle qui sépare cet orifice du niveau du liquide dans le vase, *plus* 10^m33, qui représentent la pression atmosphérique.

Il est curieux de voir que cette dernière partie, de beaucoup la plus importante, a été oubliée par tous les auteurs qui se sont occupés de cette question. Ils n'ont pas vu qu'au niveau de l'urèthre la pression est nulle, qu'il y a là simplement deux parois en contact immédiat, et qu'il s'agit d'écarter, tandis qu'au-dessus de la colonne liquide existe la pression atmosphérique. C'est là un grave oubli : certaines pressions, ainsi calculées, paraissent faibles, alors qu'en réalité il est dangereux d'y avoir recours.

Je rappellerai encore que la pression intra-uréthrale, au début de l'injection, lorsque la région membraneuse s'oppose au passage du liquide, n'est pas complètement soumise au principe de la transmission des pressions.

Je n'insisterai pas davantage sur ces faits ni sur les calculs qui donnent les pressions indiquées pour chaque canule. Vous en trouverez tous les détails dans un mémoire que j'ai publié, en 1887, dans les *Archives de médecine*.

Cette graduation méthodique me permet de reconnaître facilement, et avec une rigueur mathématique, la pression constante que j'emploie dans tel ou tel cas. Elle me permet encore de régler, dans une certaine mesure, la rapidité de l'écoulement du liquide. La canule est donc la partie essentielle de mon appareil. Elle ne peut pas être remplacée par un bout de sonde, qui se déforme trop facilement dès que l'on presse un peu, pendant l'injection, au niveau du méat urinaire.

Je dois ajouter qu'avec un peu d'habitude, on arrive bien vite à supprimer plusieurs numéros. Ainsi, depuis longtemps déjà, je n'emploie que les n°s 1, 3 et 6. J'ai même trouvé le moyen de faire le lavage de la vessie, sans sonde, dans tous les cas, avec la canule n° 1. Il suffit, pour cela, d'injecter dans l'urèthre, avec mon appareil, quelques grammes d'une solution de cocaïne à 1/50. Au bout de trois à cinq minutes, le lavage se fait avec la plus grande facilité. De plus, le malade n'éprouve aucun sentiment pénible, tout en conservant la sensation bien nette du besoin d'uriner.

Lorsqu'il n'y a pas contre-indication, je continue cependant à me servir des canules n°s 3 et 6, pour aller plus vite ; l'écoulement du liquide est, en effet, beaucoup plus rapide.

Pour faire le lavage de la vessie sans sonde, avec mon appareil, on commence par le remplir de liquide, en ayant bien soin de ne pas laisser d'air dans le tube de caoutchouc. On place ensuite le récipient à 1^m30 au-dessus du malade, couché horizontalement sur un lit ou une chaise longue, et l'on introduit la canule dans l'urèthre. On ouvre alors le robinet ; le liquide remplit d'abord l'urèthre antérieur, puis presse sur la portion membraneuse, l'entr'ouvre et pénètre dans la vessie. Aussitôt que le malade éprouve le besoin d'uriner, on ferme le robinet et on retire la canule. Immédiatement après la miction, qui s'effectue naturellement, on recommence l'injection et on la répète autant de fois qu'on le juge nécessaire.

Un point capital, sur lequel je ne saurais trop insister, c'est de cesser l'injection dès que le malade éprouve le besoin d'uriner, autrement on distendrait la vessie, ce

qu'il faut toujours éviter, surtout dans les cas de cystite aiguë.

Il n'est pas indispensable que le malade soit couché; il peut se tenir debout, le dos appuyé contre un objet résistant. Je préfère cependant la position horizontale; c'est plus commode, et l'on obtient ainsi plus facilement le relâchement des parois abdominales. A l'hôpital, le malade est couché, et le réservoir, une bouteille ordinaire, est placé sur une planche mise en travers sur les barres du ciel de lit. Avec cette disposition, on se passe facilement d'aide.

Tel est le procédé qui me permet de faire, chez l'homme, le lavage de la vessie sans sonde, à l'aide d'une pression faible, connue, constante, facile à doser. Avec ce procédé, tout traumatisme uréthral et surtout vésical est évité. On n'a jamais à lutter contre la résistance de la vessie, puisque l'on cesse l'injection dès que le besoin d'uriner se fait sentir. Il est même remarquable de voir, le plus souvent, juste la même quantité de liquide déterminer ce besoin plusieurs fois de suite. Parfois, il faut, au contraire, une quantité de liquide de plus en plus considérable à mesure que les injections se répètent dans la même séance, ce qui prouve bien qu'en opérant de cette façon on n'irrite pas la vessie.

Il semble, *a priori*, que le lavage de la vessie sans sonde ne doive pas présenter, chez la femme, à cause du peu de longueur et du peu de résistance de l'urèthre, les mêmes avantages que chez l'homme. Voilà pourquoi on s'est exclusivement occupé, jusqu'ici, des injections intra-vésicales sans sonde chez l'homme. Eh bien! c'est là une erreur complète dont j'ai eu la preuve dès le début de mes recherches. L'observation IX du travail déjà cité montre combien mon procédé, appliqué chez la femme, est encore supérieur au procédé classique. Depuis cette époque, j'ai eu fréquemment l'occasion de faire, chez la femme, le lavage de la vessie sans sonde à l'aide de mon appareil, et je m'en suis toujours bien trouvé.

Le manuel opératoire est le même que chez l'homme, seulement il est inutile, d'une part, de placer le récipient aussi haut, et, en second lieu, d'introduire complètement la canule dans l'urèthre. Si la vessie est très irritée, on se servira de la canule n° 1, sinon on pourra employer la canule n° 3 pour faire plus rapidement le lavage; l'introduction d'un numéro plus élevé est, en général, douloureuse; il vaut mieux s'en abstenir.

Voilà comment je fais, à l'aide de la pression atmosphérique, le lavage de la vessie sans sonde chez l'homme et chez la femme. Passons maintenant au *lavage continu de l'urèthre antérieur*.

II

Vous savez que, chez l'homme, la région musculo-membraneuse de l'urèthre est hermétiquement fermée dans l'intervalle des mictions, des éjaculations et des cathétérismes, et qu'elle divise ainsi le canal uréthral en deux portions complètement indépendantes et distinctes l'une de l'autre. C'est la partie située en avant de ce véritable sphincter inter-uréthral qui constitue l'urèthre antérieur.

Dans mes recherches sur le lavage de la vessie sans sonde, j'ai calculé, chez plusieurs malades, quelle était la résistance de ce sphincter inter-uréthral et j'ai trouvé qu'elle était toujours supérieure à 14 grammes. Or, si l'on emploie une canule dont l'orifice de sortie n'ait qu'un millimètre de diamètre, la pression obtenue ne dépasse guère 8 grammes. Il est donc impossible, avec cet instrument, de franchir la région membraneuse de l'urèthre.

Au lieu de me servir d'une canule spéciale, j'ai fait construire, pour le lavage de l'urèthre antérieur, une véritable sonde à double courant. Ce petit instrument se compose d'une tige cylindrique creuse, droite, de 30 centimètres de longueur, de 1^{mm}2/3 de diamètre, évasée à l'une de ses extrémités et terminée, à l'autre extrémité, par une boule de forme olivaire allongée, analogue à l'extrémité de l'hystéromètre. Cette boule a 3^{mm}2/3 de diamètre; elle est munie de quatre rainures profondes. L'orifice de sortie, situé à son extrémité, a 1 millimètre de diamètre. Cette sonde, que M. Mathieu a bien voulu construire sur mes indications, est en argent fin, ce qui permet d'éviter l'oxydation et de lui donner, à l'aide d'un mandrin, toutes les formes que l'on désire. On peut obtenir ainsi, en quelques secondes, la plus fine sonde à injections intra-utérines qui existe.

Pour faire le lavage de l'urèthre antérieur, on adapte l'extrémité évasée de cet instrument au long tube en caoutchouc de l'appareil pour le lavage de la vessie sans sonde. On introduit ensuite dans l'urèthre, la verge étant placée verticalement, l'extrémité à boule de l'instrument que l'on pousse doucement jusque dans le cul-de-sac du bulbe. Le liquide revient par les rainures, puis entre les tiges de la sonde et les parois de l'urèthre, qu'il nettoie. Comme on le voit, c'est un lavage d'arrière en avant; il se fait donc dans les meilleures conditions. Une fois l'appareil installé, on n'a plus à s'en occuper; on le laisse fonctionner aussi longtemps que l'on veut; c'est un véritable *lavage continu*. Si l'on veut arrêter pour un instant l'écoulement du liquide, il suffit de pincer avec les doigts le tube en caoutchouc ou d'employer l'une des pinces de M. Péan.

Tel est le lavage continu de l'urèthre antérieur. C'est le seul procédé qui permette de faire l'antisepsie de cette portion de l'urèthre d'une façon commode, sûre, rapide et complète.

C'est grâce à cette découverte que j'ai pu pratiquer le cathétérisme rigoureusement aseptique chez les prostatiques à la troisième période, ce qui m'a permis d'obtenir des succès dans les cas les plus graves. Cette antisepsie de l'urèthre a encore rendu possible le traitement de la cystite blennorrhagique par le lavage de la vessie sans sonde. J'ai montré également que le lavage continu de l'urèthre antérieur devait être substitué aux injections uréthrales classiques dans le traitement de la blennorrhagie aiguë.

Mais, lorsque l'urèthre antérieur a été rendu de la sorte rigoureusement aseptique, le lavage de la vessie sans sonde permet de faire l'antisepsie de la vessie et de l'urèthre postérieur. L'antisepsie directe de toute cette partie des voies urinaires est donc maintenant bien facile à réaliser. C'est là un fait de la plus haute importance. Toutes les opérations que l'on pratique sur l'urèthre et la vessie, depuis le simple cathétérisme jusqu'à la taille et la lithotritie, deviennent ainsi bien moins graves. Avec ces précautions antiseptiques, le traitement des rétrécissements de l'urèthre est plus sûr et plus rapide. Permettez-moi de vous rappeler, à ce sujet, les conclusions de ma communication à l'Académie de médecine :

« 1° Le lavage continu de l'urèthre antérieur et les injections intra-vésicales faites sans sonde constituent un moyen

simple et inoffensif de faire l'antisepsie complète de l'urèthre et de la vessie ;

2° Ce moyen est applicable au traitement de la plupart des rétrécissements uréthraux ;

3° Grâce à cette antisepsie complète et à l'action antiphlogistique des injections intra-vésicales chaudes faites sans sonde, les complications dues à la dilatation rapide sont maintenant très rares ;

4° Dans le traitement des rétrécissements simples et facilement dilatables, la dilatation rapide doit être substituée en général à la dilatation temporaire lente, qui n'a plus guère sa raison d'être ;

5° Les injections intra-vésicales faites sans sonde suffisent pour entretenir le calibre de l'urèthre dilaté ;

6° Les indications de l'uréthrotomie interne deviennent extrêmement restreintes ;

7° Le lavage continu de l'urèthre antérieur et les injections vésicales faites sans sonde, en permettant d'obtenir une antisepsie complète de l'urèthre et de la vessie, doivent rendre la divulsion et l'uréthrotomie interne beaucoup moins graves. »

Pour faire cette antisepsie directe des voies urinaires, le liquide que l'on doit préférer est la solution d'acide borique à 4 p. 100. Cette solution doit être employée à la température de 38 à 40 degrés, surtout pour le lavage de la vessie sans sonde.

Ces lavages boriqués, répétés deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures, peuvent rendre aussi de grands services après la lithotritie. Je les ai employés et je m'en suis bien trouvé. Le lavage de l'urèthre antérieur permet de débarrasser parfaitement cet organe des poussières et des petits graviers qui s'y accumulent si fréquemment.

HOPITAL SAINT-JOSEPH. — M. Le Bec.

Résection orthopédique du coude droit pour une ankylose osseuse à 130 degrés; retour des mouvements; articulation solide.

Le nommé G..., âgé de treize ans, d'origine belge, est venu à l'hôpital Saint-Joseph pour une ankylose du coude droit. Cet enfant est violemment tombé sur le bras droit, il y a dix mois. Il en est résulté une vive inflammation de l'articulation et des décollements purulents remontant très haut jusqu'à l'épaule.

On lui fit de larges incisions, le mal suppura longtemps, puis peu à peu tout se calma, et sa santé générale reprit le dessus.

État actuel. — Le coude présente une ankylose osseuse à 130 degrés environ. L'avant-bras est en légère pronation. Le tout est parfaitement solide, et on ne peut produire aucun mouvement.

En arrière, à 4 centimètres au-dessus de l'olécrâne, est un orifice fistuleux, par lequel on introduit un stylet jusqu'à travers l'articulation du coude et descendant vers l'avant-bras.

On tombe sur une surface osseuse dénudée, mais on ne trouve pas de séquestre mobile. Ce trajet renferme un peu de pus sanguinolent.

Sur le bras, on trouve de nombreuses et longues cicatrices, qui attestent la gravité de la première inflammation.

Nous avons donc ici deux indications à remplir, enlever l'os mort, et, si cela se peut, rendre les mouvements à l'articulation du coude. Je me décide, en conséquence, à faire franchement la résection de l'articulation, et, en même temps, à enlever le séquestre encore fixé.

13 octobre. Opération. Je fais deux longues incisions sur la face interne et sur la face externe du coude, en ayant soin de ménager le nerf cubital et le filet musculaire du radial. Avec la rugine, je détache soigneusement le périoste, partout, ce qui est assez difficile à l'olécrâne, malgré les deux incisions latérales. Voyant cette difficulté, je relève le périoste de l'humérus et je fais la section de cet os.

Les lèvres de la plaie sont alors écartées, et le bout du squelette antibrachial est repoussé à travers la plaie du côté externe. Le dégagement de l'olécrâne devient alors facile. Le périoste est détaché jusqu'au-dessous de la tête du radius et le squelette coupé à ce niveau.

En examinant le fragment détaché, je reconnais que la partie mortifiée est constituée par l'épicondyle et une partie de la trochlée. Ce fragment, bien nettement délimité par un sillon d'élimination, n'est pas mobile, et même, il en est resté un petit fragment, adhérent à l'humérus. Cette découverte me force à en réséquer une tranche de 1 centimètre environ de hauteur. Cela fait, j'enlève une petite bande de périoste, suivant le conseil d'Ollier, pour éviter la fusion osseuse dans ma nouvelle articulation.

Je place ensuite deux drains en travers de la région, passant par les deux incisions latérales. Les plaies sont suturées. Pansement à l'iodoforme.

14 octobre. La nuit a été assez bonne, bien que l'enfant ait eu 38°2 le soir et le pouls à 110. Je change le pansement, qui est peu souillé. Les drains fonctionnent bien. T. 37°2.

15. État satisfaisant.

17. Pansement. Je trouve un peu de sang dans l'appareil. Pas de tuméfaction, ni de douleur. T. 37°4.

21. Je retire un drain et les crins de Florence. Un tout petit abcès à l'un des crins. Tout le reste de la plaie est fermé. L'enfant se lève. T. 37 degrés.

24. Le second drain est enlevé. Le malade va très bien. Je fais des mouvements de flexion et d'extension, et le bras est remis dans la gouttière.

2 novembre. Les plaies sont fermées. On fait des mouvements. Je place une gouttière plâtrée, que l'on retire pour faire les mouvements. Tous les jours, on électrise les muscles avec des courants intermittents pendant une heure. Pour cela on met des réophores larges, l'un sur le bras près de l'épaule, l'autre au poignet.

Huit semaines après l'opération, le malade pouvait soulever un poids de 1 500 grammes avec son biceps, le coude plié à angle droit, et sans aucun aide.

Le malade est retourné chez lui le 1er mars, avec son appareil, le coude est déjà solide, n'a presque pas de mobilité latérale, la main peut presque toucher l'épaule, sans que le malade la lance en avant. L'extension ne se fait pas tout à fait, mais presque complètement. Il existe des mouvements de pronation et de supination très suffisants.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité théorique et pratique des maladies de l'oreille et du nez (1), par MM. Miot et Baratoux.

Ce fascicule débute par un chapitre fort intéressant et, en général, peu connu, où il est traité de l'hygiène de l'oreille et de l'influence que peuvent avoir l'âge, le sexe, les aliments, les climats, les maladies générales, les professions sur le développement des maladies de l'appareil auditif.

La deuxième partie de ce fascicule est consacrée à l'étude des maladies de l'oreille externe. Nous signalerons l'étude des corps étrangers du conduit auditif externe et les conseils fort sages que donnent les auteurs au sujet de leur extraction. Les

(1) Gr. in-8°, IIe fascicule. Prix des fascicules I et II : 10 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

plaies, les fractures, les brûlures, les inflammations, les otites externes sont tour à tour passées en revue. Un long chapitre est consacré aux affections cutanées du pavillon et du conduit auditif externe, affections dont la localisation modifie la symptomatologie, la durée, l'évolution, le pronostic, et, par conséquent, nécessite une thérapeutique appropriée. Nous relevons, dans ce groupe pathologique, l'étude si importante de l'oblitération du conduit auditif par l'accumulation du cérumen.

La description des néoplasmes de l'oreille externe, sarcomes, épithéliomes, exostoses, termine cet intéressant fascicule.

La curabilité de la phthisie du larynx et son traitement chirurgical. Étude anatomo-pathologique et clinique, par Th. Heryng (1).

Le livre de M. Heryng est écrit avec toute la compétence qu'on attendait du directeur du service laryngologique, à l'hôpital Saint-Roch (de Varsovie). C'est un savant réquisitoire contre la prétendue incurabilité de la tuberculose du larynx. Des pièces anatomo-pathologiques de la plus grande importance ont pu fournir à M. Heryng la preuve de la cicatrisation parfaite et complète d'ulcérations tuberculeuses du larynx; mais, ne voulant pas se prononcer à la légère, c'est après plusieurs années d'études et de recherches, qu'il livre au public médical le résultat de ses travaux.

Reprenant complètement la question, sans négliger toutefois les opinions des auteurs et les différentes notions acquises, il donne une anatomie histologique exacte et précise de la muqueuse laryngée normale, conteste l'existence des follicules clos et du tissu lymphoïde dans le larynx, et démontre, avec pièces à l'appui, que l'invasion de la tuberculose se fait par les glandes muqueuses du larynx, de là la prédominance de ces ulcérations dans la région aryténoïdienne ou épiglottique, si riches en glandes. Le processus tuberculeux est suivi pas à pas, depuis l'introduction du bacille jusqu'à l'ulcération large avec nécrose et élimination des cartilages. Le processus de guérison est également étudié avec le plus grand soin.

Après avoir démontré, dans la première partie de son ouvrage, que la tuberculose laryngée est une lésion curable, soit spontanément, soit surtout par la thérapeutique, M. Heryng aborde la deuxième partie de son travail, et il envisage le côté pratique de la question, c'est-à-dire le traitement, dans ses indications et dans tous les détails de sa technique.

Le traitement chirurgical de la phthisie laryngée comprend trois méthodes principales : la méthode des cautérisations, par l'acide lactique ou méthode de Krause; la méthode du curettage avec ou sans cautérisations ou méthode de l'auteur; enfin, la méthode des injections sous-muqueuses iodoformées.

Trente-sept observations donnent à la description et aux conclusions de l'auteur un indiscutable appui.

Sur dix-huit cas d'ulcérations laryngées traitées par l'acide lactique :

Sept malades, après une guérison temporaire, moururent de tuberculose pulmonaire déjà existante, et de récidive de tuberculose laryngée, dans le délai d'une année;

Dans onze cas la cicatrisation complète d'ulcérations tuberculeuses dure depuis un an et demi à deux ans et demi.

Le curettage a donné d'excellents résultats, alors que l'acide lactique, mis en usage pendant longtemps, avait échoué. Les principaux avantages de cette méthode consistent dans une destruction radicale des infiltrations tuberculeuses profondes; dans une réaction inflammatoire minime après l'opération, et une disparition rapide de la dysphagie, amenée par la cicatrisation. Sur vingt cas de curettage, M. Heryng a rapporté quinze fois un résultat positif de longue durée.

Le pronostic de la tuberculose laryngée doit donc être regardé comme un peu moins sombre qu'il ne l'était autrefois. Mais, comme le dit l'auteur en terminant, le traitement local ne produirait le plus souvent aucun résultat s'il n'était accompagné du traitement général approprié.

(1) Grand in-8°. Prix : 7 francs. — Paris, Carré et Cie.

La circonvolution de Broca, étude de morphologie cérébrale (1), par Georges Hervé.

La circonvolution de Broca, centre aujourd'hui incontesté du langage articulé, n'est pas aussi simple dans sa description qu'on le penserait au premier abord. Elle se prolonge sur le lobule orbitaire, et s'y termine en s'y réunissant aux autres circonvolutions frontales, en un point de convergence commun, le *pôle frontal*, situé à l'extrémité postérieure du sillon olfactif.

Chez les Primates, le type cérébral primitif nous montre les circonvolutions frontales réduites à deux étages; chez l'homme, les circonvolutions frontales sont toujours au nombre de trois.

Cette circonvolution n'apparaît qu'à partir des anthropoïdes, en même temps que la branche horizontale antérieure de Sylvius. Elle se forme par dédoublement du second étage primitif.

Cette circonvolution constitue chez les anthropoïdes et chez l'homme une quatrième circonvolution frontale; la seconde frontale des auteurs classiques comprenant, en réalité, deux circonvolutions.

L'étude du développement de la circonvolution de Broca chez le fœtus reproduit exactement les données fournies par l'anatomie comparée.

Chez les microcéphales, le centre de la mémoire motrice (circonvolution de Broca) est absent, rudimentaire ou presque normal.

Chez les idiots, les imbéciles, les sourds-muets, dans les races inférieures, on remarque toujours un certain degré d'atrophie.

Chez les intellectuels, au contraire, la complexité morphologique du centre de Broca est, d'une façon générale, corrélative à la puissance de la fonction.

Tels sont brièvement résumés les points principaux que M. Hervé a mis en lumière dans son important et curieux travail.

Des déformations de la cloison du nez et de leurs traitements chirurgicaux (2), par le docteur Rosenthal.

Les déformations de la cloison nasale sont fort fréquentes, elles sont toujours situées dans les trois quarts antérieurs, et plutôt sur la lame quadrangulaire que sur la portion osseuse. Ces déformations revêtent fréquemment la forme d'éperon, proéminent plutôt à gauche qu'à droite et siègent d'ordinaire au-dessous de la ligne de jonction du vomer avec la lame perpendiculaire de l'ethmoïde. Du côté opposé à l'éperon, se trouve une concavité infundibuliforme. Souvent, avec cette déformation de la cloison, on note une voussure exagérée du palatin, une disposition irrégulière des dents, et l'hypertrophie du cornet moyen du côté de la saillie.

Les causes de ces déviations et déformations de la cloison sont les tumeurs, les traumatismes, la syphilis, la scrofule, l'hérédité et, souvent, la cause ne peut être trouvée. La marche de ces anomalies est fort lente; le chirurgien doit s'opposer à leur marche progressive, mais n'intervenir, par une opération, qu'au moment de troubles physiologiques.

L'intervention la plus avantageuse, s'il s'agit d'éperons osseux, est l'opération à la scie de Bosworth, elle donne les résultats les meilleurs, est d'une exécution très facile, non douloureuse et produit une hémorrhagie minime.

S'il s'agit de déviations simples, ou d'épaississements cartilagineux, la galvano-puncture doit être mise sur le même rang que la méthode de Bosworth.

(1) Gr. in-8°. Prix : 6 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.
(2) Gr. in-8°. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Lecrosnier et Babé.

La résection d'une partie de la cloison, avec conservation de la muqueuse intacte du côté opposé, est une méthode applicable aux courbures simples très prononcées, mais sans épaississement de la cloison.

Ce n'est que dans des circonstances particulières, qu'on aura recours au ciseau employé par MM. Duplay, Berger, etc., et à la pince de Wolternig ou autres instruments de ce genre.

Leçons de clinique chirurgicale (1), par M. A. DUBRUEIL.

Le fascicule, dont nous donnons l'analyse, est la relation d'une série de leçons cliniques, professées à la faculté de Montpellier, par M. le professeur Dubrueil. Nous y notons une leçon sur un cas de polype naso-pharyngien traité par la ligature. La discussion qu'amena le choix de ce procédé, à l'exclusion des autres, forme une page intéressante de cette leçon clinique.

Signalons encore un cas de maladie de Basedow, guéri par l'extirpation d'un kyste thyroïdien. Ce cas est à ajouter aux deux cas de guérison publiés déjà par MM. Tillaux et Ollier; ils semblent démontrer que, dans certains cas du moins, la lésion essentielle et primitive du goître exophthalmique siège bien dans le corps thyroïde et n'est que secondairement constituée par un trouble fonctionnel du grand sympathique.

Mentionnons les leçons suivantes : sur deux cas de pied plat, un torticolis par rétraction des scalènes, une pseudo-tumeur blanche du genou; sur deux cas d'opération d'Alquié-Alexander, et un cas de tuberculose mammaire.

Parmi les autres cliniques, signalons celle qui a trait à la thérapeutique des luxations congénitales de la hanche; M. Dubrueil voit d'un œil assez bon les tentatives opératoires de Margory; il reconnaît, d'ailleurs, que les résultats obtenus sont loin d'être encourageants, et ne semble incliner vers l'intervention chirurgicale que, parce qu'en réalité, le traitement orthopédique est presque nul.

Nous devons, pour terminer, signaler un cas fort curieux de kyste salivaire, développé dans l'épaisseur de la joue, et que le chirurgien de Montpellier a justement décrit sous le nom de grenouillette génienne.

A. RICARD.

(1) Gr. in-8°, tome II, IIIe fascicule. Prix : 1 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et Lecrosnier.

SOUSCRIPTION

EN FAVEUR DE LA VEUVE D'UN CONFRÈRE

CINQUIÈME LISTE

MM. les professeurs Damaschino	100 fr.
— Germain Sée	50
MM. les docteurs L. Desnos	20
— Duplaen (de Condrieu)	100
— Fourrier (de Norroy-le-Sec)	10
— Guy (de Deuil)	25
— Hardy (de Lamalou-les-Bains)	5
— Horezyski (de Montceau-les-Mines)	10
— Houssay (de Pont-Levoy)	10
— Hubin (de Thomery)	20
— Legendre (de Bléneau)	10
— Lortat-Jacob (de Toul)	40
— Mague (de Mèze)	10
— Martin (de Nevers)	10
— Richard (de Château-Gontier)	5
— Rousseau (de Laon)	5
— Vozy (de Choisy-le-Roi)	20
M. Ch. Janet-Dupont (de Beauvais)	20
Un pauvre étudiant en médecine (Marseille)	1
Anonyme (Paris)	20
Quatrième liste	2008
TOTAL	2499 fr.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hospices civils de Grenoble. — Des concours pour la nomination d'élèves internes et d'élèves externes s'ouvriront, pour les élèves internes, le lundi 5 novembre 1888, à deux heures, et pour les élèves externes, le mardi 6 novembre, à la même heure.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat le 27 octobre au plus tard.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 108. — JEUDI 20 SEPTEMBRE 1888. 61e ANNÉE. JEUDI 20 SEPTEMBRE 1888. — N° 108.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. D. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Charpentier a fait à l'Académie une intéressante communication sur l'application, au traitement de l'endométrite puerpérale, du râclage de l'utérus, préconisé dans ces derniers temps par M. Doléris. On trouvera la description de ce procédé opératoire dans la Revue générale de notre distingué collaborateur, M. Noël Hallé, sur la thérapeutique utérine antiseptique (voyez *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 149).

Il est bien évident qu'il ne s'agit ici que de l'endométrite puerpérale, et non de la péritonite ni de la pyohémie. Contre ces deux dernières formes d'infection puerpérale, un traitement s'adressant directement à la cavité utérine seule ne saurait suffire. En présence, donc, d'une septicémie puerpérale localisée à la cavité utérine, voici, d'après l'opinion émise aujourd'hui à l'Académie, quelle sera la conduite à tenir : dès l'apparition du moindre symptôme d'infection, recourir aux injections antiseptiques intra-utérines (liqueur de van Swieten dédoublée, d'après M. Charpentier). Si, après vingt-quatre ou quarante-huit heures de ce traitement, on ne constate pas d'amélioration, faire le grattage de l'utérus suivi de l'écouvillonnage modificateur, opération préconisée par M. Doléris et qui vient de donner d'excellents résultats à M. Charpentier. Il y a quelques années à peine, l'accoucheur qui aurait proposé de porter un instrument quelconque ou même de pousser une simple injection dans l'utérus malade d'une femme en couches eût paru bien téméraire. Aujourd'hui, grâce aux procédés réalisés par l'antisepsie, le procédé de M. Doléris paraît parfaitement rationnel, et les faits publiés par M. Charpentier sont des plus encourageants. Toutefois, cette opération, si simple et si facile qu'elle soit, ne passera pas de sitôt, croyons-nous, dans la pratique courante, si nous en jugeons par les résistances que l'on rencontre encore aujourd'hui si fréquemment, non seulement de la part des familles, mais même de la part de beaucoup de vieux praticiens pour de simples injections vaginales après l'accouchement. C'est pourquoi nous ne saurions trop insister sur l'enseignement à tirer de faits tels que ceux dont M. Charpentier a entretenu aujourd'hui l'Académie, et qui sont de nature à diminuer encore la mortalité des femmes en couches.

HOTEL-DIEU. — M. RICHET.

I. Fissure à l'anus. — II. Épithéliome glandulaire de la lèvre inférieure. — III. Blessure du poignet, cicatrisation, compression du nerf médian.

I. Le premier des malades dont je veux vous parler aujourd'hui est un homme de quarante-cinq ans, fort, vigoureux, qui, bien qu'allant tous les jours convenablement à la selle, sans constipation, éprouve des sensations douloureuses au moment de la défécation, par suite de l'existence d'une fissure à l'anus. La douleur persiste même quelque temps après la défécation ; en tous cas, la fissure ne saigne pas ou fort peu. Elle est visible, ce qui n'est pas très ordinaire, et siège à la partie postérieure de l'anus. Elle a l'aspect d'un véritable ulcère qui se prolonge au delà de la marge de l'anus et remonte jusqu'au-dessus du sphincter. Enfin, elle ne s'accompagne pas de tumeurs hémorrhoïdaires, mais d'un petit polype situé dans l'intérieur de l'anus, polype pédiculé qui, d'ailleurs, n'a aucun rapport avec la fissure. Je l'enlèverai aussitôt après avoir pratiqué la dilatation de l'anus.

Je ne vous aurais pas parlé de ce malade, si je n'avais à dire quelques mots de la dilatation de l'anus, procédé opératoire auquel je vais avoir recours pour le débarrasser de sa fissure.

Tout d'abord le malade doit être mis dans la même position que s'il s'agissait de détruire des hémorrhoïdes. Puis on l'anesthésie et, néanmoins, il est nécessaire de le faire tenir solidement par des aides pour qu'il ne puisse pas tenter des mouvements de redressement du tronc et, par suite d'une action réflexe involontaire, contracter ses muscles et faire manquer l'opération. Il faut donc, je le répète, maintenir énergiquement le malade sur le bord du lit avec des alèses. On introduit successivement un doigt de la main gauche, un de la main droite, un second et un troisième de chaque main, puis on les recourbe en crochet, et on les écarte jusqu'à ce que la pulpe des doigts arrive à toucher la face interne de l'ischion, sous peine de faire une dilatation insuffisante, de ne pas déchirer le sphincter et, par suite, d'être obligé de recommencer l'opération.

Vous ne devez pas redouter à la suite de l'opération, comme on l'a prétendu à tort, l'incontinence des matières fécales, et pour ma part, pendant le cours de ma longue carrière, je ne l'ai jamais observée.

II. Le second malade que nous devons opérer ce matin, est un homme de soixante-dix-huit ans, atteint d'un cancroïde, d'un épithéliome de la lèvre supérieure.

Vous savez qu'il existe, en réalité, trois variétés de ces épithéliomes :

1° L'épithéliome épithélial qui atteint seulement la partie superficielle de la muqueuse et est caractérisé par une pellicule épithéliale sur une ulcération superficielle ;

2° L'épithéliome qui débute par les papilles du derme, c'est ce qu'on appelle aussi le papillome; il est constitué par une infiltration de cellules épithéliales dans les papilles ; sa surface n'est plus plane comme dans la première variété mais elle est hérissée comme une étoffe de velours ;

3° L'épithéliome glandulaire, dont le siège est dans les follicules, dans les glandules de la peau ; il se manifeste par des bosselures de la lèvre, que l'on aperçoit lorsque l'on renverse celle-ci en dehors. C'est la variété que nous observons chez le malade que nous allons opérer tout à l'heure. Chez lui l'épithéliome occupe le rebord de la lèvre ; et bien qu'il date déjà de deux ans, ou tout au moins que cet homme s'en soit aperçu depuis cette époque, il ne s'accompagne encore d'aucun engorgement ganglionnaire. Le seul ganglion hypertrophié, dont nous constatons l'existence, n'a aucun rapport avec l'affection de sa lèvre; il est situé en arrière de l'angle de la mâchoire inférieure, sous la carotide qu'il soulève légèrement et son hypertrophie est en rapport avec l'état du pharynx, avec la présence d'une ulcération sur l'amygdale du même côté. Aussi dans l'opération que je vais pratiquer, n'ai-je aucune raison d'enlever ce ganglion. Quant à l'ablation de la tumeur épithéliale, je vais prodéder par la méthode ordinaire, c'est-à-dire par une incision en V, suivie de la suture des bords de la plaie.

III. Enfin notre troisième malade est un garçon boucher qui, dans une rixe chez un marchand de vin, s'est fait, avec un éclat de vitre, une plaie transversale au poignet droit. La blessure a donné lieu à une hémorrhagie abondante que l'on a essayé d'arrêter momentanément, chez un pharmacien, afin de pouvoir conduire le blessé à l'Hôtel-Dieu.

Dans le service, on a fait la ligature de l'artère sectionnée, sans examiner autrement la blessure. Au bout de quelques jours, le malade est sorti sans attendre que la plaie soit cicatrisée, de telle sorte que, six semaines plus tard, la suppuration continuant, il entra à l'hôpital Beaujon. Là, sous l'influence d'un pansement approprié, la cicatrisation fut obtenue assez rapidement.

Mais si, depuis un mois environ, la plaie est bien cicatrisée, cependant cet homme ne peut, depuis lors, se servir de sa main ; celle-ci, dit-il, est toujours froide, il ne peut travailler, et il vient réclamer notre intervention pour lui rendre l'usage de son membre. Voici l'état dans lequel il est entré ici ces jours derniers et dans lequel il est encore aujourd'hui, avant toute opération. Sa main droite est, pour ainsi dire, comme atrophiée et cette atrophie porte sur la totalité; sa circonférence, comparée à celle du côté opposé, est moindre d'un demi-centimètre. Sa coloration est différente, elle est violacée, et l'on sent déjà, par là, que la circulation sanguine s'y fait mal. De plus, le malade éprouve une sensation de froid qui s'étend jusqu'à la partie moyenne de l'avant-bras. La sensibilité sur le trajet du nerf cubital est conservée, mais elle est diminuée sur la face palmaire des doigts médius et indicateur, ainsi que sur la face interne du pouce et la face dorsale de la main. La flexion de la main est incomplète et celle-ci prend l'attitude en griffe. Enfin les troubles circulatoires se manifestent encore par la formation de phlyctènes sur les doigts médius et indicateur. Il y a là de véritables troubles trophiques.

Bref, malgré la cicatrisation de sa plaie, cet homme est véritablement estropié.

Il y a quinze ou vingt ans, on eût dit que, devant un pareil cas, il n'y avait rien à faire. Aujourd'hui, nous n'en sommes plus là, et nous pouvons heureusement intervenir et souvent avec succès. Lorsqu'on examine, chez notre malade, la cicatrice, on voit qu'elle est située à la partie antérieure du poignet, mais principalement du côté du bord radial, qu'elle est large de 2 centimètres et demi, et qu'elle porte sur les tendons des muscles fléchisseurs des doigts, que les muscles superficiels paraissent seuls intéressés, soit ceux des doigts indicateur et médius, que c'est très probablement aussi l'artère radiale qui a dû être coupée, que le nerf médian est également intéressé, c'est-à-dire comprimé, étreint dans la cicatrice, d'où les troubles trophiques que nous observons, car je ne pense pas que ce nerf ait été coupé.

En effet, la cicatrice est déprimée, elle est constituée par un véritable nodus cicatriciel, résultant d'une suppuration prolongée pendant six semaines, laquelle a déterminé la formation de tissu inodulaire, facile à reconnaître à sa dureté. Donc en ce point il existe, je le répète, un nodus cicatriciel transversal qui a étreint le nerf médian et les tendons fléchisseurs. La question de thérapeutique est réellement neuve, car il n'y a pas bien longtemps qu'on a essayé de combattre les accidents déterminés par la compression des nerfs et des tendons à l'aide d'une incision libératrice.

La première opération de ce genre a été faite pour un cas de compression du nerf radial, dans une gouttière ostéo-fibreuse, consécutive à un cal difforme d'une fracture de l'humérus. M. Ollier (de Lyon) imagina de découvrir le cal, de le sculpter, afin de dégager le nerf radial. L'opération fut suivie d'un plein succès ; le malade recouvra les mouvements auxquels ce nerf préside.

Depuis lors, plusieurs opérations du même genre ont été pratiquées et, les résultats étant excellents, on s'est demandé pourquoi on n'appliquerait pas un procédé analogue aux étreintes cicatricielles et fibreuses. C'est ainsi que l'on a procédé chez un jeune homme qui s'était grièvement blessé au poignet avec son vélocipède, blessure qui avait donné lieu à une suppuration prolongée suivie de cicatrisation, avec nodosités fibreuses. Il s'agissait cette fois aussi du nerf médian. Le résultat ne fut pas aussi brillant à cause des difficultés que l'on éprouva à dégager le nerf pris dans la cicatrice, néanmoins l'opération fut suivie d'une amélioration très notable.

Aujourd'hui, c'est la même opération que je vais pratiquer sur le malade dont je vous ai raconté l'histoire, l'opération n'est ni sérieuse, ni grave. Elle comporte une incision longitudinale sur le trajet du nerf et deux incisions latérales pour découvrir les tendons et le nerf médian, et les dégager. Si, au lieu d'avoir été étreint dans le tissu cica-

triciel, ce nerf a été divisé, ce que je ne pense pas, sans pouvoir cependant l'affirmer, j'irai à la recherche des deux bouts pour les suturer l'un à l'autre.

HOPITAL NECKER. — M. Rendu.

Dilatation bronchique ou tuberculose.

Le malade du n° 9 de la salle Saint-Louis est un homme de cinquante-six ans, terrassier, qui est entré le 2 de ce mois, il y a vingt-quatre jours, pour des accidents thoraciques.

Il est malade depuis les premiers jours du mois dernier. A cette époque il s'est enrhumé, dit-il, et a commencé à tousser; au bout de peu de temps les quintes se sont accentuées en même temps que l'expectoration devenait abondante : crachats muco-purulents, quelquefois striés de sang. Mais il n'a jamais eu d'hémoptysies, jamais non plus de point de côté.

Cependant son rhume ne l'a pas empêché de travailler, du moins jusqu'à la fin du mois dernier; à ce moment la fatigue a augmenté, les forces ont diminué, l'appétit s'est perdu. Bref, il s'est décidé quelques jours plus tard à entrer à l'hôpital.

A son arrivée ici, nous avons trouvé un sujet un peu émacié, fatigué, amaigri et se plaignant de sueurs nocturnes profuses. Par suite, sa prétendue bronchite nous parut quelque peu suspecte. Pourtant cet homme n'avait pas la moindre fièvre, et la température restait, matin et soir, à 37 degrés, ce qui serait assez insolite s'il s'agissait de phthisie pulmonaire, comme les crachats l'indiqueraient peut-être, car au milieu de mucosités transparentes on constatait l'existence de crachats purulents très liquides, mais non déchiquetés. L'élimination au dehors de ces crachats se faisait surtout le matin, comme si, accumulés pendant la nuit dans les bronches, celles-ci, dès le réveil, s'efforçaient de s'en débarrasser ; en effet, pendant le jour, cet homme toussait et crachait peu.

D'ailleurs pas de dyspnée, pas de douleurs dans la poitrine, mais seulement un peu de fatigue générale et d'insomnie.

L'examen stéthoscopique, par contre, décelait l'existence d'une grosse lésion : tandis que les deux sommets pulmonaires étaient indemnes, on constatait dans tout le tissu inférieur du poumon gauche une matité absolue et l'absence d'élasticité sous le doigt, une grande diminution des vibrations thoraciques; donc, ou condensation très prononcée du poumon en ce point, ou épanchement pleural léger.

A l'auscultation, dans tout le poumon gauche, on entendait une respiration rude, et çà et là des râles disséminés et, de plus, à la base, un souffle amphorique à timbre large, profond, limité au quart inférieur du poumon, à la partie externe de la région antérieure, tandis qu'en arrière, près de la colonne vertébrale, on percevait un souffle à tonalité très aiguë.

Il existait de plus un gargouillement très accentué, un râle caverneux, souffle cavitaire avec retentissement de la toux et de la voix, de la pectoriloquie aphone.

Dans le poumon droit pas de râles, sommet indemne, et seulement au niveau du hile du poumon et un peu au-dessous un souffle assez profond se passant dans les grosses bronches tout près de leur bifurcation en bronches plus petites.

Le cœur et les reins sont sains; les artères sont souples.

De cet examen que devons-nous conclure ? à l'existence de cavités notables, multiples à la base du poumon gauche; par conséquent, il ne s'agissait pas d'une simple bronchite, datant de trois à quatre semaines, non plus que d'une pneumonie simple ou d'une pleuro-pneumonie, malgré les phénomènes complexes que nous observions, car il n'y avait eu dans les premiers jours ni accidents aigus, ni point de côté, ni fièvre.

Nous ne pouvions pas davantage songer à un état inflammatoire ancien en voie de résolution, puisque nous trouvions des signes cavitaires des plus évidents, signes qui persistent absolument aujourd'hui, tels qu'au moment de l'arrivée du malade, si ce n'est que les crachats ont diminué sous l'influence du traitement.

Deux hypothèses restaient donc : 1° la tuberculose; 2° la dilatation bronchique.

Aujourd'hui, la tuberculose nous paraît moins admissible que les premiers jours où un certain nombre de personnes, en examinant ce malade, avaient diagnostiqué cette affection en raison de l'état d'émaciation, de l'expectoration et des sueurs profuses la nuit.

Cependant à cette hypothèse il y avait plusieurs objections : 1° le siège de la lésion, la tuberculose débutant le plus ordinairement par les sommets, tandis que la dilatation bronchique, dans les deux tiers des cas, se produit à la base; 2° l'unilatéralité de la lésion, bien plus fréquente dans cette dernière que dans la tuberculose. Néanmoins ces deux objections sont insuffisantes; 3° l'âge. Ceci est plus sérieux, notre homme a cinquante-six ans, or, il est fort rare de voir la tuberculose débuter par la base, passé l'âge de quarante à quarante-cinq ans, et, de plus, cet homme a toujours été bien portant jusqu'au mois dernier.

L'absence de phénomènes fébriles est aussi grandement en faveur de la dilatation bronchique et non point de la tuberculose où, sauf quelques cas à forme absolument torpide, et chez les sujets scrofuleux, on observe toujours un mouvement fébrile le soir.

Enfin, l'expectoration est aussi un élément de diagnostic, chez lui, en faveur de la dilatation bronchique. Il y a, comme vous le savez, dans la bronchectasie, plusieurs types de crachats : 1° un type caractérisé par de la purée purulente; il est rare dans la tuberculose; 2° des crachats grisâtres avec grumeaux caséeux, jaunâtres, plus ou moins fétides, composés d'une sorte de matière butyreuse, qui n'est autre chose que du pus concrété.

Bref, après avoir pesé le pour et le contre, j'en serais arrivé à émettre un diagnostic douteux, si l'examen bacillaire des crachats ne nous avait montré l'absence de tout bacille.

En résumé donc, après avoir discuté la valeur de chacun des signes observés, et en tenant compte de l'évolution de la maladie et de l'amélioration survenue depuis l'entrée du malade dans nos salles, j'en suis arrivé au diagnostic de dilatation bronchique.

Cependant, il y aurait encore à ce diagnostic une objection : l'absence de relation entre l'étendue de la lésion et le début très récent de la maladie, si un interrogatoire minutieux de cet homme ne nous avait appris qu'il y a trente ans il avait, pour la première fois, éprouvé des phénomènes

semblables à ceux d'aujourd'hui, accidents pour lesquels il resta deux mois à l'hôpital, mais en sortit guéri. Depuis lors, néanmoins, tout en se portant bien et n'ayant jamais aucun étouffement, il a tous les matins, peu après son réveil, un peu de toux suivie de l'expectoration de quatre ou cinq crachats purulents.

De ces faits je dois conclure que sa lésion a trente ans de date, et que, depuis cette époque jusqu'en ces derniers temps, elle est restée latente. Il s'agit donc bien d'une vieille ectasie bronchique, limitée au quart inférieur du poumon gauche, qui a été réveillée le mois dernier par une bronchite aiguë, sans fétidité de la sécrétion bronchique, d'où tolérance plus grande de la lésion et maintien de la santé générale.

Ce malade représente donc un type très net de dilatation bronchique limitée et unilatérale, ce qui n'est pas un fait commun, car ordinairement cette affection est étendue et bilatérale; elle n'a pas eu de retentissement sur la santé générale.

Ici nous sommes assez facilement arrivé au diagnostic; mais il n'en est pas toujours ainsi. Je vous citerai le cas d'un jeune homme de dix-neuf ans, sans aucun antécédent morbide qui fut pris, il y a deux mois, d'un point de côté à gauche, avec fièvre, et qui, huit jours plus tard, à la suite d'une quinte de toux, expectora du pus, et à dater de ce moment eut des vomites. La maladie, chez lui, semblait avoir débuté comme une pneumonie ou une pleurésie interlobaire. C'était même là ma première impression, mais j'en revins promptement, car l'état général était excellent : point de fièvre, pas de dyspnée, conservation de l'appétit, d'où je repoussai l'idée de pleurésie. De plus les signes stéthoscopiques étaient : sonorité légèrement diminuée, gros râles disséminés dans la grosse bronche, sans gargouillement, crachats puriformes, fluides, fétides.

Voici maintenant l'exemple d'un malade, d'un camarade d'études médicales, que j'ai suivi depuis le début des accidents : croup dans l'enfance, trachéotomie, canule restée pendant longtemps dans la trachée, d'où rétrécissement de celle-ci, facilité à s'enrhumer tous les hivers, bronchite chronique. Cet étudiant va pour passer sa thèse, et, pendant l'argumentation, il est pris d'une quinte de toux suivie immédiatement d'une vomite purulente. A dater de ce jour celle-ci se renouvela fréquemment, se rapprochant de plus en plus, devenant intarissable, avec odeur fétide; mort sept ou huit mois plus tard.

La dilatation bronchique n'est pas une affection toujours la même; mais elle peut être l'aboutissant d'affections différentes. Ainsi une bronchite, même lointaine, ne détermine pas toujours la dilatation des bronches, sinon nous la rencontrerions *constamment* chez les tuberculeux et les emphysémateux, et il est loin d'en être ainsi. De même aussi la dilatation peut exister sans lésion du parenchyme pulmonaire, quoique le plus généralement elle coexiste avec elle. En réalité, il faut presque toujours l'association des deux processus inflammatoires, c'est-à-dire du côté des bronches et des poumons, soit une bronchopneumonie; et vous savez que celle-ci est une maladie infectieuse. Je crois donc que la plupart des dilatations bronchiques reconnaissent pour point de départ une bronchopneumonie.

La dilatation bronchique peut également se produire à la suite de la pleuropneumonie, avec adhérences pleurales limitées. Ici les accidents surviennent d'une façon toute mécanique, c'est-à-dire par le fait des tiraillements des fausses membranes de la plèvre sur le poumon. C'est là un fait bien connu, que M. Barth père avait autrefois signalé. En effet, les adhérences localisées amènent des scléroses pulmonaires limitées aussi. Et c'est probablement le cas du malade qui fait le sujet de cette leçon.

Ainsi vous le voyez, il faut donc, en réalité, des phénomènes complexes, bronchiques, pulmonaires et pleurétiques, pour produire la dilatation bronchique.

Quant au pronostic, il est relativement bénin, car la lésion de notre malade est circonscrite, quoique les cavernes soient multiples et assez grandes (la capacité d'une noix), mais le poumon gauche est sain dans les deux tiers de son étendue, et le poumon droit ne présente quelques phénomènes qu'au niveau du hile; enfin, l'expectoration purulente n'a aucune fétidité et est très diminuée depuis l'arrivée du malade à l'hôpital.

Pour que les accidents prissent une certaine gravité, il faudrait que la sclérose s'étendit, que les bronches perdissent de leur élasticité; mais, dans ce cas même, le pronostic ne serait pas encore bien mauvais, car le malade pourrait encore résister longtemps. Le véritable danger serait si la tuberculose, comme cela se voit assez fréquemment, venait se greffer sur le tout. M. Grancher a même dit que la dilatation bronchique était fonction de la tuberculose, ce en quoi il me paraît avoir exagéré; elle prédispose seulement à la tuberculose.

Dans le traitement, il y a deux choses :

1° Le traitement qui s'attaque à la lésion permanente, à la sclérose et aux cavités, mais il est absolument nul, car il n'y a rien à faire;

2° Le traitement de la lésion temporaire, c'est-à-dire des poussées fluxionnaires, congestives, inflammatoires, il consiste dans l'application de vésicatoires, dans la médication balsamique et principalement l'essence de térébenthine (3, 4, 5 et 6 capsules par jour). La créosote est aussi un très bon antiseptique, de même que l'eucalyptol. Enfin, on y ajoute la médication astringente par le tannin et le quinquina, et une bonne hygiène, une alimentation réparatrice; éviter les perturbations atmosphériques, toutes les causes de refroidissement.

Mais, dans le cas où les accidents, loin d'être enrayés par ce traitement, s'aggravent, que faut-il faire? faut-il recourir à une intervention chirurgicale? Je crois que celle-ci est utile dans certains cas, lorsque, par exemple, les crachats purulents sont abondants, fétides, septiques, qu'ils s'accompagnent d'un état fébrile, de diarrhée, d'un état général mauvais.

Dans ces conditions on cherchera, à l'aide de l'aiguille exploratrice, le siège exact des cavités ampullaires, et celles-ci reconnues on suivra l'aiguille comme conducteur pour faire l'empyème en dédolant couche par couche, y compris le tissu pulmonaire, jusqu'à ce que l'on ait pénétré dans la caverne, afin de donner une libre évacuation au pus, de faire des lavages antiseptiques, et même de placer une mèche à l'iodoforme dans ladite caverne.

Un chirurgien anglais a publié, l'an dernier, deux observations de ce genre du plus haut intérêt, qui ont été suivies d'une guérison complète et radicale. Il suffit, en pareil cas, d'ouvrir une seule cavité pour voir les autres se sécher d'elles-mêmes, spontanément, à la suite de cette sorte de drainage de celle qui a été opérée.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 septembre 1888. — Présidence de M. Hérard.

CORRESPONDANCE

Elle comprend :

1° Une lettre de M. le Ministre de l'instruction publique déclarant que, pour répondre au vœu de l'Académie, il fait étudier les mesures de prophylaxie de la pelade ;

2° Un pli cacheté adressé par M. Plicque, interne à Lariboisière (Accepté) ;

3° Une lettre de candidature de M. Duclos (de Tours), à la place de correspondant national (première division).

LECTURES

Recherches physiologiques sur les produits de la combustion du gaz d'éclairage. — M. GRÉHANT. Lorsqu'on brûle du gaz d'éclairage dans un bec d'Argant et qu'on recueille les gaz provenant de cette combustion, on trouve qu'ils renferment 4,25 d'acide carbonique, 11,6 d'oxyde et 84,1 d'azote.

La respiration d'un pareil mélange apporte des modifications dans la composition des gaz du sang d'un animal. La proportion d'acide carbonique a très peu varié. Mais ce qui est très remarquable, c'est la diminution très notable dans la proportion de l'oxygène contenu dans le sang artériel qui diminue de 5 centimètres cubes. L'homme ou l'animal qui respire les produits de la combustion du gaz se trouve en état d'*anoxyhémie*.

En voyant l'oxygène ainsi diminué, M. Gréhant s'est demandé si le sang de l'animal ne renfermait pas de l'oxyde de carbone. Il n'en existe pas; tout l'oxyde de carbone est transformé en acide carbonique. Il n'en est pas de même lorsque la combustion du gaz est incomplète. Des expériences sur un animal vivant montrent que la quantité d'oxyde de carbone dégagé par un seul bec de Bunsen brûlant par le bas pendant deux heures dans une chambre de douze mètres cubes de capacité, est suffisante pour oxycarboner le sang presque complètement et pour mettre l'animal en danger de mort.

En résumé ces recherches démontrent que le mélange des produits de la combustion du gaz de l'éclairage avec l'air que nous respirons est nuisible, et qu'il serait utile et hygiénique d'expulser au dehors les gaz riches en acide carbonique et pauvres en oxygène.

M. Potain possède à l'hôpital de la Charité un poêle à gaz qu'il a fait entourer d'une enveloppe de tôle qui, recevant l'air extérieur par un tuyau horizontal, présente en outre un tuyau vertical qui expulse dans une cheminée tous les produits de la combustion mélangés avec un certain volume d'air entraîné. Cette disposition est très bonne et devrait être généralisée.

Étiologie de la dilatation dite primitive de l'estomac et de la dyspepsie idiopathique. — M. CLOZIER (de Beauvais) reconnaît à la dilatation stomacale quatre causes principales :

1° La première de toutes c'est l'attitude verticale ou attitude bipède de l'homme ;

2° La seconde, la mauvaise hygiène stomacale de l'homme ;

3° La troisième, une sécrétion morbide ou hypersécrétion de la muqueuse de l'estomac ;

4° La quatrième, le relâchement consécutif ou secondaire des parois de l'organe.

Après avoir étudié en détail ces diverses causes l'auteur conclut ainsi : « Nous croyons que l'attitude bipède de l'homme serait le point de départ de l'impotence fonctionnelle des parois de l'estomac et que cet état pathologique plus ou moins accusé ne serait lui-même que l'expression ultime des phénomènes morbides successifs, étroitement liés entre eux et se passant tous, *exclusivement*, dans la cavité de l'organe.

Les autres troubles, qu'ils intéressent, soit le système nerveux central ou périphérique, soit des organes voisins ou éloignés, seraient seulement consécutifs à la lésion initiale de l'estomac. »

Traitement des obstructions de la trompe par l'emploi de la bougie à demeure. — M. SUAREZ DE MENDOZA (d'Angers) fait connaître à l'Académie une nouvelle méthode qu'il emploie avec succès depuis deux ans dans le traitement des obstructions de la trompe, et présente les instruments qu'il a imaginés à cet effet.

Depuis longtemps, en France et à l'étranger, on se sert dans le traitement des obstructions tubaires du passage de fines bougies soit pour y porter des médicaments, soit pour désobstruer momentanément le canal, soit pour faire la dilatation intermittente comme l'a conseillée M. Ménière, mais jamais la bougie n'a été laissée en place au delà de quelques minutes à une heure, car, jusqu'à présent, les auristes n'ont demandé à la bougie que l'effet mécanique, sans s'inquiéter de l'effet irritatif que produit la sonde à demeure, et qui, utilisée dans la juste mesure, produit l'effet résolutif connu.

Sans nul doute le traitement ordinaire suffit le plus souvent pour obtenir la perméabilité de la trompe, mais il y a des cas rebelles où, malgré des séances souvent répétées de cathétérisme, le rétrécissement persiste et avec lui les symptômes inhérents à cet état morbide.

C'est dans ces cas rebelles que M. Suarez a essayé, à l'instar de ce qui se fait dans les rétrécissements de l'urèthre et du canal nasal, de laisser la bougie à demeure.

Le succès a couronné ses premières tentatives et depuis deux ans il a déjà employé trente-neuf fois cette méthode sans avoir jamais eu le moindre accident. Il a toujours laissé en place la bougie (préalablement désinfectée) de deux à dix heures, et en général il a suffi de quatre à dix séances pour triompher des obstructions qui avaient résisté pendant des mois au traitement classique.

Les instruments dont il se sert sont les suivants :

1° Trois sondes à gouttières de différents calibres, avec leurs mandrins respectifs ;

2° Trois séries de dix bougies (olivaires cylindro-coniques) faites sur une nouvelle filière dont les numéros externes répondent au n° 2 et au 5 de la filière Charrière, c'est-à-dire à 5 et 15 dixièmes de millimètre de diamètre ;

3° Trois porte-bougies ;

4° Deux sondes intra-tympaniques, pour le diagnostic du degré de rétrécissement et l'emploi de la cocaïne.

Voici maintenant le *modus faciendi*.

A travers la sonde engagée dans le pavillon de la trompe on introduit la bougie qu'on enfonce jusqu'au delà de la partie rétrécie. On enlève alors la lamelle métallique et on insinue entre la bougie et la paroi de la sonde le mandrin expulseur dont le calibre est égal à la lumière de la sonde, et qui, poussé jusqu'au bout, laisse en liberté la bougie. On enlève la sonde et il ne reste plus qu'à couper la bougie au niveau des narines, ce qui permet au malade de continuer à vaquer à ses occupations jusqu'au moment où il revient pour la faire retirer, ce qui varie de deux à dix heures.

COMMUNICATIONS

Curage et écouvillonnage de l'utérus dans l'endométrite septique. — M. CHARPENTIER rappelle la discussion récente de l'Académie relativement à la fièvre puerpérale, discussion dans laquelle on a admis trois formes de la maladie : la forme péritonitique, la forme pyohémique et la forme septicémique. Quoi qu'il en soit de ces diverses variétés il est incontestable que dans le plus grand nombre des cas les causes de la maladie doivent être recherchées dans l'infection de la femme, au moyen d'un micro-organisme qui pénètre par les plaies vaginale et utérine. Il s'agit en réalité d'une endométrite septique. C'est cette endométrite septique qu'il faut combattre. Pour cela, on a depuis une quinzaine d'années, outre les médicaments généraux (alcool, sulfate de quinine), les injections intra-utérines antiseptiques. Mais ces injections échouent quelquefois, qu'elles soient employées trop tard, ou que l'on soit obligé d'y renoncer à cause

des phénomènes d'intoxication qu'elles déterminent. Il fallait trouver un moyen plus actif. Ce moyen, c'est le curage et l'écouvillonnage antiseptiques de l'utérus que M. Doléris a introduits en France depuis quelques années.

Avant de décrire le procédé, M. Charpentier déclare l'avoir employé six fois et quoique un de ces cas se soit terminé par la mort, les cinq autres lui ont donné des succès si éclatants que sa conviction est faite sur sa valeur. Voici le résumé de ses observations :

En 1887, une de ses clientes accouchait normalement pour la seconde fois. Elle était arrivée sans accidents au seizième jour de ses couches, quand elle eut une émotion violente. Quarante-huit heures après, elle fut prise de frissons, d'élévation de température; les lochies reparurent fétides. La fièvre continuant malgré les injections intra-utérines, l'alcool et le sulfate de quinine, M. Doléris pratiqua l'écouvillonnage de la matrice. Celui-ci fut bien supporté par la malade; la fétidité des lochies disparut le lendemain, et la malade se rétablit parfaitement, quoique lentement.

A la fin de la même année, M. Charpentier fut appelé par un de ses confrères auprès d'une malade accouchée depuis six jours. L'accouchement s'était effectué facilement, mais le placenta était resté en partie adhérent à la matrice, et le confrère avait été obligé de recourir à une délivrance artificielle. Quarante-huit heures après, la malade avait été prise d'un grand frisson, de fièvre et de sensibilité du ventre. Les lochies étaient fétides. La température était élevée. Au 6e jour l'état était des plus graves, la température était de 40°; le pouls était à 120. Dans le vagin on sentait une masse du volume du poing : c'était le placenta qui fut enlevé. M. Charpentier pratiqua ensuite plusieurs lavages intra-utérins et fit un écouvillonnage sérieux de la cavité utérine, suivi d'une cautérisation avec la créosote glycérinée et d'un nouveau lavage intra-utérin. L'opération fut suivie d'une amélioration notable mais passagère, car le onzième jour, la malade succombait à la septicémie.

Ce deuxième fait, tout en montrant l'innocuité de l'écouvillonnage, n'avait donné qu'un résultat bien peu satisfaisant. M. Charpentier restait encore perplexe sur l'efficacité réelle du moyen, quand de nouveaux faits vinrent faire de lui un adepte fervent de l'écouvillonnage et du curage dans la septicémie puerpérale.

Le premier de ces faits est celui d'une jeune primipare de dix-neuf ans qui, le 20 avril 1888, avait accouché normalement, mais dont la délivrance n'avait pu se faire qu'artificiellement.

Trois jours après, septicémie. Pouls 130, temp. 40°3. État général grave d'emblée. Le lendemain, l'état est presque désespéré; le pouls est à 160; la température à 41°4. Subdelirium. Tous les phénomènes de la septicémie la plus grave. La vulve et le vagin sont couverts d'eschares gangréneuses, laissant couler un liquide infect malgré les lavages vaginaux. L'état général est tellement grave que M. Charpentier se borne à pratiquer un lavage intra-utérin avec la liqueur de van Swieten. Le lendemain, amélioration telle qu'il se décide à pratiquer le curage. Avec la curette, il ramène une bouillie noirâtre, fétide; puis, avec un écouvillon chargé de créosote glycérinée, il achève le nettoyage de la cavité utérine dans laquelle il fait encore une injection de la solution hydrargyrique. Avec la même curette, il enlève les eschares de la vulve et du vagin, fait un dernier lavage, et place dans le vagin un large tampon de gaze iodoformée. Alcool, sulfate de quinine, 1 gr. 50. Le résultat fut véritablement merveilleux; dès le lendemain, la température est à 37°8, les lochies sont à peine odorantes, légèrement sanguinolentes. L'état général se maintint parfait jusqu'au 30 avril, date à laquelle la malade fut prise subitement d'un point de côté, dû à un épanchement pleurétique considérable, qui resta toujours séreux. Le 12 mai, l'épanchement commença à diminuer, et graduellement la malade s'achemina vers une complète guérison.

Ce fait montre l'utilité du curage employé de bonne heure. La malade était perdue si on n'était intervenu hâtivement; et cette intervention, faite quarante-huit heures après le début des accidents, a encore eu pour résultat d'empêcher la pleurésie de devenir purulente. On sait combien est fréquente la purulence dans les pleurésies des femmes atteintes de septicémie.

M. Charpentier fait connaître trois observations, identiques aux précédentes, qui démontrent les bienfaits du curage suivi de l'écouvillonnage dans la métrite infectieuse puerpérale.

Voici le manuel opératoire :

Après avoir mis la femme en position obstétricale, on fait un lavage du vagin, puis on abaisse l'utérus. Si le col n'est pas dilaté on le dilate avec un dilatateur mécanique et on fait suivre cette opération d'un grand lavage utérin avec un liquide antiseptique. Cela fait, on cure l'utérus avec la curette de Récamier, on lave à nouveau, on écouvillonne. Cet écouvillonnage est suivi d'une cautérisation antiseptique et finalement d'un lavage utérin.

Tel est le procédé auquel il a été fait plusieurs reproches que M. Charpentier démontre non fondés.

M. Guéniot est, comme M. Charpentier, partisan du râclage de l'utérus dans les cas d'endométrite puerpérale : mais il ne croit pas que cette opération soit applicable à tous les cas; il pense qu'elle doit être réservée pour les plus graves, les injections antiseptiques intra-utérines étant suffisantes pour les endométrites légères ou de moyenne intensité. Le râclage tel que le recommande M. Doléris est, somme toute, une opération nécessitant un certain appareil instrumentral et qui, malgré la tolérance aujourd'hui bien connue de l'utérus, peut n'être pas toujours inoffensive. M. Guéniot ajoute que, dans bien des cas, même très graves, les injections intra-utérines donnent de bons résultats, témoin l'une des observations mêmes de M. Charpentier dans laquelle ces injections avaient, déjà avant le râclage, amené une notable amélioration dans l'état de la malade. En résumé, nous sommes aujourd'hui en possession d'une thérapeutique véritablement efficace contre la septicémie puerpérale utérine; les injections antiseptiques intra-utérines constituaient déjà, à ce point de vue, un réel progrès; quant au râclage, évidemment très utile et très efficace, il doit être réservé aux cas les plus graves et dans lesquels les injections sont restées sans résultats. Il faudra donc toujours recourir d'abord à celles-ci puis consécutivement au râclage, si les injections semblent insuffisantes.

Relativement à l'anatomie pathologique, M. Guéniot pense que cette endométrite puerpérale a presque toujours pour cause la présence dans la cavité utérine de débris placentaires. Quant à l'endométrite pseudo-membraneuse décrite par M. Cornil, elle existe incontestablement, mais elle est exceptionnelle.

M. Charpentier n'a jamais considéré le râclage de l'utérus comme une méthode unique de traitement dans les cas d'endométrite puerpérale. Il est d'avis, comme M. Guéniot, qu'il faut procéder du simple au composé et recourir d'abord aux injections intra-utérines. Mais il est bien certain que celles-ci échouent quelquefois; c'est alors que le râclage devient une précieuse ressource et peut sauver des malades que les injections auraient été impuissantes à guérir. Il est, en effet, facile de comprendre que les injections, si antiseptiques qu'elles soient, ne peuvent pas toujours parvenir à enlever tous les produits morbides de la muqueuse utérine, ce que peut faire le râclage, surtout accompagné de l'écouvillonage modificateur.

Surmenage intellectuel et sédentarité des écoliers. — **M. Gustave Lagneau** remarque que la commission, nommée par le ministre de l'instruction publique, pour remédier à la sédentarité et au surmenage intellectuel dans l'enseignement primaire, d'après le rapport de M. Jacoulet, a demandé une diminution des heures de classes et d'études, une augmentation des heures données aux exercices physiques, et la suppression des devoirs faits à la maison.

La sédentarité et le surmenage étant beaucoup plus redoutables dans les enseignements secondaire et supérieur, le ministre, par une circulaire, vient de consulter les professeurs sur les réformes à apporter à ces enseignements. Leurs avis devront servir à éclairer la nouvelle commission qui est composée d'universitaires de l'enseignement secondaire, mais devrait compren-

dre aussi des professeurs des écoles supérieures, polytechnique, militaire, navale, forestière, désignés par les autres ministres.

Déjà un comité pour la propagation des exercices physiques dans l'éducation réunit d'anciens ministres de l'instruction publique, des recteurs d'Académie, des membres de l'Institut, des directeurs d'écoles spéciales supérieures, ainsi que des généraux, des sénateurs, des députés et des médecins.

Pour prévenir le surmenage dans l'enseignement secondaire qui prépare, soit aux examens qui sanctionnent cet enseignement, soit aux concours d'admission aux grandes écoles qui donnent l'enseignement spécial ou supérieur, il faudrait modifier non seulement les programmes et la répartition du temps, mais aussi les modes d'examens et les conditions de concours. Aux examens généraux, encyclopédiques, qui, en exigeant un travail excessif et peu profitable, motivent une sédentarité et un surmenage funestes pour des jeunes gens en pleine croissance, il faudrait substituer des examens partiels et fréquents ne motivant qu'un travail régulier, modéré et profitable. Les titres et diplômes seraient obtenus d'après l'ensemble des notes méritées dans ces examens partiels.

Pour prévenir la nocuité du surmenage lors des concours, il importe que dans les programmes de concours, comme dans ceux d'examens, les exercices physiques (gymnastique, armes, équitation, exercices militaires) figurent pour un coefficient élevé à côté des sciences et des lettres. Les jeunes gens seront alors amenés à développer leurs aptitudes corporelles en même temps que leurs aptitudes intellectuelles.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date des 8 et 14 septembre 1888, ont été promu ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. le docteur Widal, médecin-inspecteur, directeur du service de santé du 19e corps d'armée et de la division d'Alger.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Bourienne, directeur de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen; Fauvel, chirurgien en chef de l'hôpital du Havre; Guindey, médecin en chef de l'hospice d'Évreux.

— Par arrêté ministériel, en date du 17 septembre 1888, l'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu, au siège des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le jeudi 25 octobre 1888.

Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident. Les registres d'inscription seront clos le lundi 15 octobre à quatre heures. — Conformément aux prescriptions du règlement du 15 novembre 1879, sont admis à concourir :

1° Les candidats pourvus de quatre inscriptions, qui ont subi avec la note *bien* le premier examen probatoire prévu par l'article 3 du décret du 20 juin 1878. Les épreuves porteront sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle médicale ;

2° Les candidats pourvus de huit inscriptions, qui ont subi avec la note *bien* le premier examen probatoire et qui justifient de leur assiduité aux exercices pratiques. Les épreuves porteront sur l'ostéologie, l'arthrologie et la myologie.

3° Les candidats pourvus de douze inscriptions, qui ont subi avec la note *bien* la première partie du deuxième examen probatoire. Les épreuves porteront sur l'anatomie, la physiologie et l'histologie.

4° Les candidats pourvus de seize inscriptions, qui ont subi avec la note *bien* la seconde partie du deuxième examen probatoire. L'épreuve écrite portera sur la pathologie interne et externe.

Les candidats pourvus des grades de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences restreint, qui ont subi chacun de ces examens avec la note *bien*, pourront obtenir sans concours une bourse de première année.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Cadiat, professeur agrégé, directeur du laboratoire d'histologie de la Faculté de médecine. M. Cadiat avait été l'élève et le collaborateur de Robin. Il laisse des travaux importants d'anatomie générale.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 109. — SAMEDI 22 SEPTEMBRE 1888. 61e ANNÉE. SAMEDI 22 SEPTEMBRE 1888. — N° 109.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encourager les auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Étude clinique sur l'Entéroptose ou Maladie de Glénard.

Par M. J. CUILLERET,
Interne des hôpitaux de Lyon.

I

S'il est un groupe d'affections qui ait de tout temps embarrassé et qui embarrasse encore les pathologistes, c'est sans contredit celui des dyspepsies, ces *maladies de tous les jours*, vulgaires, qui sont d'autre part pour les praticiens une source constante de préoccupations et de déboires. L'un n'admet qu'une seule dyspepsie; les autres en distinguent cinquante et quelques variétés; l'un, d'après les organes ou tissus qui composent le tube digestif; l'autre, suivant certains caractères chimiques ou physiologiques; un troisième, suivant certains symptômes plus apparents, etc.

Depuis Hippocrate, les théories et les classifications n'ont pas manqué. Mais les malades n'ont pas changé; et c'est tous les jours, que l'on voit de pauvres malheureux souffrant de fatigue générale plus ou moins indéterminée, d'insomnie, de céphalalgie, de vertiges, d'éblouissements, d'irrégularité d'humeur, d'inaptitude au travail, de malaises après les repas, de vomissements, d'inappétence, de douleurs diverses, de crises variées, etc., etc.

Pour les uns, ce sont des hystériques ou des hypochondriaques, pour les autres, des dyspeptiques; pour d'autres, c'est une intoxication d'origine rénale ou intestinale. Lorsque des traitements variés dirigés contre le système nerveux, contre le rhumatisme ou l'anémie, contre une affection organique (estomac, rein, foie, utérus), se sont succédé sans le moindre résultat, on voit défiler alors une série de diagnostics relatifs à des *formes frustes* de telle ou telle maladie; la maladie s'aggrave; aucun traitement ne réussit; et finalement ne sachant quel nom donner à un complexus symptomatique si embarrassant, on finit par déclarer que le malade n'est qu'un hypochondriaque (terme ancien), ou un névropathe (terme nouveau et scientifique)!

Sans remonter bien haut, en 1880, Beard essaya de grouper sous un nom nouveau, celui de *neurasthénie*, toutes les névroses mal déterminées; il crut faire une entité morbide, en décrivant sous ce nom tous les états morbides qui, sans être de l'hystérie, de la chorée, de l'épilepsie, de la mélancolie, etc., présentent des variétés infinies et ont pour caractère commun de sembler au-dessus de toute interprétation suffisante. Pour lui, la neurasthénie est un trouble fonctionnel qui trahit la faiblesse du système nerveux; c'est une névrose fonctionnelle sans substratum matériel. Il la divise en neurasthénie par épuisement cérébral, spinal, gastrique (dyspepsie nerveuse), sexuel, toujours sans localisation organique. Cette théorie, qui n'explique rien, n'eut qu'un mérite, celui de diriger l'attention vers le système nerveux. Le traitement de Weir Mitchell en fut déduit.

Cinq ans plus tard, R. Arndt (de Leipzig) fait une nouvelle étude de la neurasthénie; pour lui, il y a neurasthénie dès que le système nerveux fonctionne mal. Tandis que pour Beard, elle est un « manque de nerfs », pour Arndt, elle est l'expression d'une « hypotrophie » du système nerveux, dont la principale prédisposition se trouve dans la constitution même et reconnaît les causes les plus variées. Alors il dresse un tableau vraiment infini de symptômes innombrables (car pour lui la neurasthénie n'est qu'un complexus symptomatique de processus morbides). Et finalement un seul fait ressort de son travail, c'est que pour lui la neurasthénie n'est en définitive que la réunion des symptômes dits nerveux chez un malade quelconque.

Or, rien de nouveau là-dedans; les cliniciens illustres qui l'avaient précédé avaient mieux observé, et étaient tout aussi renseignés.

Cependant, d'autres pathologistes voulant donner à un tel complexus un substratum anatomique palpable, invoquent la dilatation de l'estomac, l'ectasie gastrique : pour les uns, cette ectasie est primitive et tient, d'après Leube, à une simple exagération des phénomènes de la gastrite chronique; d'après M. le professeur Bouchard, à une faiblesse congénitale qui facilite le relâchement des fibres musculaires lisses, et c'est alors par les phénomènes d'auto-intoxication qu'entraîne cette ectasie et que M. Bouchard a si bien mis en relief dans ces dernières années, que s'expliquent les malaises si variés que présentent les malades en question; d'après d'autres enfin, à une gastrite véritable qui serait le phénomène primordial.

Pour les autres, ce n'est pas l'ectasie gastrique qui est primitive, mais c'est une prédisposition générale névropathique qui atteint le tube digestif au même titre que les

autres organes. Telle est l'opinion de M. Charcot, et celle de M. Leven [plexus solaire] (1).

Dès 1885, M. le docteur Fr. Glénard, reprenant cette étude de la neurasthénie, établit, d'abord, que la dyspepsie dite nerveuse et en général la neurasthénie essentielle n'existe que par élimination, ou du moins que son existence n'est pas prouvée directement.

Puis, passant en revue les différents symptômes subjectifs assignés à ces affections indéterminées, il constate que leur hiérarchie est basée sur leur apparence et non sur leur constance, et que leur subordination est purement artificielle. Reprenant ces symptômes, et se basant sur plus de deux cents observations personnelles, il propose pour ces symptômes un classement nouveau, classification naturelle, dans laquelle leur valeur est établie d'après leur degré de constance et d'après leur ordre d'apparition :

1° Symptômes asthéniques (faiblesse générale, faiblesse des reins, d'estomac).

2° Symptômes méso-gastriques (tiraillement, poids, creux, vide, fausse faim).

3° Symptômes gastriques ou chroméliens (*a.* flatulence et symptômes vaporeux; *b.* douleurs, aigreurs, brûlures, vomissements, serrement, crampes).

4° Symptômes névrosiformes (insomnie, irritabilité, mélancolie, impuissance, vertiges, céphalalgie, palpitations, bourdonnements, battements, névralgies, crises, etc.).

Or, les symptômes asthéniques et les symptômes méso-gastriques sont des symptômes fondamentaux dans la neurasthénie; ils offrent une connexion étroite avec les quatre caractères suivants qui leur sont toujours associés :

a. Réveil à deux heures du matin avec ou sans malaises.

b. Apparition ou exacerbation des malaises à trois heures du soir.

c. Aggravation des malaises par l'ingestion de certains aliments (graisses, féculents, vin, lait).

d. Irrégularité et insuffisance des selles.

Tels sont les quatre caractères cardinaux qu'on doit chercher dans toute neurasthénie : ils sont tirés du sommeil, de l'heure des malaises, de l'alimentation et de l'état des selles. Ce sont également les caractères cardinaux d'une affection du tube digestif.

Et M. Glénard arrive, par une série d'hypothèses, dont la valeur peut être vérifiée, à établir que le syndrome neurasthénique relève le plus souvent, en définitive, d'un trouble de cette portion du tube digestif qui siège dans le plan du mésogastre. Ce qui a conduit l'auteur à déterminer un certain nombre de signes objectifs, sur lesquels nous reviendrons plus loin.

De ces considérations, il résulte que la *neurasthénie de Beard* et de *Arndt*, que la *dilatation gastrique de Bouchard*, que la *maladie du rein mobile*, qui, elle aussi, présente des symptômes tout à fait identiques, que la *dilatation de certaines autres portions du tube digestif* [dilatation du côlon descendant, étudiée par M. le professeur Trastour (2); dilatation du cæcum et du côlon ascendant, étudiée par M. le professeur agrégé Bouveret (3)], toutes ces affections, dis-je, et cette dernière lorsqu'elle n'est pas d'origine néoplasique, ne représentent que des fragments d'entité morbide. La néphroptose ou rein mobile, par exemple, n'est pas une entité morbide; elle n'est, comme nous le verrons, qu'un accident, une complication d'un syndrome plus général qui est l'entéroptose, syndrome qu'on doit chercher, et pouvoir éliminer avant de prononcer le diagnostic de neurasthénie essentielle (1).

Un syndrome plus général, en effet, embrasse toute ces formes dans un grand nombre de cas, celui de l'entéroptose, à condition qu'on prenne pour base de la symptomatologie, non les signes classiques (palpitations, pertes blanches, aigreurs, éructations, douleurs rhumatoïdes, etc.), mais les signes regardés comme accessoires jusqu'ici, et qui ont un rôle capital : nous voulons parler des signes tirés des grandes fonctions de la vie végétative, et des nouveaux signes objectifs proposés par M. Glénard et décelés par sa méthode spéciale de palpation.

La doctrine de l'entéroptose, telle qu'elle a été conçue par son auteur, M. le docteur Fr. Glénard, a pour point de départ l'abstraction, sous le complexus symptomatique de différents états morbides mal déterminés, d'un caractère nouveau en séméiotique : *la splanchnoptose des organes digestifs*.

De l'étude de ce caractère, cet auteur s'élève peu à peu, grâce à une interprétation pathogénique appuyée sur une série d'hypothèses qui se vérifient dès qu'elles sont posées, à une notion causale nouvelle en pathologie : *la notion du prolapsus primitif de l'intestin*, et en particulier du coude droit du côlon. On se trouve ainsi en présence d'une entité morbide spéciale, d'une maladie bien déterminée, ayant des symptômes subjectifs cardinaux tirés du sommeil, de l'état des forces, de la digestion et de l'état des selles, des signes objectifs bien caractérisés et une étiologie spéciale, maladie dont l'individualité s'accentue d'autant plus qu'on en pénètre davantage l'étude nosographique.

Cette étude par la *méthode* qui l'a conduite, par la logique avec laquelle elle s'est poursuivie, par les résultats théoriques et *surtout pratiques* auxquels elle a abouti, présente, sous un jour tout nouveau, cette question des neurasthénies et établit une entité morbide bien nette dans le groupe encore si diffus des dyspepsies (2).

« Que l'entéroptose soit une *maladie spéciale*, ou une simple lésion, capable, chez les prédisposés, de produire des conséquences graves et d'altérer leur santé dans le sens où la prédisposition les entraîne, *il y a là un fait clinique important qui mérite attention*, parce qu'il peut être la source d'indications thérapeutiques. Le temps sera seul vrai juge de la question. »

Telles sont les propres paroles de M. Féréol, l'éminent président de la Société médicale des hôpitaux, dans son rapport (3) sur « l'entéroptose et neurasthénie » de M. Fr. Glénard (4).

---

(1) Cf. Les phénomènes nervo-moteurs de la dyspepsie gastrique, par M. le docteur A. Mathieu, *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 429.

(2) Cf. *Semaine médicale*, 7 septembre 1887.

(3) Cf. *Lyon médical*, 31 juillet 1887.

(1) La pathogénie d'une maladie du *rein mobile* est impossible à édifier solidement sans le secours de l'entéroptose qui, elle, se passe très bien, mais sans l'exclure, de la mobilité du rein (Glénard).

(2) *Revue de médecine*, 10 janvier 1887 (bibliographie).

(3) *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, 5 janvier 1887. Voyez aussi S. de Sanctis : Sulla malattia di Glénard, *Giornal internazional delle science mediche*, février 1888. — Nevroastenia di trauma, *Ibid.*, p. 276-285, « ... la neurasthénie traumatique, dans le sens où la comprend Glénard, est extrêmement fréquente, et son traitement de l'entéroptose peut rendre d'immenses services à la *santé des malades* et à la *réputation des médecins* » (p. 280).

(4) Communication de M. le docteur Fr. Glénard à la Société médicale des hôpitaux de Paris, 15 mai 1886.

II

L'entéroptose est donc bien une maladie à part, une entité morbide. En effet :

1° Le prolapsus de l'intestin renferme la cause qui fait passer un sujet de l'état de santé à l'état de maladie.

2° Il entraîne et explique les symptômes, soit physiques, soit fonctionnels, présentés par les malades.

3° Il rend compte de la durée et de la marche de la maladie.

4° Enfin, de cette notion d'entéroptose, avec sa pathogénie spéciale, se dégagent pour le traitement des indications, spéciales aussi, que ne présente aucune autre maladie.

Mais, nous dira-t-on, pour donner à une entité morbide le droit d'entrer dans la nosologie, il lui faut l'anatomie pathologique ?

Nous pourrions faire observer cependant, tout d'abord, que la palpation abdominale, *méthodiquement* pratiquée sur le vivant, donne déjà des enseignements tellement « autopsiques », suivant la propre expression de M. Glénard, qu'elle rend superflue la vérification sur le cadavre.

Pour ceux qui seraient encore incrédules, et qui désirent, — à bon droit d'ailleurs, — une preuve, non seulement tangible, mais encore visible, nous pouvons fournir la très intéressante observation suivante, relative à une malade chez laquelle le diagnostic d'entéroptose avec néphroptose avait été porté par M. Glénard, qui en avait fait, pour ainsi dire, l'autopsie de son vivant à son lit, en présence de plusieurs auditeurs.

OBSERVATION I. — *Entéronéphroptose; pleurésie intercurrente; mort; autopsie.* — G... (Marie), soixante et un ans, peintre, entrée le 22 novembre 1887 à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le docteur Humbert Mollière, salle Sainte-Marie, n° 29, décédée le 8 décembre 1887.

Cette malade ne présente rien de particulier dans ses antécédents héréditaires.

Comme antécédents personnels, elle n'accuse que plusieurs bronchites. Jamais d'hémoptysie, ni d'hématémèse. Nullipare.

Depuis deux ans environ, elle souffre de troubles gastriques qui l'ont obligée à cesser toute alimentation solide et à se mettre au régime lacté exclusif. Constamment elle avait l'abdomen ballonné, même après le moindre repas. Ces derniers temps, elle ne peut même plus supporter le régime lacté, et vomit absolument tout ce qu'elle ingère. Actuellement son état est le suivant:

Amaigrissement général. État cachectique très accentué, pouvant faire penser à l'existence d'un néoplasme malin. Pas d'œdème.

L'examen de la *région abdominale*, soit au niveau de l'épigastre, soit au niveau des hypochondres, soit dans la région péri-ombilicale, ne révèle, par la palpation ordinaire, la présence d'aucune masse solide. La palpation est absolument indolore partout.

La matité hépatique dépasse le rebord des fausses côtes de 2 centimètres environ et s'étend en avant et à droite bien audessous des fausses côtes. Jamais d'ictère.

La malade rejette tout ce qu'elle prend, très peu de temps après l'ingestion.

Constipation habituelle, opiniâtre.

Cœur : Les bruits sont lents, mais bien frappés. Quelques redoublements et quelques intermittences. Le pouls est dur.

Poumons : Signes de bronchite chronique et d'emphysème. Expectoration muqueuse abondante.

Urines : Anneau très léger d'albumine par la réaction de Gubler.

Traitement. — Lait, eau alcaline. Lavages de l'estomac avec une solution de bicarbonate de soude à 8/1000.

25 novembre. Par le tube de Faucher, qui semble éprouver une certaine difficulté à pénétrer dans l'estomac, on retire une grande quantité de substances muqueuses et solides, sans odeur bien prononcée.

29 novembre. La malade accuse un soulagement notable. Pas de vomissements. Les selles sont normales, mais encore irrégulières. Le liquide introduit par le tube dans l'estomac ne peut jamais être retiré complètement. Ce même jour, la malade est examinée par M. le docteur Fr. Glénard qui porte sur elle le diagnostic suivant :

Entéroptose, avec ectopie mobile du rein droit et avec prolapsus du foie, qui dépasse le rebord costal bien plus que ne l'indique la percussion. Entérosténose.

Par son procédé du pouce (1) (qui donne des résultats bien supérieurs, comme précision, à ceux que fournissent sur l'état de cet organe soit la percussion, soit la palpation ordinaire), M. Glénard constate, en effet, que le foie dépasse le rebord des fausses côtes de trois travers de doigt; sa consistance est normale; il est indolent, et le bord en est tranchant comme à l'état sain.

8 décembre. Dans la matinée, la malade se plaint d'une vive douleur au côté droit du thorax. Pas de fièvre. Pas de dyspnée. Pouls : 80. Elle meurt dans la soirée.

Autopsie. — Pratiquée le 10 décembre en présence de MM. les docteurs Humbert Mollière, Fr. Glénard, le professeur Bondet, le professeur Mayet et le docteur Vinay, agrégé.

A l'ouverture du *thorax*, on constate, dans la plèvre droite, un épanchement non purulent, remontant jusqu'à la quatrième côte.

Poumons : emphysémateux, le gauche particulièrement. Nombreuses adhérences pleurales à gauche.

Cœur : petit, graisseux. Pas de lésions d'orifice. Légère dilatation de l'*aorte* (crosse), pas de plaques athéromateuses.

A l'ouverture de l'*abdomen*, la disposition anomale des organes est frappante.

L'*estomac*, sans être notablement dilaté, a son grand axe dirigé verticalement, et son grand cul-de-sac, très abaissé, arrive à peu près au niveau de la fosse iliaque gauche.

Il présente, en outre, une forme biloculaire des plus nettes, comme nous l'allons dire.

Le *foie* qui est également prolabé, recouvre la majeure partie de l'estomac; et si on soulève le foie, on trouve la partie supérieure de l'estomac séparée de la partie inférieure, qui, elle, est à découvert, par une partie légèrement rétrécie, correspondante à la partie moyenne de l'estomac.

On constate également un sillon sur la face antéro-latérale du foie.

Le *côlon transverse*, au lieu d'être étendu transversalement audevant de l'estomac dans la région sus-ombilicale, est au contraire situé beaucoup plus bas dans la région sous-ombilicale.

De plus, son volume n'est pas ce qu'il est d'habitude ; il présente un diamètre bien moindre que celui de l'intestin grêle, il est tout au plus du calibre du doigt médius ; enfin ses parois sont notablement épaissies.

Dans l'*hypochondre droit*, ce qui frappe surtout, c'est la présence anomale du *rein* à la superficie des organes abdominaux, dans un espace limité en haut par le foie, en bas par le côlon transverse, en dedans par le duodénum. Ce rein est absolument mobile, et l'on reproduit, sur le cadavre comme chez le vivant, très nettement les signes caractéristiques du troisième degré de l'ectopie rénale, à l'aide de la recherche de cette ectopie par la méthode de palpation de M. Fr. Glénard (affût, capture, échappement).

Si on soulève le foie et l'estomac, on aperçoit dans sa situation normale, c'est-à-dire appliquée contre la colonne vertébrale, la

(1) Pour le « procédé du pouce », Cf. in Thèse de Françon, *Étude sur les hépatites chroniques alcooliques et leur curabilité* (thèse de Lyon 1888, p. 98 et suiv.), la description qu'en donne M. Glénard.

capsule surrénale droite, qui est séparée du rein correspondant mobile par un espace de plusieurs centimètres; le rein a perdu ainsi toute connexion avec cette capsule.

L'*hiatus de Winslow* est notablement agrandi et allongé de haut en bas; on y introduit facilement trois doigts juxtaposés.

L'*angle d'union du côlon ascendant avec le côlon transverse* est fortement abaissé et situé tout à fait dans la profondeur de la fosse iliaque droite; la crête iliaque le dépasse de deux travers du doigt.

L'angle d'union du côlon transverse avec le côlon descendant occupe à peu près son siège normal.

Le *cæcum* n'est pas notablement plus dilaté que d'habitude; mais son diamètre contraste avec celui du côlon transverse, qui se rétrécit brusquement après le côlon ascendant.

La *face interne de l'estomac* ne présente pas d'altération notable.

Le *rein droit* présente à la coupe quelques points de sclérose, et une congestion plus ou moins diffuse; il est légèrement rétracté et plus volumineux que le rein gauche qui, à la coupe, présente absolument le même aspect.

En présence des symptômes observés chez cette malade : inappétence, vomissements alimentaires, constipation opiniâtre, ballonnement du ventre, amaigrissement, perte des forces, dépérissement, le premier diagnostic porté fut donc gastrite chronique. Quant aux causes de cette affection, on émit l'hypothèse ou d'une lésion cancéreuse (l'amaigrissement très marqué de la malade, les vomissements alimentaires répétés survenant peu de temps après les repas, plaidaient en faveur de cette idée), ou d'une lésion du foie, que l'hypertrophie révélée par la percussion semblait indiquer.

La thérapeutique, qui découlait de ce diagnostic, était la suivante: arrêter les vomissements et alimenter la malade. Dans ce but, on pratique des lavages réguliers de l'estomac avec de l'eau alcaline, et l'on met la malade à la diète lactée et aux toniques. Les lavages enrayent les vomissements, mais la diète lactée n'est nullement tolérée. Ce dernier symptôme était déjà d'une grande importance et devait faire soupçonner autre chose.

C'est alors, comme le dit l'observation, que la malade fut examinée par M. Fr. Glénard, qui, par son procédé de palpation méthodique, à laquelle il a donné le nom de palpation néphroleptique (1) formule le diagnostic d'entéroptose avec entérosténose, ectopie mobile du rein au troisième degré et prolapsus du foie, qui est de consistance normale, indolent et dont le bord est tranchant.

III

Nous devons, en passant, insister quelque peu sur ce procédé de palpation que nous avons eu l'avantage de voir pratiquer bon nombre de fois à M. Glénard lui-même, procédé qui permet de se rendre un compte si exact de la disposition et de l'état des organes contenus dans les hypochondres.

Cette méthode consiste à « fouiller » l'hypochondre pendant une profonde inspiration. M. Glénard la désigne sous le nom de palpation néphroleptique, parce que c'est à elle qu'on doit recourir pour faire le diagnostic du rein mobile, et, le rein étant l'organe le plus profondément situé de la région, il est évident que les doigts, avant de l'atteindre, auront déjà rencontré tout ce que la région pouvait présenter d'anomal. Ce procédé comprend trois temps que M. Glénard désigne sous les noms caractéristiques de : 1° *affût*; 2° *capture*; 3° *échappement*.

1° Étreindre largement et solidement de la main gauche, pouce en avant, quatre autres doigts en arrière, la zone des parties molles situées au-dessous du rebord costal. On a ainsi un anneau étroit, complété à sa partie interne, soit par la colonne en arrière, soit par la main droite appliquée en avant au niveau de l'ombilic, le rebord cubital un peu en haut, la face palmaire regardant à droite (*affût*).

Faire alors inspirer profondément le malade une fois, deux fois, plusieurs fois de suite. Normalement, on ne doit rien sentir descendre entre les doigts.

Si l'on sent descendre quelque chose (ptose) entre les doigts, *on place peu à peu ceux-ci en tâtonnant, pendant une série d'inspirations profondes, sur le trajet exact de la ptose* en portant le pouce le plus haut possible au-dessous du rebord costal.

2° Cela fait, il faut *retenir la ptose* entre le médius et le pouce gauches; pour cela, lorsque la ptose paraît avoir atteint la limite inférieure de son incursion, on augmente brusquement la constriction exercée à travers la paroi abdominale par les doigts, en rapprochant le plus possible l'un de l'autre les extrémités du médius et du pouce gauches. En même temps, la main droite veille à ce que la ptose ne soit pas déviée vers la ligne médiane (*capture*).

3° Enfin, pour apprécier les différents caractères de siège, forme, consistance, volume, sensibilité, etc. de la ptose, il faut *la laisser échapper* en la faisant passer de bas en haut, entre les doigts de la main gauche, au-dessous du pouce qui joue ici le rôle intelligent (*échappement*).

Pour cela, la ptose étant « captive », on écarte légèrement l'une de l'autre, tout en les abaissant, les extrémités du pouce et du médius gauches, et on exerce une certaine compression de bas en haut, et de dedans en dehors avec la main droite; la ptose remontera ainsi sous le pouce gauche, et si cette ptose est formée par le rein, par exemple, on aura à ce moment-là un *ressaut* visible à l'œil, et dont le malade a parfaitement la sensation.

Ce procédé de palpation renseigne très exactement sur la position du rein (1), symptôme très important, car s'il peut y avoir entéroptose sans néphroptose, il n'y a pas de néphroptose sans entéroptose antérieure ou concomitante. Or cette néphroptose peut être plus ou moins accentuée, et c'est pour cela que M. Glénard distingue dans le prolapsus du rein (qui à l'état normal ne peut pas être atteint) quatre degrés :

A. *La pointe de néphroptose* ou *néphroptose au premier degré*, dans lequel on ne sent par la palpation néphroleptique que le pôle inférieur du rein, à la fin de la période d'affût.

B. *La néphroptose au deuxième degré*, dans lequel on peut retenir tout le rein entre les doigts, sans pouvoir toutefois

(1) Cf. Conférence clinique faite par M. Glénard, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 8 mai 1887, *Province médicale*, 16 avril 1887 et numéros suivants; Paris Masson 1887.

(1) Stiller s'exprime ainsi : « Je considère comme un signe différentiel très important des tumeurs du rein la progression de la tumeur dans la région lombaire, constatée par la palpation et la percussion. L'exploration bimanuelle, dont Glénard (de Vichy) a donné une excellente et minutieuse description, et à laquelle je recours depuis longtemps, donne sur ce point les meilleurs enseignements. Mais il faut pour les tumeurs du rein interroger aussi la percussion, tandis que, pour la constatation du rein mobile et surtout du rein de volume normal, je regarde la percussion comme absolument inapplicable. » *Zur diagnostik der Nierentumoren* (Congrès de Wiesbaden, 1888).

former avec les doigts un sillon en comprimant les tissus au-dessus du rein.

C. *La néphroptose au troisième degré*, dans lequel on peut, en rapprochant le pouce et le médius gauches, former un sillon net au-dessus du rein. C'est le *rein mobile* des auteurs.

D. *La néphroptose au quatrième degré* ou *rein flottant*, c'est le rein que l'on sent à travers la paroi abdominale antérieure par la simple palpation vulgaire (1).

Revenons à notre malade. Comme on a pu s'en convaincre par la lecture de l'observation, l'autopsie a vérifié, point par point, la justesse des signes physiques fournis par ce procédé tout spécial de palpation méthodique.

Quant au diagnostic anatomo-pathologique du degré d'ectopie rénale, il a pour critérium, non pas la distance du rein à la crête iliaque, mais, d'après M. Glénard, la distance séparant le rein d'avec la capsule surrénale qui, normalement, coiffe le pôle supérieur du rein, et qui, quel que soit le déplacement du rein prolabé, reste appliquée contre la colonne vertébrale.

Le fait de déceler une ectopie viscérale par ce procédé de palpation prouve l'exactitude des deux propositions suivantes, bien établies par M. Glénard :

1° L'ectopie du rein peut exister en l'absence des symptômes subjectifs, regardés comme caractéristiques, et qui, d'après les auteurs, l'accompagnent toujours.

De cette proposition découle, comme conséquence naturelle, la nécessité soit de modifier la description du syndrome de la maladie, soit de pratiquer ce genre d'examen de l'abdomen d'une façon délibérée et pour ainsi dire systématiquement, de même que, chez tout malade, on examine systématiquement aussi le cœur, les poumons, les urines, etc.

2° Cette ectopie ne peut être révélée, dans le plus grand nombre des cas, que par la méthode de palpation établie par M. Glénard. En tout cas, c'est cette méthode qui, seule, donne au diagnostic le degré de certitude absolue.

Et, pour résumer ces deux propositions en une seule, nous dirons avec l'auteur de la méthode : « Il faut penser au rein pour le chercher, et le chercher suivant un certain procédé pour le trouver. »

L'existence de l'ectopie rénale ou néphroptose (Glénard), ainsi révélée à l'observateur, conduit, en abstrayant le caractère de *prolapsus* au lieu de celui de mobilité comme le font tous les auteurs, conduit, dis-je, à la notion d'un autre prolapsus concomitant, et, en particulier, du prolapsus intestinal ou *entéroptose*, d'autant plus que ce sont les troubles digestifs qui dominent dans le tableau morbide, lorsqu'on pense à les chercher.

Or, précisément notre malade a présenté plusieurs des signes subjectifs, relevés par M. Glénard, qui caractérisent l'entéroptose, outre les troubles gastriques : sensation constante de faiblesse, irrégularité des selles, intolérance du lait. L'observation est muette, il est vrai, sur l'état du sommeil chez la malade. Ce fait prouve le peu d'importance attachée habituellement à ce symptôme, auquel M. Glénard accorde, au contraire, une importance de premier ordre : l'insomnie, comme l'a démontré cet auteur, survenant à des heures déterminées de la nuit, s'accompagnant de phénomènes divers (douleurs abdominales, angoisse, palpitations, besoin de manger) et cessant vers trois ou quatre heures du matin, est, de même que la rareté et l'irrégularité des selles, un symptôme constant, régulier, dans les affections digestives causées par l'ectopie viscérale.

Et c'est bien à l'entéroptose, c'est-à-dire au prolapsus intestinal, que les troubles fonctionnels sont dus ; car on les observe tout aussi nettement dans les cas où il y a prolapsus intestinal pur, sans autre ectopie viscérale, soit du rein, soit du foie, soit de ces deux organes simultanément. (Notre observation III en est un bel exemple.)

Du reste, l'autopsie est venue démontrer, à l'évidence, l'existence de ce prolapsus intestinal chez notre malade ; nous avons constaté, en effet, le *déplacement*, la *dislocation du coude droit du côlon*, la *gastroptose* (Glénard) *sans dilatation gastrique*, et enfin la *sténose* du côlon transverse, qui a une relation évidente avec l'entéroptose dont elle est la conséquence, comme l'a démontré M. Glénard, et qu'elle contribue à aggraver ensuite.

Quant à la *gastroptose* et à la relation du prolapsus gastrique avec l'entéroptose, elle s'explique anatomiquement par la traction qu'exerce, sur l'estomac, l'intestin déplacé et prolabé, par l'intermédiaire du *ligament pylori-colique* de M. Glénard, comme l'a établi également cet auteur dans sa description anatomique du mésocolon transverse.

Reste à relever un dernier fait révélé par l'autopsie : *la biloculation de l'estomac*.

M. Glénard considère cette conformation de la poche gastrique comme un temps physiologique de sa contraction. Mais, comme toute fonction, on peut la voir troublée : tantôt exagérée, tantôt supprimée, ce qui donnerait la clef de certains symptômes pathologiques. Elle peut persister, même en dehors des périodes d'activité de l'organe, comme chez notre malade, chez laquelle on peut admettre qu'il existait un état de contracture spasmodique de l'anneau interloculaire en dehors de son moment ou de sa durée physiologiques.

Or, d'après M. Glénard, cette biloculation persistante de l'estomac (que nous avons eu l'occasion de constater sur bon nombre de cadavres dans le court espace de quelques mois), chez la malade en question, donnerait la raison du rejet des aliments immédiatement après le repas, et, d'un autre côté, l'explication de ce fait que le liquide des lavages était retiré très incomplètement, une des loges seulement se vidant entièrement après le lavage et une partie encore notable de liquide, s'échappant par la sonde au moment où l'on retire le tube de Faucher (1).

On sait que c'est à l'érosion des bords de cet anneau interloculaire contracté que M. Glénard attribue l'*ulcère*

(1) M. Glénard a publié la statistique suivante de 148 cas de néphroptose qu'il a relevés à Vichy, où la fréquence inattendue du rein mobile confirme sa doctrine que le vrai syndrome du rein mobile est un syndrome digestif, et non nerveux comme on l'a établi jusqu'à ce jour.

Sur 148 cas de rein mobile, il y a 131 femmes et 17 hommes.

Néphroptose des 1er et 2e degrés,	62 cas :	47 femmes,	15 hommes.
— 3e —	81 —	79 —	2 —
— 4e —	5 —	5 —	» —
	148	131	17

Néphroptose droite.	126 cas :	110 femmes,	16 hommes.
— gauche.	3 —	3 —	» —
— double.	19 —	18 —	1 —
	148	131	17

La néphroptose s'accompagnait d'hépatoptose dans 32 cas (30 femmes, 2 hommes), de splénoptose dans 2 cas (2 femmes) [*Province méd.*, loc. cit.].

(1) Nous avons observé deux malades chez lesquels ce dernier phénomène était constant et se produisait avec la régularité d'une expérience de physiologie.

rond; il explique ainsi le siège presque constant de l'ulcère à la partie moyenne de l'estomac, dans la zone qui s'étrangle au moment de la biloculation.

Si les lavages enrayaient les vomissements, c'est autant à l'action antispasmodique du cathétérisme lui-même, qu'à une action spéciale de la solution alcaline qu'il faut l'attribuer. Le lavage, proprement dit, était déjà d'ailleurs, par lui-même, une condition favorable pour combattre ce symptôme.

Quant à la cause même de cette contracture spasmodique de l'anneau interloculaire, il paraît naturel de la placer sous la dépendance des trois éléments suivants combinés :

1° Statique vicieuse de l'estomac ;

2° Contracture de cet organe dans ces nouvelles conditions ;

3° Enfin réflexes anomaux dépendant eux-mêmes des conditions anomales dans lesquelles se trouve placé cet organe.

En définitive, quelle était la maladie de cette femme ?

Malgré des traces d'albumine révélées par l'examen des urines, malgré l'irrégularité cardiaque et la dureté du pouls observées, on ne s'arrêta pas un instant à l'idée que, chez cette malade, il s'agit uniquement d'une *néphrite*, tellement le syndrome était éloigné de l'aspect qu'il revêt habituellement. D'ailleurs, l'autopsie est venue démontrer que les lésions rénales étaient fort peu avancées ; et l'état du filtre rénal était loin d'exposer la malade à des accidents d'urémie chronique à forme gastro-intestinale ou autre.

Le diagnostic d'*affection cancéreuse du foie* fut abandonné également; la malade était cachectisée, il est vrai, mais elle n'avait jamais eu d'hématémèse : elle ne ressentait pas de douleurs comparables à celles que peut occasionner le cancer; elle ne présentait pas la teinte jaune paille classique; on ne constatait pas l'existence de ganglions sus-claviculaires, signe fréquent du cancer des organes abdominaux ; enfin la palpation de l'épigastre, facile chez elle à cause de la maigreur et de l'état de flaccidité de la paroi abdominale, ne permettait de mettre le doigt sur aucun néoplasme.

La *gastrite chronique* admise au début, et l'*hypertrophie du foie* furent à leur tour rejetées dès que la palpation néphroleptique eut décelé qu'il y avait, d'une part prolapsus du rein, d'autre part prolapsus du foie, dont la mobilité était constatée pendant l'inspiration et dont le bord était *tranchant*, *lisse*, de consistance normale et *indolent*; car ces deux signes physiques, constitués par l'ectopie de deux viscères abdominaux, entraînaient immédiatement l'idée d'*entéroptose*, dont les symptômes se trouvaient en effet concorder le mieux avec ceux que présentait la malade, et dont l'autopsie est venue donner entière confirmation (prolapsus complet du coude droit; entérosténose du côlon transverse; gastroptose).

Et nous ne craignons pas d'affirmer, presque à coup sûr, que, si une pleurésie intercurrente n'avait pas enlevé notre malade, le traitement de l'entéroptose, institué suivant les indications de M. Glénard, n'eût considérablement amélioré l'état de cette malade, malgré l'ancienneté de la maladie et le degré avancé des prolapsus viscéraux, et malgré le début d'une néphrite (la présence d'une néphrite n'excluant en aucune façon, bien entendu, la présence d'une entéroptose).

IV

Obs. II. — *Entéronéphroptose; origine traumatique; amélioration notable.* — F... Marie, trente-quatre ans, ménagère. Entrée le 25 janvier 1888, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le docteur Humbert Mollière, salle Sainte-Marie, n° 13. Sortie le 11 mars 1888.

Rien de spécialement intéressant à relever dans les antécédents héréditaires, que plusieurs parents morts âgés, rhumatisants.

Comme antécédents pathologiques, voici ce que l'on relève chez cette malade :

A l'âge de vingt ans, quelques douleurs vagues dans les articulations ou dans les muscles des membres inférieurs surtout, douleurs qui ont commencé à se manifester à la suite d'un traumatisme (chute) ayant intéressé le genou gauche.

A l'âge de vingt-quatre ans, c'est-à-dire il y a une dizaine d'années, elle a eu un accouchement avec suites normales.

Elle souffre depuis cinq ans de troubles dyspeptiques et nerveux, durant encore, et pour lesquels elle vient à l'hôpital.

Il y a six ans, ayant sa belle-mère malade et impotente, elle se souvient qu'elle eut à la soulever seule, fréquemment, de son lit, et cela durant tout un hiver environ.

Elle ne s'aperçut d'abord d'aucun changement dans sa santé; elle n'éprouva jamais, durant ces efforts, de douleurs particulières.

Les premiers malaises débutèrent l'hiver suivant. Alors elle se plaignit de troubles digestifs, d'irrégularité dans les selles, de vertiges fréquents et d'insomnie. Depuis cette époque, elle fut soumise, sans succès, aux traitements les plus variés, et, en dernier lieu, à une médication dirigée contre une prétendue affection utérine, qui est combattue sans résultat depuis deux ans.

Actuellement son état est le suivant :

Un peu d'amaigrissement depuis quelque temps, mais surtout perte des forces.

Aucune éruption sur le corps. Aucun œdème.

La malade attire l'attention sur ses troubles gastro-intestinaux. Constipation opiniâtre; depuis quatre ans, la malade prend fréquemment des laxatifs et des purgatifs. Les digestions se font avec la plus grande difficulté; la malade (qui d'ailleurs est assez névropathe) éprouve, durant toute la période digestive, des nausées, des lourdeurs de tête, des vertiges, des bourdonnements d'oreilles, des douleurs lombaires, et elle est obligée de rester couchée pendant la digestion.

Les vomissements alimentaires sont rares. Aucune hernie.

Elle ne supporte le vin que difficilement, le lait est mal toléré. Longues périodes d'insomnie pendant la nuit, accompagnée de douleurs abdominales.

La palpation de l'abdomen est assez douloureuse dans l'hypochondre droit et la fosse iliaque du même côté, ainsi qu'au niveau de la région ombilicale.

Les parois abdominales sont très flasques et permettent de sentir aisément tous les viscères. En examinant l'hypochondre droit, suivant le procédé de palpation de M. Glénard, on constate l'existence très nette d'un rein mobile du troisième degré : l'expérience réussit à tout coup.

Le soulèvement de la région hypogastrique avec les deux mains (épreuve de la sangle), la malade étant debout, amène un soulagement que la malade accuse immédiatement. On procure même du soulagement en comprimant l'hypogastre dans la station couchée.

L'examen des poumons ne révèle rien d'anomal.

Au cœur, de temps à autre, des palpitations; rythme régulier. A la pointe léger dédoublement du second bruit avec souffle présystolique. Rien à la base.

Menstruation régulière : quelques pertes blanches peu abondantes. Rien de particulier au toucher vaginal.

Urines claires; quantité normale; pas traces d'albumine par aucun procédé. Anneau d'urate, par le réactif de Tanret, anneau trouble disparaissant par la chaleur.

2 février. Application de la sangle pelvienne de M. Glénard. Chaque matin la malade prendra la solution suivante :

Eau	100 grammes.
Sulfate de soude	6 —
Sulfate de magnésie.	3 —

Eau alcaline, n° 2, aux repas ; viande ; œufs.

Le jour même la malade se promène dans la salle après les repas, sans éprouver autant de malaises.

4 février. La constipation est toujours opiniâtre. Les périodes d'insomnie sont presque aussi marquées.

5 février. Ici survient une complication : au moment de son époque menstruelle, qui a lieu régulièrement, la malade est prise de douleurs articulaires, avec érythèmes noueux, purpura et œdème des membres inférieurs, sans albuminurie. Cela dure jusqu'au 18 février. Durant ce laps de temps, le traitement de l'entéroptose n'est pas interrompu.

La malade accuse toujours des troubles dyspeptiques et de la constipation. Néanmoins l'insomnie a diminué d'une façon très notable. Les douleurs après les repas sont bien moindres, et l'état général est bon.

28 février. L'état général se maintient bon. La constipation seule n'est pas complètement enrayée. Mais les périodes d'insomnie ont disparu. La malade se promène longtemps dans la salle, sans éprouver de malaises, et cela même après ses repas, ce qu'elle ne pouvait faire au début.

Elle demande à sortir et continue son traitement.

Dans cette observation, le premier fait qui frappe, c'est le début de ces troubles dyspeptiques, accompagnés de symptômes névrosiformes, après une année environ de fatigues et d'efforts journaliers.

C'est là un fait que l'on observe dans un très grand nombre de cas, et même la relation, qui existe entre l'apparition de tels troubles et le genre de causes, est tellement évidente qu'on peut parfaitement bien l'accepter chez cette malade, bien qu'elle ne se souvienne d'avoir ressenti, durant les efforts qu'elle a eu l'occasion de faire fréquemment, aucune douleur locale, aucun craquement, signes de début que l'on trouve mentionnés dans bon nombre d'observations relatives aux ectopies viscérales.

Aussi en présence de ces premières données étiologiques, avons-nous été immédiatement portés à diriger notre interrogatoire sur les symptômes subjectifs caractéristiques de l'entéroptose, sans toutefois négliger les symptômes fonctionnels ou physiques fournis par les autres appareils.

Or, comme on a pu le voir en parcourant l'observation, les signes subjectifs de l'entéroptose se trouvent précisément exister au grand complet : troubles digestifs ; état des garde-robes ; troubles du sommeil ; état des forces ; intolérance de certains aliments et de certaines boissons.

La voie du diagnostic se trouve ainsi déjà tracée en grande partie, nous le répétons, soit par les seules considérations étiologiques, soit par les symptômes subjectifs, fonctionnels, relevés chez notre malade, ce qui d'ailleurs, est confirmé par la recherche des signes physiques, qui font partie du cortège de l'entéroptose.

Cela démontre, d'une façon frappante, l'analogie du syndrome dans tous les cas, et l'on acquiert rapidement, en présence de tels faits, la certitude qu'il s'agit là d'une entité morbide bien distincte.

L'épreuve de la sangle est absolument démonstrative chez notre malade. Et à ce propos, nous ferons remarquer que, dans certains cas, ses résultats peuvent être considérés comme décisifs, même lorsqu'elle est pratiquée le sujet étant dans le décubitus horizontal.

Cependant, nous devons ajouter qu'il se présente des cas exceptionnels, où cette épreuve est négative, alors qu'il s'agit pourtant bien d'une entéroptose.

Il est même des cas où l'épreuve est paradoxale, suivant l'expression de M. Glénard, c'est-à-dire que le malade éprouve des malaises pendant l'épreuve, et se trouve mieux pendant la contre-épreuve, alors que pourtant les autres symptômes et l'épreuve du traitement prouveront qu'il s'agissait bien d'une entéroptose.

De ces considérations découle, comme conséquence naturelle, cette conclusion : que le signe de la sangle, quoique très important et permettant le plus souvent d'affirmer l'entéroptose, ne doit pas faire négliger les autres symptômes; car l'entéroptose peut exister sans lui, ou même malgré lui, en quelque sorte.

Obs. III. — *Dyspepsie; entéroptose pure; pas de néphroptose; névropathie (signes de la maladie de Graves); amélioration très notable en cinq semaines, par le traitement de M. Glénard (sangle pelvienne; laxatifs quotidiens; alcalins; régime; hydrothérapie).* — G... Philippine, trente-sept ans, journalière. Entrée le 21 janvier 1888 à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le docteur Humbert Mollière, salle Sainte-Marie, n° 26. Sortie le 28 février 1888.

Père vivant; rhumatisant; caractère vif.

Mère très bien portante ; tempérament nerveux et impressionnable.

Deux frères robustes; trois sœurs plus jeunes que la malade, vives, impressionnables.

Comme antécédents personnels, voici ce que l'on relève chez cette femme : bonne santé habituelle, caractère très variable d'humeur. Pendant sa jeunesse crises hystériques à plusieurs reprises.

Réglée à douze ans, elle l'a toujours été régulièrement ; menstrues assez abondantes.

Pas de fausse couche. Il y a dix ans accouchement à terme et normal, à la suite duquel la malade est restée environ trois mois sans pouvoir marcher; elle a nourri son enfant, qui est mort à l'âge de trois mois, de diarrhée verte.

Depuis son accouchement, la malade n'a jamais été bien portante ; pendant longtemps elle a éprouvé d'abord des malaises mal définis : faiblesse, douleurs de tête; appétit bizarre, constipation, congestion fréquente de la face.

Depuis quatre ans surtout, elle souffre de palpitations, survenant, soit au repos, soit pendant la marche, soit après les repas, et de dyspnée d'effort.

Il y a deux ans, refroidissement, à la suite duquel la malade est restée près de six mois au lit. Légère hémoptysie au début.

Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis dix-huit mois environ, les troubles digestifs, les douleurs abdominales et les malaises très variés, sont devenus de plus en plus marqués : constipation habituelle, malaises après les repas, insomnie, névralgies.

Depuis six mois elle va mieux, mais les troubles digestifs persistent.

Ajoutons que, dans les derniers temps, elle a été traitée pour une affection utérine (deux cautérisations du col).

Actuellement, la malade présente les symptômes suivants : son embonpoint est raisonnable; la coloration de la face et des téguments est normale; et, malgré cela, elle accuse une sensation de faiblesse générale constante.

Elle présente un facies névropathe, très mobile; elle est très impressionnable; les yeux sont légèrement saillants et brillants. Elle n'a pas de goître ; mais des palpitations fréquentes; elle n'a pas de tremblement des mains ni des pieds (signe de Marie).

Elle attire immédiatement l'attention sur les symptômes digestifs : l'appétit est diminué. Environ une heure après ses repas, elle éprouve des aigreurs, des lourdeurs de tête, une sensation de poids et de tiraillement à l'épigastre et au niveau des lombes; et elle est souvent obligée de rester couchée plusieurs heures

après ses repas. Les vomissements sont rares. La malade ne peut absolument pas tolérer les aliments gras surtout, ainsi que les féculents ; le lait, qu'elle supportait et prenait avec plaisir autrefois, n'est jamais toléré à l'heure qu'il est; elle est fatiguée chaque fois qu'elle en prend. Le vin est supporté, mais elle en boit très peu.

Les selles sont tantôt régulières, normales et quotidiennes, tantôt très dures et plus rares; quelquefois constipation pendant deux ou trois jours.

Depuis très longtemps, la malade ne s'endort jamais avant minuit ou une heure du matin; elle souffre de l'abdomen jusqu'à ce moment-là; très souvent même, elle est réveillée dans la nuit par des malaises, tels que pyrosis, sensation de poids à l'épigastre, coliques, douleurs, particulièrement dans l'hypochondre droit et les reins. Cependant ces symptômes sont toujours moins accusés lorsque la malade est couchée, que le jour lorsqu'elle est levée.

La station debout est intolérable et la marche très pénible.

L'examen de l'abdomen révèle les signes suivants :

La paroi antérieure est flasque, facilement dépressible. La palpation de la fosse iliaque est très douloureuse, même insupportable, surtout du côté droit, ainsi que la région ombilicale. La palpation de l'hypochondre, pratiquée suivant la méthode de M. Glénard, ne révèle l'existence d'aucun déplacement du rein ou du foie. La matité hépatique a son étendue normale.

La malade présente des points douloureux à la pression : points épigastrique, sus-mammaire et dorsal inférieur très accentués; pas d'autres zones hyperesthésiques; la pression de ces points seuls s'accompagne de phénomènes hystériformes.

Pas d'ovarie. Pas de troubles de la sensibilité en d'autres points du corps.

Rien aux poumons.

Au cœur : tachycardie ; battements réguliers; le second bruit à la pointe est rude, râpeux dans une certaine étendue, du troisième au cinquième espace, et de dedans en dehors; léger roulement présystolique.

Urines : quantité normale ; jamais de troubles du côté de la miction. Pas trace d'albumine par aucun réactif. Rien par la liqueur de Fehling.

La malade est soumise au traitement suivant :

Toniques ; bromure de potassium, 3 grammes ; eau alcaline.

Ce traitement n'amène pas d'amélioration appréciable.

27 janvier. M. le docteur Glénard examine la malade : il fait devant nous l'épreuve et la contre-épreuve de la sangle, qui réussit de la façon la plus nette. Le soulagement est instantané, et les malaises (douleurs, poids, vertiges, nausées) reparaissent dès qu'on laisse retomber la paroi abdominale.

28 janvier. La malade est mise au traitement suivant :

Chaque matin, laxatif :

Eau.	100 grammes.
Sulfate de soude	10 —
Sulfate de magnésie.	5 —

Alcalins. Pas de lait. Viande et œufs.

31 janvier. La constipation paraît avoir cédé; mais les autres symptômes : insomnie, douleurs abdominales, état d'abattement, impossibilité presque absolue de rester debout, sont aussi accentués toujours.

2 février. Application de la sangle pelvienne de M. Glénard. Le soulagement est instantané. La malade qui, les jours précédents, se trouvait presque mal dès qu'elle était debout, reste debout devant son lit un long moment ; non seulement elle n'éprouve alors aucun malaise, mais elle accuse un soulagement notable, dont elle est fort étonnée : « Jamais elle ne s'est sentie ainsi depuis bien longtemps. » Ce sont ses propres expressions.

On continue les autres prescriptions : laxatif le matin :

Eau.	100 grammes.
Sulfate de soude	5 —
Sulfate de magnésie.	3 —

Eau alcaline n° 2, aux repas. Viande rôtie et œufs. Bains sulfureux.

Le soir une pilule :

Aloès	3 centigrammes.
Extrait de rhubarbe	1 —

Dès aujourd'hui la malade a commencé à rester levée dans la journée, ce qu'elle n'avait pas fait depuis longtemps. Elle a même pu, sans éprouver trop de fatigue, faire quelques pas dans la salle.

5 février. Ce matin la malade a éprouvé un phénomène rappelant l'épreuve de la sangle.

Étant allée au bain, elle a quitté la ceinture avant d'entrer dans la baignoire ; elle a éprouvé à ce moment, et dans le bain, un malaise insignifiant; mais lorsqu'elle est sortie elle a failli perdre connaissance, et tout a disparu, comme par enchantement, dès qu'elle eût remis sa sangle.

15 février. L'amélioralion s'accentue, la malade marche et reste longtemps levée dans la journée. La constipation a comptètement disparu. D'ailleurs, si elle reste vingt-quatre heures sans selles, elle prend le lendemain un ou deux verres d'eau de Sedlitz.

Les nuits sont très calmes, la malade s'endort de bonne heure et ne se réveille qu'une fois ou deux, à onze heures et quelquefois à quatre heures, mais se rendort de suite. Les digestions ne sont accompagnées d'aucune fatigue notable, sauf quelquefois de légères sueurs avec sensation de chaleur. Pas de vomissements. Pas de douleurs lombaires.

28 février. L'amélioration est persistante et considérable. La malade demande à retourner chez elle.

Voilà un cas très net d'entéroptose pure, c'est-à-dire sans autre prolapsus viscéral que celui de l'intestin.

Cette malade présentait des caractères très accentués de névropathie (crises dans la jeunesse; caractère variable; zones hystérogènes, etc.). Cependant, on conçoit fort bien qu'il ne suffit pas d'observer des signes actuels de nervosisme pour parler de névropathie, dans le sens d'affection primitive que comporte ce terme. Il faut savoir si les accidents nerveux ont précédé ou suivi le début logique ou réel (accouchement, traumatisme) de la maladie; et, alors s'ils l'ont suivi, il est juste de mettre les troubles nerveux sur le rang des symptômes secondaires, consécutifs aux troubles digestifs, occasionnés eux-mêmes par le traumatisme.

Or, notre malade a présenté, il est vrai, des crises hystériques étant jeune fille; elle a toujours eu un peu d'exophthalmie et le caractère très mobile. Mais remarquons aussi que sa santé n'est altérée que depuis son accouchement; il y a *dix ans* qu'elle a accouché, et *il y a dix ans* qu'elle souffre des troubles digestifs et nerveux qui sont si marqués aujourd'hui, et qui ont commencé à se manifester peu de temps après ses couches.

Le diagnostic est resté en suspens quelque temps, et nous nous sommes demandé d'abord, en présence des symptômes nerveux prédominants, si nous n'avions pas affaire à une maladie de Graves : la malade, en effet, est très impressionnable ; elle paraît très affectée de son état; ses yeux sont brillants et légèrement saillants ; elle a fréquemment des palpitations ; mais elle ne présente ni goître appréciable, ni le signe de Marie. Enfin, elle présente plusieurs zones hyperesthésiques.

Dans le doute, le traitement est dirigé d'abord dans cette voie-là (bromure, toniques, alcalins), mais au bout de huit jours, pas la moindre modification dans son état.

Nous portons alors notre attention plus spécialement sur

les troubles digestifs et sur l'état de l'abdomen, qui nous avait déjà considérablement préoccupé dès le premier examen de la malade.

La thérapeutique est alors complètement modifiée et dirigée contre le syndrome *entéroptose*, sans autre splanchnoptose (sangle, laxatifs, alcalins, régime). Et le succès de la thérapeutique, instituée d'après les indications de M. Glénard, est venu nous démontrer d'une façon frappante, au bout de quelques jours, que nous étions cette fois dans la bonne voie, et que nous avions fait fausse route la première fois, tant il est vrai que : *Naturam morborum ostendunt curationes*.

Un autre point intéressant de cette observation, c'est que, malgré l'absence de splanchnoptose sensible, la présence seule des signes subjectifs, joints à l'hyperesthésie des flancs (cæcum, S iliaque) et l'épreuve de la sangle qui en confirme la valeur, ont permis ici de formuler nettement le diagnostic d'entéroptose. Les accidents, survenus à la sortie du bain, prouvent que la pression de l'eau avait empêché les malaises qui suivent la suppression de la sangle de se produire. Ces accidents (lipothymie, vertiges, etc.) prouvent les relations qui existent entre les vertiges ou les autres malaises névrosiformes et le défaut de tension abdominale. De telle sorte, qu'on pourrait presque admettre dans le cadre des nombreux vertiges connus, et placer à côté du vertige à *stomacho læso*, un vertige qui serait bien dénommé : *vertigo a prolapsis visceribus*. Comme nouvelle preuve de ce que nous avançons là, nous pouvons encore citer le cas d'un malade dyspeptique, qui, du jour où il a été sanglé, a vu disparaître les cauchemars dont il souffrait chaque nuit depuis longtemps. Ayant laissé sa ceinture de côté pendant trois nuits, il a vu, durant ces trois nuits, se reproduire ces cauchemars qui ont disparu la première nuit où il a remis sa sangle.

Un détail, que nous tenons à faire ressortir aussi à propos de cette malade, est relatif au traitement : tant que toutes les indications n'ont pas été remplies simultanément, l'amélioration a été très faible et très peu marquée ; mais du jour où, soumise aux laxatifs, aux alcalins et au régime spécial, la malade a été en même temps sanglée, de ce jour-là, seulement, les malaises ont été franchement enrayés.

Le cas de cette malade fait bien ressortir ce que M. Glénard dit dans son mémoire, au sujet des trois périodes que comporte l'évolution clinique de l'entéroptose :

C'est qu'à la première période (gastrique) correspondent ces diagnostics insignifiants de dyspepsie *vaporeuse* (!) gastralgie, crampes d'estomac, anémie, dyspepsie utérine (!), leucorrhée par érosion, etc.

A la seconde période (mésogastrique), on croit avoir affaire à la dyspepsie névropathique, à l'hypochondrie, à du rhumatisme nerveux, à de la dysménorrhée, etc.

On ne devra donc jamais s'arrêter à ces diagnostics flous, *vaporeux*, qui font que l'on soumet sans confiance, en décourageant pour ainsi dire, un malade à une thérapeutique plus ou moins logique et aléatoire. On devra penser à l'entité morbide entéroptose, avec ou sans autre splanchnoptose, basée sur des symptômes, sur des lésions anatomiques et sur une pathogénie déterminée. On verra alors changer complètement la face des choses ; au lieu d'un diagnostic vague, on aura un diagnostic précis ; au lieu d'une thérapeutique de hasard, on instituera, avec confiance, un *traitement basé sur la pathogénie de l'affection* que l'on a en vue, seul traitement logique et rationnel, qui ne tardera pas à donner à l'infortuné dyspeptique, ou soi-disant névropathe, le soulagement qu'il réclame depuis longtemps, et au médecin une profonde satisfaction.

V

Nous avons publié récemment (1) plusieurs observations que nous avons recueillies dans les services de MM. Humbert Mollière et Faivre, et que nous désirions faire connaître à propos de cette affection si intéressante et si répandue de l'entéroptose. On ne nous accusera pas de voir de l'entéroptose partout et malgré tout. Les sept observations que nous avons publiées sont les seules que nous ayons cru devoir faire figurer sous ce titre, au milieu de nombreuses autres observations que nous avons recueillies sur plus de quarante femmes et sur une dizaine d'hommes, qui ne présentaient que des signes incomplets, soit subjectifs, soit objectifs, de la maladie de Glénard.

Les conclusions que nous devons formuler à la fin de ce travail, sont les suivantes :

1° L'entéroptose pure, ou accompagnée d'autre ptose des organes abdominaux, est une *entité morbide* nettement définie, très fréquente, et dont la fréquence s'accroît avec l'habileté à en porter le diagnostic, sous les symptômes les plus variés, grâce à une meilleure classification des signes subjectifs (2) et à des procédés plus exacts d'exploration objective ;

2° Cette entité est caractérisée anatomiquement par le prolapsus du coude droit du côlon et de la première anse transverse. C'est là la lésion organique fondamentale, constante et irrémédiable de l'entéroptose ;

3° L'affection décrite sous le nom de rein mobile doit être considérée comme étant, en réalité, une affection du tube digestif. Il y a des entéroptoses sans néphroptose, mais il n'y a pas de néphroptose sans entéroptose (3). Il y a lieu d'ouvrir en nosologie un chapitre particulier pour l'*entéroptose* ou *maladie de Glénard*, chapitre dans lequel rentreront, à titre de variétés de cette maladie, les diverses splanchnoptoses : entéronéphroptose, hépatoptose, splénoptose, métroptose, maladies qui impliquent l'idée de diminution de la tension abdominale et d'entéroptose ;

4° De même que, chez un sourd, la première chose à faire est d'examiner ses oreilles, de même, dans toute affection mal déterminée où il existe des symptômes dyspeptiques, on devra insister sur la description de ces symptômes, et examiner systématiquement l'abdomen (méthode d'exploration de M. le docteur Glénard) ;

5° Il faut attacher, dans l'interrogatoire des dyspeptiques, une grande importance, non seulement à la digestion elle-même, mais encore aux grandes fonctions de la vie végétative : genre d'alimentation, sommeil, état des forces, état des selles, tout autant de phénomènes qui, en général, sont trop négligés.

(1) Cf. *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 911, 941 et 968.

(2) Cf. Dr Fr. Glénard. *1885, Application de la méthode naturelle à l'analyse de la dyspepsie nerveuse : détermination d'une espèce. De l'entéroptose* (*Lyon médical*, mars 1885, et Paris Masson 1885, 107 pages).

1886, Entéroptose et neurasthénie, communication faite à la Société médicale des hôpitaux de Paris le 15 mai 1886 (*Semaine méd.*, 19 mai 1886).

(3) *1887, A propos d'un cas de neurasthénie gastrique* (entéroptose traumatique), *diagnostic de l'entéroptose*. Conférence clinique faite à l'Hôtel-Dieu de Lyon (*Province médicale*, 7 avril 1887, et Paris, Masson 1887, 72 pages).

On aura, présents à l'esprit, les symptômes qui peuvent mettre sur la voie du diagnostic d'entéroptose : *Faiblesse générale, insomnie, constipation, intolérance pour certains aliments,* symptômes qui, malgré leur peu de valeur apparente, sont les signes fondamentaux caractéristiques de cette entité morbide. Ce sont ces symptômes subjectifs qui apparaissent dès l'origine de l'entéroptose, avec la tension et la sensibilité du cæcum comme seuls signes objectifs de début;

6° Dans l'interrogatoire de tout dyspeptique, on tiendra grand compte de l'étiologie, car l'élément étiologique (traumatisme, efforts répétés ou accidentels, chute, accouchement, pour l'entéroptose primitive; dyspepsie ancienne, fièvre typhoïde, typhlite, péritonite partielle, pour l'entéroptose secondaire), joue un rôle important comme présomption du diagnostic de cette maladie; en tout cas, il sert à la spécifier (entéroptose traumatique, puerpérale, primitive, secondaire, etc.);

7° La méthode rationnelle du traitement de l'entéroptose doit répondre *simultanément* aux indications suivantes (1) :

a. Combattre le prolapsus viscéral et augmenter la tension abdominale (sangle pelvienne);

b. Lutter contre l'entérosténose fonctionnelle (laxatifs);

c. Tonifier les organes digestifs (alcalins, régime de viande et œufs, cure de Vichy, hydrothérapie).

Elle est la seule qui permette de triompher d'une maladie si fréquente, placée jusqu'ici au-dessus des ressources de l'art, et dans laquelle il n'y avait jusqu'à ces derniers temps que découragement pour le malade, humiliation pour le médecin, et, ne craignons pas de le dire, cause d'affluence chez les charlatans.

Le succès de l'intervention thérapeutique, formulée par M. Glénard d'après ces indications, est une confirmation manifeste de l'interprétation pathogénique qu'il a donnée de cette maladie, classée, jusqu'à lui, dans les affections utérines, les névroses, les anémies, les rhumatismes, les entérites, les gastrites ou les néoplasmes. Ajoutons que, dans le traitement de l'entéroptose, l'application de la ceinture n'est pas tout, comme on s'est plu à le dire : ce n'est pas simplement par une ceinture que l'on répond à toutes les indications de l'entéroptose; nos observations le prouvent surabondamment. L'entéroptose est une maladie à indications précises et multiples, auxquelles répondent la ceinture, les laxatifs, les alcalins et le régime; *l'emploi simultané* de ces quatre moyens fondamentaux est nécessaire pour arriver sûrement, après un temps variable, en rapport avec l'ancienneté, c'est-à-dire la période de la maladie, à un résultat satisfaisant. Cette sorte de spécificité du traitement est une preuve de plus en faveur de l'idée qui affirme l'entéroptose comme une entité morbide appelée à figurer dans la nosologie, sous le nom de *maladie de Glénard.*

NOTES CHIRURGICALES

Sur la technique des injections d'ergotine, et des précautions à prendre pour les rendre indolores. — L'emploi des injections sous-cutanées d'ergotine est fort répandu dans la pratique gynécologique et obstétricale. Par ce mode d'administration, l'action médicamenteuse se fait sentir avec une prompte énergie, et cette rapidité dans l'action est une des premières conditions demandées aux préparations d'ergotine.

(1) Cf. Dr Fr. Glénard. *Exposé sommaire du traitement de l'entéroptose* (*Lyon médical*, 1887, et Paris, Masson

Mais, comme toutes les injections médicamenteuses, les injections d'ergotine sont susceptibles d'être douloureuses, et de causer dans les tissus une irritation parfois assez violente. Ces phénomènes douloureux et inflammatoires peuvent tenir au micro-organisme en suspension dans la solution, dans quel cas rien n'est plus simple que d'avoir une solution aseptique. Mais cela n'est pas suffisant, car les phénomènes douloureux paraissent ici reconnaître pour cause des produits de décomposition des solutions d'ergotine.

Pour obtenir un véhicule maintenant l'ergot en solution parfaite, on s'est adressé en France à la glycérine, à l'eau de laurier cerise additionnée d'acide lactique, d'acide salicylique, à l'huile de vaseline. En Allemagne, la question vient d'être reprise dans le *Centralblatt für Gynækologie*, et une vive polémique, fort bien résumée dans la *Gazette médicale* de Paris, s'est établie entre MM. Bumm, Lilienfeld, Engelmann et Schucking.

Pour Bumm, il faut s'abstenir de pratiquer les injections dans la paroi abdominale antérieure et choisir comme lieu d'élection la région fessière. On doit pousser le liquide directement dans la masse des muscles fessiers, et, pour cela, enfoncer l'aiguille de la seringue dans toute sa longueur et dans une direction perpendiculaire à la peau. L'ergotine que l'on doit préférer est celle qui a été épurée par voie de dialyse. La solution, comme titre habituel, doit être à 5 p. 100, et ne jamais dépasser 10 p. 100; elle doit être filtrée, parfaitement limpide et neutralisée par l'addition d'une certaine quantité de carbonate de soude. La solution d'ergotine de réaction neutre est celle qui est la moins douloureuse.

M. Lilienfeld a fait des injections d'ergotine en quantité considérable; une de ses malades en a reçu, à elle seule, cent quarante. Ces injections n'ont jamais été douloureuses, et cela parce qu'il prépare lui-même sa solution au moment de s'en servir. Il opère le mélange dans la seringue même, avec de l'eau distillée ou de l'eau de fontaine. Cette solution, injectée profondément à la région abdominale latérale ou postérieure, doit être indolore.

M. Engelmann se rallie absolument à l'avis de M. Lilienfeld et les solutions fraîches, préparées au moment de s'en servir, sont encore les meilleures; il a pu injecter des solutions à 50 p. 100, sans avoir eu de réaction locale fâcheuse. Il suffit de regarder une solution d'ergotine quelques heures après sa préparation, pour voir que le mélange est déjà en décomposition. M. Schucking recommande, comme procédé le meilleur, l'injection d'ergotine pure dans une des lèvres du col utérin.

Si l'on suit avec soin tous les éléments de cet intéressant débat, on reconnaîtra que la façon la plus simple et la plus pratique d'obtenir des injections indolores, est d'avoir recours aux solutions extemporanées, faites profondément dans la masse des muscles de la fesse et de la partie postérieure du tronc.

De l'uréthrocèle vaginale. — On sait combien sont fréquents les prolapsus de la paroi vésico-vaginale. A la suite de l'accouchement, les parois vaginales distendues ne reviennent pas complètement sur elles-mêmes, elles restent trop larges, flasques, et, par suite, fournissent à la vessie un point d'appui insuffisant. A chaque effort, la vessie mal soutenue bombe dans le vagin et fait saillie à la vulve : c'est la *cystocèle*. L'uréthrocèle est beaucoup plus rare, quoique l'accouchement en soit le principal facteur étiologique, c'est surtout vers quarante ou cinquante ans que se caractérisent les troubles dus à cette affection.

Les urines sont louches, épaisses, elles laissent déposer du mucus, elles deviennent irritantes et produisent de l'érythème à la vulve et aux cuisses. En même temps apparaît à la vulve une tumeur variable de volume, grosse comme une noisette ou un demi-œuf de poule, tumeur tantôt pleine, tantôt vide, et située immédiatement en arrière du méat. Elle est donc facile à voir et à toucher. La pression avec le doigt suffit, en général, pour la vider.

La malade est incommodée par des mictions plus fréquentes : elle urine plusieurs fois la nuit, et chaque fois avec peine, émet-

tant un jet saccadé, et ayant conscience, la miction finie, que tout n'est pas vidé. Il existe, vers l'urèthre, une sensation de cuisson souvent pénible, parfois fort douloureuse, et déterminant de véritables crises. Rarement l'incontinence ou la rétention complète sont observées; mais la malade est facilement mouillée au moindre effort : le rire, le chant ou la danse; le coït est gêné par la présence de la tumeur et par l'évacuation de la poche uréthrale au moment de l'introduction pénienne.

Quelques complications peuvent aggraver la maladie : cystite, ulcération et fistule uréthrale, etc.; mais le pronostic en est bénin, s'il faut en croire M. le docteur Piedpremier, qui vient à nouveau d'étudier cette intéressante question dans les *Archives de médecine*.

Souvent le traitement médical suffit pour tout amender : ce seront les lavages réguliers de l'urèthre et de la poche avec de l'eau boriquée chaude ; des injections vaginales chaudes, des cautérisations au nitrate d'argent de la muqueuse uréthrale.

Il faudra aussi conseiller aux malades de prendre, pour uriner, la position genu-pectorale, et même pendant la miction, de comprimer l'uréthrocèle avec le doigt.

Si l'uréthrocèle est volumineuse, si la thérapeutique médicale a échoué, il faut recourir à une intervention chirurgicale, d'ailleurs fort simple dans ses suites : il faut réséquer la portion exubérante de la tumeur et fermer la plaie par la suture.

A. RICARD.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par application des dispositions de l'article 37 de la loi du 13 mars 1875, M. le médecin inspecteur général Didiot, président du comité technique de santé, est placé, à dater du 20 septembre 1888, dans la deuxième section (réserve) du cadre du corps de santé militaire.

— Par décret, en date du 17 septembre 1888, ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe de l'armée active démissionnaires Bénit et Zoeller.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe de l'armée active démissionnaires Ricard, Rolland, Faurot et Arnal.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe de l'armée active démissionnaires Bourras et Gadiot; les docteurs en médecine Pernin, Gallois, Bonnaire et Viller.

— Par arrêté ministériel en date du 17 septembre 1888, l'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de pharmacie aura lieu, au siège des Écoles supérieures de pharmacie et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le jeudi 25 octobre 1888.

Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident. Les registres d'inscription seront clos le lundi 15 octobre à quatre heures.

Sont admis à concourir : 1° les candidats pourvus de 4, 8 ou 12 inscriptions qui ont subi avec la note *bien* les examens de fin de première et de deuxième année et l'examen semestriel; 2° les pharmaciens de première classe aspirant au diplôme supérieur.

Les candidats pourvus du grade de bachelier ès lettres ou de bachelier ès sciences complet, qui ont été admis à ce grade avec la note *bien*, peuvent obtenir sans concours une bourse de première année.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Peut, emporté par une angine diphthérique contractée au chevet d'un enfant malade.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant, ci-après, la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Études sur l'hystérie infantile, par le docteur Arthur CLOPATT, 1 vol. in-4° de 191 pages. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Berthier.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 110. — MARDI 25 SEPTEMBRE 1888. 61e ANNÉE. MARDI 25 SEPTEMBRE 1888. — N° 110.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOPITAL NECKER. — M. Le Fort.

I. Résection des os de la jambe et du calcanéum. II. Fongosités de la gaine des péroniers.

Les deux malades que je vais opérer ce matin, sont ceux qui sont couchés aux nos 13 et 24 de notre salle des hommes.

I. Le premier est un homme qui a déjà subi, il y a sept mois, l'amputation du pied par le procédé que j'ai modifié, il y a près de vingt ans, en 1870, c'est-à-dire une amputation qui consiste à enlever l'extrémité inférieure des deux os de la jambe, du péroné et du tibia, puis à aviver le calcanéum de façon à souder ensuite le pied à la jambe, de telle sorte que le malade puisse marcher sur son calcanéum recouvert de sa peau normale.

Tandis que, jusqu'à ce jour, les résultats de cette méthode ont presque toujours été excellents; aujourd'hui, chez notre malade, il n'en a pas été tout à fait de même, et n'étaient les succès antérieurs, succès obtenus aussi par un chirurgien russe bien connu, Pirogoff, les résultats obtenus à la suite de l'amputation faite, il y a sept mois, n'encourageraient pas à continuer le même procédé.

La différence entre mon procédé et celui du chirurgien russe, c'est que ce dernier sectionne le calcanéum perpendiculairement et le fait ensuite tourner sur lui-même pour le souder au tibia. Mais ce procédé présente d'assez graves inconvénients, parce qu'il détermine un allongement du tendon d'Achille et surtout parce que la peau de la partie postérieure du talon est alors forcée de reposer directement sur le sol. C'est là un danger sérieux, car l'on sait que cette peau supporte difficilement le poids du corps. Sédillot l'avait très bien compris et s'était efforcé d'y parer par une modification du procédé, consistant à faire une section oblique, au lieu d'une section perpendiculaire. Mais c'est encore insuffisant; ce que voyant, j'ai modifié à mon tour ce procédé, non pas pour conserver au membre inférieur sa longueur à peu près normale, ce qui n'a pas, en réalité, une grande importance, mais bien parce que, depuis longtemps, j'ai pu constater que la peau, dans toutes les régions du corps, n'est pas également apte à supporter, sans danger, une pression continue, et que cette aptitude est réservée seulement à certains points, partout ailleurs la peau tendant rapidement à s'ulcérer.

C'est ainsi que j'ai été conduit à conserver le talon normal, tout en donnant une base solide au membre inférieur, et j'ai vu mes opérés, une fois guéris, marcher très bien.

Désireux de me rendre compte de ces différences dans les résultats obtenus, j'ai demandé autrefois à mes collègues de la Faculté, MM. les professeurs Sappey et Ch. Robin, de vouloir bien examiner la structure de la peau; malheureusement leurs recherches n'ont pu aboutir à me donner l'explication que je cherchais.

Contre le procédé ostéoplastique dont je viens de parler, on a élevé certaines objections, on a objecté notamment le danger de voir survenir, après avoir mis en rapport les surfaces osseuses avivées du calcanéum avec celles du tibia et du péroné, des accidents de nécrose, de la suppuration, des fistules, etc.

Cette crainte est absolument chimérique, à moins de complications; car nombre de fois l'opération a été pratiquée à l'étranger sans aucun accident et moi-même je l'ai bien faite une vingtaine de fois sans que j'aie jamais vu ces craintes se réaliser. Loin de là, le résultat final a montré que la soudure osseuse s'était toujours très bien faite et je n'ai jamais eu aucun accident, jusqu'en ces derniers temps.

Chez notre malade, les choses, pour la première fois, ne se sont pas passées ainsi; nous avons eu de la suppuration et la réunion n'a pas pu être obtenue. Pourquoi ?

Lorsque je fis l'opération il y a sept mois, la plaie ne donna pour ainsi dire pas de sang, l'artère tibiale postérieure avait été liée, et avant d'appliquer mon pansement sur la plaie, j'attendis en vain pendant une demi-heure l'apparition de quelques gouttelettes de sang, rien ne vint. Je pansai mon opéré et dans la journée, ce que j'avais prévu arriva, une hémorrhagie en nappe se produisit, l'interne de garde eut les plus grandes difficultés à l'arrêter. Le lendemain, nouvelle hémorrhagie en nappe, le pansement est de nouveau défait, les surfaces osseuses sont de nouveau écartées, afin d'aller à la recherche des artérioles et de poser de nouvelles ligatures. Enfin l'écoulement du sang cesse définitivement; pansement et compression. Mais, grâce à cette complication, la soudure des os ne se fit que très lentement et d'une façon incomplète, les deux lam-

beaux osseux ayant glissé l'un sur l'autre, au lieu de rester dans la situation où nous les avions placés. Nous ne pûmes obtenir la réunion par première intention, mais bien une réunion secondaire. C'est ainsi qu'au bout de dix jours déjà le talon était trop descendu en arrière, nous essayâmes d'y remédier à l'aide d'une attelle de bois afin de ramener le talon en dehors et en avant.

Deux mois plus tard, la difformité était en partie corrigée. Mais, depuis cette époque, deux points de nécrose, faciles à reconnaître, avec le stylet, se sont produits et il nous faut

aujourd'hui procéder à l'extraction des sequestres. Nous allons donc, après avoir placé la bande d'Esmarch, afin d'avoir une bonne ischémie, inciser la cicatrice, mettre les os à nu et, avec la gouge, enlever les parties mortifiées.

Mais, je le répète, c'est là un fait heureusement très rare, exceptionnel même, comme je le disais en commençant, puisque, jusqu'à ce jour, je ne l'ai pas encore observé une seule fois à la suite de cette opération, mais qui s'explique très bien par les accidents hémorrhagiques post-opératoires qui se sont produits dans la plaie.

II. Notre second malade est entré dans le service, il y a près de neuf mois, pour des fongosités situées dans les gaines des péroniers.

Cet individu avait toujours joui d'une bonne santé générale, lorsqu'il reçut, certain jour, un coup assez violent sur le grand trochanter du fémur gauche. Cependant ce n'est que dix ans plus tard qu'il se plaignit de vives douleurs dans la région trochantérienne de ce côté; puis des abcès ossifluents se formèrent, pour lesquels il fut traité par M. de Saint-Germain d'abord, par M. Labbé ensuite. On fit le grattage du foyer purulent. Mais tandis qu'il était à l'hôpital, il contracta la variole.

Néanmoins il était guéri depuis assez longtemps déjà lorsque, il y a deux ans, il fut pris en marchant de douleurs assez vives dans l'extrémité inférieure de la jambe du même côté, un peu au-dessous de la malléole externe. Bientôt cette région devint le siège d'une tuméfaction œdémateuse, mais sans chaleur ni rougeur. Enfin, après être resté pendant plusieurs mois dans le même état, se soignant chez lui tant bien que mal, marchant difficilement et même ne marchant plus du tout à partir d'un certain moment, le malade s'est décidé à entrer à l'hôpital Necker, il y a près de neuf mois.

A son arrivée, nous avons constaté l'existence, sous la malléole externe de la jambe gauche, d'une tumeur petite, molle, allongée, située le long de la gaine musculaire, avec empâtement périphérique. Assez rapidement cette tumeur a augmenté de volume, se ramollissant de plus en plus; nous l'avons ouverte, et, au milieu d'une collection purulente, nous avons trouvé de nombreuses fongosités que nous avons enlevées. La malléole était saine.

Peu de temps après, des accidents fébriles sont apparus, de nouvelles fongosités se sont formées au même point; nous avons eu recours à la cautérisation électrique pour les détruire. Tout d'abord les résultats n'ont pas été merveilleux; la région est restée empâtée, rouge. Cependant l'état général étant bon, une certaine amélioration survenue nous permit d'espérer la guérison de notre malade, lorsque tout récemment les mêmes accidents se sont reproduits : rougeur, tuméfaction, etc. De là la nécessité d'un nouveau curage de la région, d'un nouveau grattage de ces fongosités avec la curette tranchante. C'est là un exemple malheureusement trop fréquent de récidive des affections tuberculeuses.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. J. Simon.

Du pronostic chez les enfants.

I

La question que je veux commencer à aborder dans ma leçon d'aujourd'hui est d'une étude difficile, car il s'agit de la prédiction des événements qui peuvent ou doivent se dérouler chez un malade : ici nous n'avons plus de certitude, et nous nous trouvons en présence d'une foule d'inconnues. Quand nous discutons, au lit du patient, le diagnostic de la maladie dont il est atteint, notre discussion roule sur des faits palpables; mais il n'en est plus de même, lorsqu'il s'agit du pronostic, car tout en reposant également sur l'état actuel du malade, la question à envisager, la question qu'il embrasse, c'est l'avenir.

Du reste, il y a deux choses dans le pronostic :

1° Il y a le pronostic qui résulte des faits consignés dans les annales de la science, c'est-à-dire le pronostic connu, telles sont, pour ne citer que quelques exemples, la durée de la chorée, la durée d'une bronchite selon ses formes, celle d'une fièvre éruptive, etc. Ici, vous avez des bases d'opération sur lesquelles vous pouvez vous appuyer pour formuler votre pronostic.

2° Il y a le pronostic individuel, c'est-à-dire un pronostic qui varie selon les cas, selon les individus, et qui, par suite, est bien autrement difficile que le précédent.

Pour arriver donc à l'étude du pronostic, certains éléments sont nécessaires. Ces éléments, au nombre de huit, sont : 1° la température du malade; 2° le pouls; 3° la résistance des forces; 4° l'état des sécrétions; 5° l'ordre de groupement de ces éléments; 6° l'âge du malade; 7° l'hérédité; 8° les circonstances de climat, de saison et de milieu. Je vais les prendre un à un et chercher à les différencier chez l'enfant et chez l'adulte.

1° *La température.* — Le thermomètre ne donne qu'une chose fixe, qu'il appartient ensuite au médecin d'apprécier. Ainsi d'une manière générale, le chiffre 39 degrés indique un état fébrile, mais celui-ci persistera-t-il? Une température de 40 degrés est, chez l'adulte, synonyme de fièvre intense, tandis que chez l'enfant, elle indique simplement un mouvement fébrile dont il n'y a pas lieu de s'inquiéter; enfin 41 degrés, chez l'adulte, ont une signification de haute gravité, qu'ils n'ont pas chez l'enfant. Et cependant, chez ces derniers, on s'alarme, on s'inquiète beaucoup trop facilement, en général, d'une élévation thermométrique à 40 degrés. En effet, dans la pneumonie, la température normale de l'enfant est de 40 degrés, par suite, elle n'implique aucune gravité. Dans la scarlatine, ne savez-vous pas aussi que chaque soir, au début, le chiffre est de 41 degrés; de même, dans la fièvre typhoïde, on constate 40 degrés le matin et 41 degrés le soir.

En résumé, on aurait donc tort de s'affoler de la haute thermalité chez les enfants, car, chez eux, à certaines maladies, correspond forcément une température élevée pendant un certain nombre de jours. Par contre, il n'en est plus de même, si cette thermalité élevée persiste au delà du terme voulu; oh! alors le pronostic se modifie; de telle

sorte que, en réalité, ce n'est point la haute température en elle-même, qui devient un signe de gravité, mais sa durée, sa persistance au delà de certaines limites de temps. Je ne veux pas dire par là, bien entendu, que la thermalité élevée doit nous être indifférente, ce serait certainement aller trop loin, je veux dire seulement que l'on s'en effraie trop en général. En effet, un simple refroidissement sans angine, un coryza ou une laryngo-trachéite s'accompagneront d'une thermalité de 39 degrés, sans que l'état du petit malade présente la moindre gravité, et dès le lendemain même ou le surlendemain, l'accès de fièvre aura disparu.

Dans l'angine inflammatoire simple, sans complications, vous verrez couramment la température de l'enfant s'élever à 39°5, ou même 40 degrés le soir, sans qu'il y ait eu, chez lui, autre chose qu'un simple refroidissement.

La thermalité est donc plus élevée chez l'enfant que chez l'adulte, sans impliquer pour cela un caractère de gravité, et ce dont il faut tenir compte dans l'appréciation de cette température, c'est de sa durée, de sa persistance, de l'heure à laquelle elle se manifeste.

2° *Le pouls*. — Chez l'enfant, le pouls ne peut pas être étudié comme chez l'adulte. Le choc, la résistance des ondes liquides qui échappent facilement chez l'enfant, sont beaucoup mieux constatées chez l'adulte. Cependant le rythme et la fréquence peuvent encore être étudiés chez le premier.

Ainsi chez l'enfant, au moindre accès de fièvre, on constate facilement 120 pulsations; d'où l'on peut conclure qu'une température de 39 degrés et un pouls à 120 n'impliquent pas chez l'enfant la gravité qu'ils peuvent avoir chez l'adulte. Chez le premier une frayeur, une peur quelconque peuvent porter le nombre des pulsations à 120, et le pouls, chez lui, indique seulement de la fièvre à partir des chiffres 130 à 140 pulsations.

Ce qui est très important à constater, c'est le rapport existant entre la température et le pouls, il en est de même du ralentissement des pulsations, de l'irrégularité des battements, de leur inégalité, de certaines intermittences, lesquels sont toujours des phénomènes sérieux et parfois indiquent une terminaison fatale, le ralentissement surtout.

Les irrégularités du pouls sont fréquentes chez les enfants, de là, en général, leur peu de gravité, parfois même elles n'ont aucune signification : ce qui est plus important, c'est le parallélisme du pouls et de la température, lorsque tous deux sont très élevés.

3° *Résistance des forces*. — Trois cas peuvent se présenter : *a*. les forces sont exaltées (agitation plus ou moins grande); *b*. elles peuvent être perverties (ataxie); *c*. elles peuvent être diminuées (dépression, adynamie). Ce dernier cas est le plus redoutable chez l'enfant, bien autrement redoutable que l'agitation, phénomène auquel ils sont très facilement sujets, sans qu'il comporte aucune gravité.

Chez l'adulte, lorsque le début de la fièvre typhoïde est caractérisé par une très grande agitation, par du délire, par des mouvements convulsifs, le pronostic est des plus graves, un dénouement fatal est à redouter. Il n'en est pas de même chez l'enfant; chez lui pareil début n'a, généralement, rien d'inquiétant, tandis que l'on doit, au contraire, redouter l'anéantissement des forces, une adynamie prolongée, aussi doit-on éviter chez lui, en pareils cas, l'emploi de tous médicaments nervins, de l'aconit, de l'opium, etc. Si, chez lui, les convulsions et l'ataxie, au début, n'impriment pas à la maladie un caractère de gravité, par contre, ces accidents deviennent redoutables, dangereux, lorsque la maladie, quelle qu'elle soit, est parvenue à une période avancée.

4° *État des sécrétions*. — Dans toute affection fébrile ou maladie importante, les sécrétions en général diminuent, et la peau devient sèche; or, leur diminution et surtout leur suppression, notamment s'il s'agit des urines, sont des phénomènes de la plus haute gravité; et certains accidents (agitation, délire, etc.), qui surviennent au cours de maladies fébriles, n'ont pas d'autre origine que la suppression des urines ou leur rareté excessive. C'est ainsi que dans l'albuminurie, dans la bronchopneumonie — pour ne citer que quelques exemples — s'expliquent les accidents comateux, éclamptiques, etc. Cette suppression, je le répète, est donc un phénomène de la plus haute gravité. Il en est de même dans le diabète où vous observez quelquefois une rareté très grande de la sécrétion urinaire.

Ce que je viens de dire des fonctions rénales s'applique également, en partie du moins, à la sécrétion cutanée : ainsi, dans la fièvre typhoïde, la moiteur de la peau est un très bon signe, tandis que sa sécheresse, au contraire, assombrit le tableau. De même que la fétidité des sueurs, les fuliginosités des lèvres, la perversion des sécrétions buccales, la sécheresse de la langue, etc. J'ajouterai encore que la putridité de la vulve ou de la verge, des selles, de l'haleine est un élément de pronostic défavorable.

5° *Groupement, association de ces éléments*. — Chez l'enfant, comme chez l'adulte, l'association des éléments que nous venons d'examiner est très importante à étudier au point de vue du pronostic. Celui-ci ne revêt aucune gravité lorsque, par exemple, la transpiration seule est élevée, le pouls restant normal et *vice versa*; il devient sérieux, au contraire, si à l'élévation du pouls s'ajoutent la dépression des forces, des troubles dans les sécrétions normales.

Je dois ajouter que la valeur de ces divers éléments dépend aussi de l'évolution de la maladie, c'est-à-dire de l'époque à laquelle celle-ci est parvenue.

6° *Age*. — L'âge de l'enfant est un élément capital de pronostic, et sous ce point de vue les enfants doivent être divisés en deux groupes : *a*. les enfants nouveau-nés ou n'ayant pas encore atteint l'âge de deux ans; *b*. les enfants qui ont dépassé deux ans.

Si, en général, le pronostic chez l'enfant est plus bénin que chez l'adulte, chez l'enfant nouveau-né, au contraire, il présente une gravité égale à celle du pronostic chez le vieillard.

Chez les enfants qui ont atteint l'âge de trois à quatre ans, il affecte toujours une bénignité, tout au moins relative, et nous avons vu maintes fois, dans des cas désespérés, des enfants revenir à la vie, soit à l'hôpital, soit à la ville surtout. Aussi, toutes choses égales, d'ailleurs, le pronostic est-il moins grave chez l'enfant qui a dépassé l'âge de deux ans que chez l'adulte. C'est absolument le contraire chez l'enfant au-dessous de cet âge, où un simple coryza peut être le point de départ d'une pneumonie mortelle, en raison de la tendance à la généralisation. Il en est de même de la diarrhée qui peut tout à coup, à cet âge, acquérir une extrême gravité.

Chez le tout petit enfant le pronostic peut varier selon que l'affection est primitive ou secondaire. Ainsi, une simple bronchite primitive, bien soignée, guérira, tandis que si elle est secondaire, si elle survient, par exemple. dans le

cours d'une coqueluche ou de la rougeole, elle peut acquérir de ce fait même une extrême gravité et emporter le petit malade en vingt-quatre heures. Il en est de même encore de la syphilis, toujours extrêmement grave chez les tout petits enfants, etc.

7° *Hérédité.* — Un petit enfant est amené le matin à l'hôpital, il est très agité, distrait, il ne parle pas, n'a que peu ou point sa connaissance; s'il est né d'un père ou d'une mère alcoolique ce sera un petit scléreux; si ses parents sont des névropathes, ce sera un épileptique; si ce sont des syphilitiques, il présentera des phénomènes de sclérose cérébrale ou bien des accidents du côté des os. De même aussi la tuberculose peut frapper héréditairement un petit enfant.

Quant à l'alcoolisme, l'enfant peut le tenir soit de ses parents, soit de lui-même, c'est-à-dire de son éducation, son père ou sa mère lui faisant prendre du café ou du cognac ou bien des morceaux de sucre imbibés d'eau-de-vie.

8° *Conditions saisonnières, climatériques.* — L'enfant est plus accessible que l'adulte aux variations de la température, aux modifications des saisons, à l'influence des grandes chaleurs (diarrhée infantile), ou du froid (affections chroniques des voies respiratoires), aux influences climatériques (accidents paludéens), à l'encombrement, à l'influence des milieux, aux influences nosocomiales, toutes conditions dont on doit tenir grand compte dans le pronostic. Celui-ci variera également, selon que l'enfant sera traité en ville ou à l'hôpital.

Tels sont, en résumé, les huit principaux éléments sur lesquels le pronostic doit s'appuyer pour être formulé avec quelques chances de succès.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. PÉAN.

Du lavage de la vessie sans sonde et du lavage continu de l'urèthre antérieur à l'aide de la pression atmosphérique. Leurs usages (1).

(Leçon faite par M. LAVAUX, interne du service.)

III

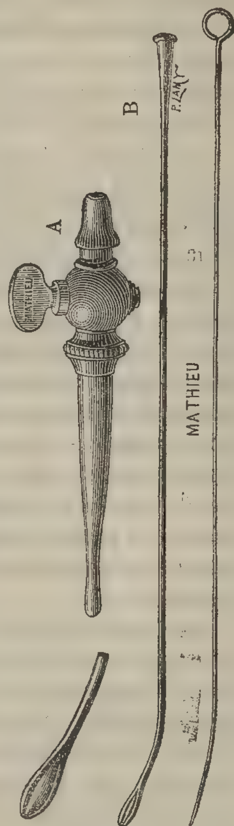
Ce ne sont pas là les seuls usages du lavage de la vessie sans sonde, fait d'après le procédé que je viens de vous indiquer. Ces lavages constituent encore le traitement de choix de toutes les variétés de cystite, *à condition que les malades puissent vider spontanément leur vessie d'une façon complète.*

Dans les cystites aiguës, il faut se servir au début de la canule n° 1, car la vessie ne tolère souvent dans ces cas que 50 à 60 grammes de liquide. Il est donc bon d'employer une pression faible jointe à une grande lenteur de l'écoulement du liquide pour ne pas distendre le réservoir urinaire. Comme la capacité vésicale physiologique augmente rapidement dans la plupart des cas, on peut bientôt employer la canule n° 6 chez l'homme (voir la figure ci-contre), et la canule n° 3 chez la femme.

Quelle que soit la quantité de liquide tolérée, il est préférable de ne pas en injecter plus de 250 grammes à la fois. Cela suffit pour que les malades puissent uriner. On a soin de faire trois ou quatre injections successives, et de terminer en laissant dans la vessie une quantité relativement faible d'eau boriquée.

Dans les cystites subaiguës et dans les cystites chroniques, on opère de la même façon, seulement on emploie beaucoup plus tôt en général les grosses canules.

Le choix du liquide varie suivant les cas. Je commence presque toujours par employer la solution saturée d'acide borique, puis, lorsque la douleur est moins vive, si l'urine contient encore beaucoup de pus, j'ai recours aux solutions sursaturées d'acide borique à 8 p. 100 et 15 p. 100.



A. Canule n° 6.
B. Sonde pour les lavages uréthraux ou utérins.

J'ai indiqué, le premier en France, comment on prépare la solution sursaturée à 15 p. 100, et je crois avoir employé le premier cette solution dans le traitement des cystites.

Les solutions de nitrate d'argent à 1/500 et même à 1/250 donnait aussi de bons résultats dans les cystites rebelles, surtout dans les cystites blennorrhagiques, mais elles ont l'inconvénient d'être notablement plus douloureuses. J'ai montré qu'il y a avantage à faire précéder et suivre ces injections d'un lavage boriqué.

Dans les cystites aiguës, j'ai l'habitude de faire, au début, deux lavages boriqués dans les vingt-quatre heures. Au bout de quelques jours, je n'en fais plus qu'un, puis un tous les deux jours.

Dans les cystites chroniques ou subaiguës je ne fais souvent qu'un seul lavage dans les vingt-quatre heures, à moins que ce ne soit tout à fait au début du traitement.

Les solutions sursaturées d'acide borique et les solutions de nitrate d'argent ne doivent être employées que tous les deux ou trois jours.

Je vous ai déjà dit que la température des liquides employés doit être de 38 à 40 degrés au moment où on les verse dans l'appareil. Il y a cependant une exception importante à cette règle : dans la cystite qui survient pendant la grossesse, il ne faut pas dépasser 36 à 37 degrés, sinon il est fréquent de voir survenir des contractions utérines.

Chez certains malades atteints de cystite, la douleur est si vive et la capacité physiologique de la vessie tellement petite, qu'il faut prendre des précautions spéciales. Il est même généralement admis aujourd'hui que les lavages faits d'après les procédés classiques sont nuisibles dans les cas dont je parle. Cela se conçoit; le cathétérisme est, en effet, horriblement douloureux dans cette variété de cystite et il me paraît impossible de ne pas distendre, avec une seringue ou une poire en caoutchouc, une vessie qui tolère seulement 25 à 20 grammes de liquide. Aussi, est-on arrivé d'erreur en erreur à employer, chez ces malheureux malades, des moyens désespérés : on leur fait la taille et l'on draine leur vessie. Il est pourtant possible de faire disparaître la douleur dans ces cas graves, à l'aide de moyens bien simples que je vais vous indiquer. Je fais encore le lavage de la vessie sans sonde, avec une solution boriquée

---

(1) Suite. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 990.

à 4 p. 100, seulement j'ai soin d'employer une pression très faible, juste la pression nécessaire pour franchir la partie postérieure de l'urèthre. Je me sers pour cela de la canule n° 1, puis je remplace la bouteille par un tube de verre gradué de 5 grammes en 5 grammes et qui contient 60 grammes de liquide. Aussitôt que la résistance du sphincter inter-uréthral est vaincue, ce que l'on constate immédiatement, on cesse d'élever le tube de verre. Le traitement est ensuite le même que dans les cystites ordinaires.

Mais on obtient des résultats beaucoup plus rapides si l'on fait en même temps, d'après ce procédé, des injections d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 4 p. 100. Le plus souvent j'injecte dans la vessie, après le lavage boriqué, 10 à 15 grammes de cette solution. Si les malades éprouvent le besoin d'uriner, je laisse la miction s'effectuer, j'attends ensuite trois à cinq minutes et je fais alors une nouvelle injection de cocaïne moins abondante, que les malades gardent un quart d'heure, une demi-heure et quelquefois davantage. Au bout de quelques minutes toute douleur a disparu et j'ai vu fréquemment les malades qui avaient depuis plusieurs jours une insomnie complète, s'endormir à la suite de ce soulagement immédiat.

Quelquefois on se trouve bien de faire une injection de cocaïne avant et après le lavage boriqué, qu'il faut toujours employer, car il a une importance capitale.

En agissant contre l'inflammation de la muqueuse vésicale, il constitue en effet le meilleur moyen de faire disparaître la douleur, parce qu'il s'attaque directement à sa cause. C'est faire fausse route, à mon avis, que de recourir uniquement à la médication calmante. Celle-ci rend incontestablement de grands services, mais, employée seule, elle est impuissante à guérir la cystite et par suite à faire cesser la douleur d'une façon définitive. Il ne faut pas demander aux différents anesthésiques plus qu'ils ne peuvent donner. Si la cocaïne, qui produit, je le répète, une anesthésie complète et presque instantanée, m'a donné d'excellents résultats, alors qu'elle a échoué entre les mains des plus habiles chirurgiens, cela tient en grande partie, je crois, à ce que j'y ai eu recours en même temps qu'aux lavages de la vessie. Ce repos absolu de l'organe, cette disparition immédiate de phénomènes douloureux, après que l'on a débarrassé le réservoir urinaire des produits inflammatoires qu'il contenait, cette amélioration subite de l'état général doivent avoir, en effet, la plus heureuse influence sur la cystite.

Voici maintenant la preuve que les lavages boriqués faits d'après mon procédé ne distendent pas la vessie dans les cas des cystites, dites douloureuses. J'ai mesuré la quantité d'urine nécessaire pour déterminer le besoin de la miction le jour, puis la nuit pendant le sommeil, lorsque celui-ci était encore possible. D'autre part, j'ai mesuré la quantité de liquide que tolérait la vessie pendant les lavages. Or, j'ai trouvé que la quantité d'eau boriquée tolérée était supérieure de quelques centimètres cubes seulement aux mictions diurnes et inférieure ou bien rarement égale aux mictions nocturnes. Ainsi, chez un malade atteint de cystite chronique tuberculeuse très douloureuse, j'ai obtenu les chiffres suivants :

Mictions nocturnes : 31 centimètres cubes.

Mictions diurnes : 24, 25 centimètres cubes.

Injections boriquées tièdes : 26, 28, 31 centimètres cubes.

Il n'y a donc pas avec mon procédé de traumatisme vésical au point de vue physiologique et par suite au point de vue anatomique,

Voici, du reste, les résultats que j'ai obtenus. Avec les lavages boriqués, employés seuls, la douleur a complètement disparu au bout de six, huit, dix, douze, dix-sept jours. Dans un cas le résultat a été incomplet; la douleur est devenue moins vive mais elle a persisté. C'est chez ce malade que j'ai employé le chlorhydrate de cocaïne pour la première fois. Or, quatorze jours après le début de ces injections calmantes les phénomènes douloureux avaient tout à fait disparu.

J'ai encore obtenu ce résultat, grâce à la cocaïne, au bout de neuf, treize, seize jours, dans trois autres cas de cystites, dites douloureuses. Chez ces quatre malades le soulagement immédiat a été constant.

La capacité physiologique de la vessie a augmenté très vite à mesure que les lavages se sont répétés. J'ai vu le réservoir urinaire tolérer, par exemple, successivement 15, 35, 50, 75, 100, 180, 225, 300 grammes d'eau boriquée tiède. En même temps, les mictions sont devenues de moins en moins fréquentes.

Malheureusement le retour à l'état normal n'est pas toujours possible. Chez certains malades, qui souffrent depuis longtemps, la capacité anatomique de la vessie est devenue très petite par suite de l'existence d'une *cystite interstitielle* désormais incurable.

Vous voyez combien il est nécessaire d'instituer, dès le début de toute cystite, un traitement logique, efficace. A mesure que l'inflammation se prolonge, elle dépasse de plus en plus les limites de la muqueuse et détermine une diminution de plus en plus considérable de la capacité vésicale.

Mais il ne vous suffit pas de connaître les succès que l'on peut obtenir avec mon procédé dans les cas de cystites dont nous nous occupons. Il faut encore que vous sachiez ce que donne, chez ces mêmes malades, la taille hypogastrique ou la taille vésico-vaginale suivie du drainage de la vessie. Je ne saurais mieux faire que de vous citer la statistique du service spécial de l'hôpital Necker, que l'on peut avoir facilement en consultant les observations contenues dans la thèse de mon excellent collègue Hartmann, prosecteur à la Faculté. Ces observations sont au nombre de neuf : quatre tailles vésico-vaginales et cinq tailles hypogastriques. Les résultats ont été les suivants : un malade est mort au bout de sept jours; une malade est morte au bout d'un mois; une autre malade a succombé sept mois après l'opération. Cinq malades ont été plus ou moins améliorés au bout de plusieurs mois. Un malade est considéré comme guéri dix-sept mois après l'opération, mais il est resté morphinomane. Il est à noter, en effet, que chez ces malades on a dû employer après l'opération et pendant de longs mois soit la morphine, soit les injections intra-vésicales ou les instillations de nitrate d'argent.

Les résultats définitifs, comme vous le voyez, sont bien peu satisfaisants. En est-il autrement pour les résultats immédiats ? En théorie, la douleur devrait cesser aussitôt après l'opération ; en réalité, c'est l'exception. Sur les neuf cas dont je viens de parler, cette cessation immédiate des douleurs n'est citée que deux fois. Chez les autres malades, le ténesme vésical a persisté, même dans les cas où les tubes ont bien fonctionné. Il y a donc ordinairement un soulagement notable dû à ces opérations, mais il n'est ni aussi rapide ni aussi complet qu'on pourrait le croire *a priori*.

Voilà quels sont les résultats fournis par la taille. Vous

voyez qu'ils sont loin d'être aussi satisfaisants que ceux obtenus par le lavage de la vessie sans sonde et les injections intra-vésicales de chlorhydrate de cocaïne. Et pourtant quel contraste entre la simplicité et l'innocuité incontestables de mon procédé et la gravité des opérations dont je vous parlais tout à l'heure! Si vous voulez bien encore remarquer que ces opérations ne soulagent les malades qu'en créant une infirmité pénible et dégoûtante, qui est un ennui de tous les instants non seulement pour eux-mêmes, mais souvent aussi pour les personnes qui les entourent, vous conviendrez avec moi que la taille hypogastrique et la colpocystotomie appliquées d'une façon courante au traitement des cystites dites douloureuses constituent une erreur chirurgicale qu'il faut reconnaître de bonne grâce dans l'intérêt de la science et de l'humanité.

Du reste, il est des cas, où ce traitement est impossible. J'en ai publié récemment une observation remarquable que vous trouverez dans les *Bulletins* et *Mémoires de la Société de médecine pratique de Paris*. Il s'agissait d'une malade au septième mois d'une grossesse. Or, il est bien évident qu'il n'y avait pas à songer chez elle à pratiquer une fistule vésico-vaginale.

SYPHILIS ET ÉPILEPSIE.

Par M. le docteur Parizot, professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Dijon.

Les rapports de l'épilepsie et de la syphilis, mis en lumière par M. le professeur Fournier, sembleraient s'appliquer aussi bien à la syphilis héréditaire qu'à la période secondaire de la syphilis acquise, si l'on en juge par l'observation suivante :

Camille L... âgé de sept ans, m'est amené à la consultation au mois de février dernier. Son père, boulanger, marié à l'âge de vingt-deux ans, communique à sa femme, dès la première année, la syphilis (plaques muqueuses à la bouche, à l'anus, aux grandes lèvres, roséole généralisée) ; elle est soignée pendant six mois pour cette affection. Le mari meurt phthisique à trente et un ans. Personne ni dans sa famille ni dans celle de sa femme n'a été atteint d'affections nerveuses, et en particulier d'épilepsie.

De cette union naissent d'abord deux enfants qui ne viennent pas à terme, puis deux autres qui, à leur naissance, présentent un pemphigus généralisé. Le dernier, venu à terme, ne vit que quelques jours. Le troisième, seul survivant, est atteint jusqu'à la première année de plaques muqueuses et de manifestations cutanées, se rapportant à la syphilis. A ce moment il est pris pour la première fois d'attaques convulsives qui se répètent toutes les trois semaines, puis tous les mois jusqu'à l'âge de trois ans. Il est facile alors de se rendre compte des accidents. C'est l'épilepsie avec tous ses caractères (sidération, chute avec perte de connaissance, convulsions toniques d'abord, puis cloniques, écume de la bouche, morsure de la langue).

A partir de trois ans, le petit malade reste sans crises par intervalles de six mois, jusqu'à l'année dernière où elles reprennent avec intensité toutes les trois semaines.

C'est dans cet état qu'il m'est présenté au mois de février de cette année. L'enfant est intelligent et me rend un compte exact des phénomènes qu'il éprouve. Persuadé, d'après les antécédents familiaux et personnels, que la syphilis n'est pas étrangère au développement de ces accidents épileptiques, j'administre l'iodure de potassium à la dose de 80 centigrammes par jour, concurremment au bromure administré à raison de 1 gr. 50 avec interruptions hebdomadaires.

Cet enfant m'a été ramené récemment. Il n'a eu que trois crises très atténuées depuis février. Il n'a plus la sidération du début, la perte de connaissance. Il se rappelle le début de la crise. Je pense que le traitement spécifique atténuera pour une large part, s'il ne fait disparaître complètement, le mal comitial dont il est atteint.

Je conclus de cette observation :

1° L'enfant syphilitique se trouve dans des conditions semblables à l'adulte pour subir les atteintes de l'épilepsie;

2° Si cette affection se rencontre dans le jeune âge, en dehors de toute prédisposition héréditaire, il faut s'enquérir de la syphilis chez les parents, et, chose capitale au point de vue du traitement, associer le traitement spécifique à l'usage du bromure ;

3° En pareil cas le pronostic, toujours si terrible, peut être modifié. Les crises peuvent disparaître ou s'atténuer sous l'influence de la médication.

Ces conclusions, peut-être prématurées, m'ont paru importantes à établir. Il faut espérer que des faits plus nombreux et bien étudiés viendront corroborer ces premiers résultats.

SOUSCRIPTION

EN FAVEUR DE LA VEUVE D'UN CONFRÈRE

SIXIÈME LISTE

Association centrale des médecins de France .	50 fr.
MM. les docteurs P. Basset.	20
— Darroze, médecin-directeur de la station thermale de Préchacq-les-Bains	10
— Ducosté (de Brionne)	10
— Dumas (de Lédignan). . . .	8
— Latapie (de Lourdes)	1
A. Le Dentu	10
— E. Ménière	50
— Meraut (de Mehun-sur-Yèvre).	5
— Poyet	50
— Ricord	20
— Ringeisen, médecin-major de première classe.	5
— Semelaigne.	20
— Sénac-Lagrange, médecin-consultant aux eaux de Cauterets	40
Un dentiste (Paris)	5
Anonyme (Basses-Pyrénées).	5
— (Chambéry).	5
— (Paris)	5
Compagnie parisienne de couleurs d'aniline (Creil).	100
Cinquième liste.	2499
Total.	2948 fr.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 18 septembre 1888, ont été promus dans le corps de santé militaire et ont reçu, par décision du même jour, les affectations ci-après indiquées, savoir :

Au grade de médecin principal de première classe. — M. le médecin principal de deuxième classe Milon, en remplacement de M. Poncet, retraité; maintenu médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Besançon.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les méde-

cins-majors de première classe Regnier, en remplacement de M. Rebstock, retraité; maintenu médecin-chef de l'hôpital de Nancy; — Lenoir, en remplacement de M. Milon, promu; maintenu aux hôpitaux de la division d'occupation du Tonkin et de l'Annam.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Laval, en remplacement de M. Regnier, promu; maintenu au 99e d'infanterie; — Auban, en remplacement de M. Lenoir promu; maintenu au 11e d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Lafille, en remplacement de M. Petitpoisson, retraité; maintenu aux hôpitaux de la division d'occupation du Tonkin et de l'Annam; — Beylier, en remplacement de M. Laval, promu; désigné pour le 140e d'infanterie; — Couénon, en remplacement de M. Auban, promu; désigné pour le 118e d'infanterie.

Au grade de pharmacien principal de première classe. — M. le pharmacien principal de deuxième classe Warnier, en remplacement de M. Bouillard, retraité; maintenu à l'hôpital Saint-Martin.

Au grade de pharmacien principal de deuxième classe. — M. le pharmacien-major de première classe Rebuffat, en remplacement de M. Warnier, promu; désigné pour les hôpitaux de la division d'Alger.

Au grade de pharmacien-major de première classe. — M. le pharmacien-major de deuxième classe Karcher, en remplacement de M. Rebuffat, promu; désigné pour les hôpitaux de la division d'Oran.

Au grade de pharmacien-major de deuxième classe. — MM. les pharmaciens aides-majors de première classe Barthe, en remplacement de M. Choisel, retraité; maintenu à l'hôpital de Nancy; — Lebourgeois, en remplacement de M. Karcher, promu; désigné pour les hôpitaux de la division de Constantine.

— Par décret, en date du 20 septembre 1888, ont été promus dans le cadre du corps de santé militaire :

Au grade de médecin-inspecteur général. — M. le médecin-inspecteur Colin, en remplacement de M. le médecin-inspecteur général Didiot, admis dans la section de réserve.

Au grade de médecin-inspecteur. — M. le médecin principal de première classe Papillon, en remplacement de M. le médecin-inspecteur Colin, promu au grade de médecin-inspecteur général.

— Par décision ministérielle, en date du 18 septembre 1888, les officiers du corps de santé militaire, dont les noms suivent, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir :

MM. les médecins-majors de première classe Josien, pour l'hôpital de Perpignan; Landois, pour les hôpitaux de la division d'Oran.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Amat, pour le 81e d'infanterie; Boyer, pour le 2e régiment de zouaves; Milliès, dit Lacroix, pour le 11e d'infanterie; Lagrange, pour le 34e d'infanterie; Labit, pour le 85e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de première classe Martin, pour l'hôpital de Bordeaux; Bosc, pour le 13e d'artillerie.

M. le médecin aide-major de deuxième classe Delarocheaulion, pour le 41e d'infanterie.

M. le pharmacien principal de première classe Fleury, pour la réserve des médicaments à Marseille.

M. le pharmacien-major de première classe Lacour, pour la direction du service de santé du 4e corps d'armée.

M. le pharmacien-major de deuxième classe Breuil, pour l'hôpital de Sedan.

MM. les pharmaciens aides-majors de première classe Cordier, pour la pharmacie centrale, à Paris; Rouvet, pour l'hôpital de Villemanzy, à Lyon; Dominique, pour l'hôpital de Givet.

— Par décision ministérielle, en date du 20 septembre 1888, M. le médecin-inspecteur général Colin est relevé de ses fonctions de directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris, et nommé président du comité technique de santé, en remplacement de M. le médecin-inspecteur général Didiot, admis dans la section de réserve; — M. le médecin-inspecteur Baudouin, membre des comités techniques de santé et de l'intendance, est nommé, tout en conservant ses fonctions actuelles, directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris; — M. le médecin-inspecteur Papillon est nommé directeur du service de santé du 15e corps d'armée, à Marseille, en remplacement de M. le médecin-inspecteur Paulet, retraité.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE . . . . . 3 mois : **8** fr. **50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. D. — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance de lectures et de rapports. Parmi les lectures, nous devons signaler tout d'abord un important travail de M. Albert Robin qui, poursuivant avec un louable zèle ses études d'urologie clinique, a communiqué à l'Académie les résultats de ses recherches sur les modifications de l'urine dans la variole. Il a plus particulièrement appelé l'attention sur l'augmentation de l'urée dès le début et dans le cours de la variole. Cette azoturie, sans être absolument constante, est, selon M. Robin, beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit et peut constituer un élément précieux de diagnostic.

Passant en revue toutes les modifications que peut présenter l'urine des varioleux, M. Robin a insisté sur l'albuminurie. La néphrite variolique, pour être beaucoup plus rare que la néphrite scarlatineuse, n'en est pas moins importante à connaître. Il distingue quatre variétés d'albuminurie dans la variole : 1° l'albuminurie prévariolique ; 2° l'albuminurie transitoire de début ; 3° l'albuminurie abondante apparaissant à une époque quelconque de la maladie et annonçant généralement un pronostic grave ; 4° enfin l'albuminurie de la convalescence. On comprendra l'importance qu'il y a pour le clinicien à rechercher ces modifications du côté de l'urine, tant au point de vue du diagnostic qu'au point de vue du traitement. Ces recherches, il faut bien le dire, sont trop souvent négligées dans la pratique, et il faut savoir gré à M. Albert Robin de la persévérance qu'il met à en montrer toute l'utilité.

M. Siredey a fait un court rapport sur une courte note de M. Misrachi qui, allant plus loin que M. Charpentier et que M. Doléris lui-même, condamne d'une façon absolue les injections intra-utérines dans le traitement de la fièvre puerpérale et veut y substituer, dans tous les cas, l'écouvillonnage et le curage de la cavité utérine. M. Guéniot a fait justice de cette exagération. Toutefois, il a répété, à cette occasion, qu'il considérait le curage utérin comme une opération nécessitant un appareil instrumental un peu effrayant. Il ne nous semble pas qu'une opération qui nécessite un seul instrument, qui est généralement assez peu douloureuse pour qu'on puisse se passer du chloroforme, puisse être qualifiée d'effrayante.

La séance s'est terminée par la lecture fort bien faite d'un rapport, non moins bien écrit, de M. Blanche, sur l'unique mémoire adressé pour le prix Civrieux.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. VERNEUIL.

Quelques données sur la hernie crurale étranglée.

J'ai à vous parler aujourd'hui d'un cas de hernie crurale étranglée, amené à cet hôpital, et très judicieusement traité par mon chef de clinique, M. Guinard.

Il s'agit d'une vieille femme de soixante-quinze ans, misérable, amaigrie, ayant, depuis quinze ans environ, une hernie crurale droite, pour laquelle elle a, pendant les premiers temps, porté régulièrement un bandage, puis, peu à peu, elle a négligé de le mettre d'une façon suivie, le gardant en mauvais état, à cause du prix qu'eût coûté l'achat d'un neuf. Bref, en ces derniers temps, il était si mauvais et si incorrectement mis, que son application était devenue plus dangereuse que sa non-application.

Les choses étaient en cet état quand, il y a dix jours, cette femme fut prise d'accidents de rétention complète des matières fécales. Depuis cette époque, elle n'a rendu ni selles ni gaz par l'anus. Je n'insiste pas autant sur l'absence des selles que sur celle d'émission de gaz, car parfois, tout en ayant une rétention véritable des matières, les malades peuvent avoir encore des selles, par évacuation du bout inférieur de l'intestin.

Donc, depuis dix jours, cette femme n'avait pas rendu de gaz par l'anus. Aussi était-elle en proie à des coliques, des vomissements, etc., en un mot elle présentait tous les signes de l'étranglement herniaire. Mais heureusement avant son arrivée à l'hôpital, elle n'avait été soumise à aucune tentative de taxis. Enfin, je dois ajouter qu'avant-hier, brusquement, tous les symptômes de l'étranglement avaient cessé. C'est dans ces conditions qu'elle entra dans mon service.

Cette cessation ne donna pas le change à mon chef de clinique, qui n'oublia pas que cette amélioration apparente constitue un phénomène grave indiquant quelque gangrène, quelque perforation de l'intestin.

Vous savez que les phénomènes de l'étranglement her-

niaire sont caractérisés par la cessation de l'émission des selles, accompagnée de douleurs abdominales vives, de vomissements, d'une angoisse plus ou moins grande, de dépression considérable des forces, enfin d'une hypothermie notable, tous symptômes qui ne cessent ordinairement qu'avec le retour des selles. Mais vous ne devez pas ignorer non plus, qu'il est des cas où, sans aucune évacuation, ces divers accidents s'arrêtent tout à coup, comme si l'étranglement avait cessé; c'est qu'alors il y a eu perforation de l'intestin. Il en est de ces cas, comme de ceux où, pour une obstruction de l'intestin, vous pratiquez l'entérotomie de Nélaton; malgré l'ouverture, que vous venez de faire à l'intestin, il ne sort rien ou une quantité absolument insignifiante de matières, et cependant les accidents cessent immédiatement.

Ceci me rappelle certaine malade à laquelle je fis, autrefois, la colotomie iliaque pour un engorgement stercoral — conséquence d'un cancer du rectum — avec ballonnement assez considérable du ventre. Après avoir fait l'anus artificiel, rien ne sortit; au contraire, son ballonnement, s'accentua davantage, et, cependant, les accidents disparurent. Cette femme mit deux mois à se débarrasser complètement des matières stercorales qui encombraient son intestin.

Mais revenons à notre malade.

Vu l'ancienneté de l'étranglement et la cessation de tous accidents, mon chef de clinique n'a fait aucune tentative de taxis, et il a eu parfaitement raison, car sa malade aurait pu, à la suite de ces tentatives, succomber dans l'espace de quelques heures. Il faut même, en pareils cas, lorsqu'on pratique la kélotomie, éviter d'exercer la moindre pression sur le sac, sous peine d'accidents. Ici, la kélotomie a été faite, l'on a trouvé une perforation large d'un centimètre environ et les parties voisines de l'intestin déjà très altérées.

Le plus souvent, dans les hernies étranglées, lorsque l'intestin est perforé, la perforation s'est faite au niveau du collet du sac, c'est-à-dire au niveau de l'agent constricteur. Cela est parfaitement vrai dans un grand nombre de cas, la section de l'intestin se fait alors de dedans en dehors; mais on rencontre aussi, dans quelques cas, la perforation sur la convexité de l'anse intestinale, perforation quelquefois multiple, en pomme d'arrosoir. Enfin, on a même vu, rarement à la vérité, la rupture de l'intestin se produire sur le bout supérieur, c'est-à-dire au-dessus de l'étranglement, dans la cavité abdominale.

Ce sont là des faits très importants à connaître.

On a dit que, dans la kélotomie, lorsque, malgré l'aspect à peu près sain de l'anse intestinale, on soupçonnait l'existence de quelque perforation, au niveau de l'étranglement, on devait attirer l'anse à soi, afin de faire l'anus contre nature, au cas où cette perforation existerait réellement. Or, cette traction est des plus dangereuses, elle peut à elle seule déterminer une déchirure qui n'existe pas encore.

Je me souviens, qu'en 1855 ou 1856, faisant pour la première fois, comme agrégé, un remplacement à l'Hôtel-Dieu, je dus opérer, devant une nombreuse assistance, une hernie crurale étranglée. Après un débridement très correct, j'attirais à moi très doucement l'anse intestinale, lorsqu'un jet de matières fécales se produisit soudain. J'essayai de boucher la plaie, mais je ne pus empêcher un demi-litre de matières intestinales de pénétrer dans le péritoine et d'y déterminer une inflammation rapidement mortelle. L'assistance fut convaincue que j'avais ouvert l'intestin avec la pointe de mon bistouri. Il n'en avait rien été; les essais de traction avaient seuls amené la rupture intestinale.

Depuis lors, si l'intestin me paraît sain, je fais un débridement assez large pour le réduire; si la muqueuse seule est sectionnée par l'étranglement, je fais rentrer encore l'intestin dans la cavité abdominale; car il est bien rare que, dans ces conditions, la perforation se produise ; si, au contraire, l'étranglement étant un peu ancien, je crains quelque perforation, en raison de la durée des accidents du début de l'étranglement, je me borne au débridement en ayant soin de laisser l'intestin tranquille, sans y toucher. Je vous citerai, à ce propos, la thèse de M. Girard (thèse qui n'a pas été suffisamment remarquée), sur le débridement et l'abandon de l'intestin dans le sac, sans réduction. Que peut-il résulter de cette pratique? Ou l'intestin est sain, et au bout de trois, quatre, cinq ou six jours, il rentre de lui-même; ou bien il est malade, il contracte alors des adhérences à l'intérieur de l'abdomen et s'ouvre à l'extérieur, vous avez alors un anus contre nature spontané. Enfin, dans le cas où l'intestin est tout à fait malade, vous faites un petit débridement, et sans grandes manipulations, sous peine d'accidents graves, vous établissez l'anus artificiel.

Au siècle dernier, on laissait l'étranglement aller comme bon lui semblait si le malade ne succombait pas, une tumeur stercorale se formait, la peau rougissait et on l'incisait. Ces anus contre nature, en quelque sorte spontanés, peuvent parfaitement guérir. On a vu maintes fois, au contraire, des opérateurs habiles ouvrir le sac, trouver l'intestin en mauvais état, l'attirer au dehors, rompre les adhérences qui avaient pu se former, suturer et faire un anus superbe; mais l'opération était suivie de mort le soir ou le lendemain.

On a cru, pendant longtemps, que ces accidents étaient dus à l'influence de l'air, ils sont en réalité le fait même du chirurgien qui inocule le péritoine. Velpeau disait autrefois, que le liquide du sac herniaire était si irritant, qu'il excoriait les mains du chirurgien. M. Nepveu et moi, nous avons constaté, il y a plus de vingt ans, cet état putride, infectieux du contenu du sac, aussi avais-je toujours grand soin de recommander qu'on fît une toilette soignée du sac avant de débrider et d'ouvrir la cavité péritonéale. A cette époque (1865), nous n'avions pas encore entre les mains les méthodes antiseptiques.

En résumé, si l'intestin est malade, si vous craignez la perforation, ou si elle existe déjà, il suffit de mettre à nu l'intestin en le fixant avec soin, pour éviter qu'il rentre dans la cavité abdominale, et on attend les événements, en se gardant bien surtout d'administrer des purgatifs, dangereux en pareil cas. Vous fortifiez et stimulez vos malades, par les toniques les meilleurs, et vous veillez avec soin aux complications qui peuvent survenir, telles surtout que la congestion pulmonaire si fréquente en pareil cas, et si meurtrière aussi.

HOPITAL DU MIDI. — M. du Castel.

Du traitement antiseptique de la blennorrhagie aiguë.

Les recherches modernes, en s'accumulant pour démontrer que l'immense majorité des blennorrhagies appartient à la classe des maladies parasitaires, qu'elle trouve son ori-

gine dans l'implantation, sur la muqueuse uréthrale, d'un microbe particulier, le gonococcus, ont imprimé à la thérapeutique une direction nouvelle. Au lieu de combattre l'inflammation, on s'est attaché à combattre le parasite, par suite à recourir aux antiseptiques.

Depuis quelques années, le nombre des antiseptiques, ainsi recommandés dans le traitement de la blennorrhagie, augmente chaque jour : teinture d'iode, acide borique, chloral, permanganate de potasse, acide phénique, iodoforme, irrigations d'eau chaude, acide salicylique, salicylate, sulfate de quinine, acide citrique, sublimé, etc., etc. Mais de tous, celui qui a eu et qui a encore le plus de vogue, c'est le sublimé en injections.

Ce médicament a été employé, dès le siècle dernier, contre la blennorrhagie, alors qu'on la considérait comme de nature syphilitique et qu'on la croyait dès lors justiciable du traitement mercuriel. Hunter et Swediaur en recommandaient l'usage. Les injections de bichlorure tombées en désuétude, surtout alors que la dualité des virus blennorrhagique et syphilitique fut définitivement établie, furent, après la découverte du gonococcus par Neisser, expérimentées de nouveau en Allemagne, où on leur reconnut le pouvoir d'empêcher, à un haut degré, le développement du parasite. En France, si les résultats furent également des plus encourageants, du moins pour certains médecins, cependant j'avoue que, pour ma part, bien souvent les injections de sublimé ne m'ont pas donné de succès aussi brillants que ceux qui ont été rapportés. Habituellement, après avoir amené une diminution rapide de l'abondance de l'écoulement et une modification marquée de sa nature, elles m'ont paru avoir épuisé tout leur effet utile et être incapables de conduire le malade à une guérison complète. La persistance d'un léger degré d'inflammation, après une amélioration notable de l'écoulement, est plus d'une fois la conséquence des propriétés irritantes très accusées de l'antiseptique. Aussi l'objectif de nos recherches doit-il être de trouver un médicament qui, tout en ayant des propriétés antiseptiques accusées, soit le moins possible irritant.

Or, le médicament qui m'a paru, jusqu'à ce jour, remplir le plus complètement ces conditions, c'est la résorcine, et c'est pour cette raison que, dans mon service, je lui donne la préférence sur tous les antiseptiques connus.

Munnich (d'Amsterdam) est le premier qui l'ait utilisée dans le traitement de la blennorrhagie; Letzel déclare, dans le *Centralblatt* (année 1885), avoir aussi obtenu d'excellents résultats dans nombre d'écoulements aigus ou chroniques, et c'est après la lecture de son travail que j'ai commencé, avec mon interne, M. Crivelli, à expérimenter la valeur de la résorcine dans le traitement de la blennorrhagie. Ce que j'en vais dire est donc basé sur trois années d'études à son sujet.

La résorcine me paraît le plus inoffensif, le mieux toléré de tous les antiseptiques recommandés jusqu'à ce jour. Son action bienfaisante est, chez nombre de malades, des plus manifestes dans la blennorrhagie aiguë; elle varie beaucoup comme rapidité et comme intensité avec la période de la maladie à laquelle vous commencez le traitement.

Si vous avez affaire à un malade qui ait déjà suivi, pendant quinze jours ou trois semaines, les prescriptions du traitement dit antiphlogistique, qui ait usé, pendant ce temps, des bains et des boissons délayantes, les résultats seront souvent frappants, quand même le mal ne serait pas encore arrivé à cette période décroissante où l'écoulement est déjà devenu moins abondant et moins vert, où les phénomènes congestifs et les douleurs sont déjà atténués. Alors, à la suite des injections, les douleurs diminuent très vite, l'écoulement devient rare, muqueux, visqueux et peut même disparaître définitivement en quelques jours sous la seule influence des injections de résorcine; enfin la guérison est sensiblement accélérée.

Si le malade soumis au traitement n'en est qu'au deuxième ou au troisième jour de sa blennorrhagie, c'est-à-dire tout à fait au commencement de la période franchement aiguë, les résultats heureux seront habituellement aussi fort sensibles, de sorte qu'au bout de dix à quinze jours, les phénomènes inflammatoires soient suffisamment amendés pour que le traitement antiphlogistique puisse être institué avec de grandes chances de succès.

Par contre, si le traitement antiseptique commence seulement vers le huitième ou le dixième jour de la maladie, les résultats sont, en général, bien moins favorables et l'efficacité du médicament paraît beaucoup diminuée.

Il semble donc que la résorcine n'agisse activement sur le gonococcus, que lorsque celui-ci commence à se développer ou quand, ayant parcouru les phases principales de son existence, il approche de son déclin. C'est ainsi qu'un certain nombre de malades vous reviendront guéris complètement après quelques jours de traitement. A ceux-là, vous pourrez conseiller de continuer plusieurs jours encore les injections et, par ce seul traitement, la guérison sera définitive.

Mais, le plus souvent, les blennorrhagiques seront seulement améliorés, mais non guéris; toujours, ou bien peu s'en faut, vous constaterez une certaine diminution de l'écoulement, dont la nature et l'abondance varieront selon les malades. Chez celui-ci, il y aura encore production de pus et rougeur de la muqueuse; chez celui-là, l'écoulement sera rare et muqueux, visqueux, d'apparence gommeuse; chez un autre, il restera à peine un peu d'humidité du canal. Or, dans chacun de ces cas, la conduite du médecin devra varier : au premier malade, vous conseillerez la continuation des injections et rien autre jusqu'au jour où il sera entré dans la seconde ou la troisième catégorie ; chez le dernier malade, vous associerez les balsamiques aux injections et souvent, en peu de jours, la guérison sera complétée. Quant aux malades dont l'écoulement est devenu muqueux tout en restant abondant, vous vous guiderez sur l'état de la muqueuse uréthrale : si celle-ci est encore rouge, tuméfiée, manifestement enflammée, restez-en, comme pour celui qui suppure, aux seules injections; si, au contraire, les phénomènes objectifs d'inflammation de la muqueuse sont tombés, commencez l'emploi des balsamiques. Enfin si, cependant, en pareils cas, vous êtes parfois embarrassés, sachez attendre et différez l'emploi de la médication interne ; car beaucoup mieux vaut prolonger pendant quelques jours de trop la médication par la résorcine seule, que recourir trop tôt aux balsamiques.

De tout ce qui précède, il résulte donc que je suis partisan de la médication antiseptique dans le traitement de la blennorrhagie. Et, c'est après avoir essayé la plupart des agents antiseptiques successivement prônés, que je donne, pour le moment, la préférence à la résorcine, par cette raison, qu'en étant tout aussi antiseptique que les autres médicaments recommandés contre la blennorrhagie, elle est beaucoup moins irritante, qualité fondamentale pour moi.

J'aurais pu vous parler encore des tentatives que j'ai faites avec l'acide fluorhydrique à 1 p. 1 000, p. 2 000; avec le naphtol également. Mais l'un et l'autre ne m'ont donné, jusqu'à présent, aucun résultat encourageant.

S'il me fallait maintenant résumer en quelques mots mon opinion actuelle sur la valeur de l'antisepsie dans le traitement de la blennorrhagie, voici les conclusions auxquelles j'arriverais :

1° Toujours l'antisepsie a pour résultat de maintenir l'urèthre en cet état d'asepsie que la médecine moderne cherche à obtenir dans toute cavité qui suppure, comme une condition favorable à la guérison de la suppuration ;

2° Dans un certain nombre de cas, le traitement antiseptique amène une guérison remarquablement rapide ;

3° Il est exceptionnel que l'antisepsie bien faite n'amène pas une chute plus prompte des accidents inflammatoires, une durée plus courte de la période aiguë ;

4° Elle avance généralement le moment où les balsamiques peuvent être employés avec succès et abrège, par conséquent, la durée totale de la maladie ;

5° L'antisepsie, faite de bonne heure, diminue les chances de propagation de la blennorrhagie dans l'urèthre postérieur et rend plus rares les complications vésicales, prostatiques et testiculaires.

Voici aussi comment, en terminant, je crois pouvoir aujourd'hui formuler le traitement de la blennorrhagie aiguë :

a. Dans quelques cas exceptionnels, tenter l'avortement de la blennorrhagie à ses débuts, en pratiquant l'injection abortive au nitrate d'argent;

b. Pendant la période aiguë, assurer la propreté du canal et modérer l'intensité de l'inflammation en pratiquant des injections antiseptiques avec un antiseptique non irritant : la résorcine est le médicament qui me paraît réunir le plus complètement ces deux qualités ;

c. Quand les phénomènes aigus d'inflammation se seront apaisés, recourir à la médication balsamique employée seule ou associée aux injections ;

d. Mais quelle que soit la médication adoptée, savoir, dans le traitement de la blennorrhagie, ne pas s'entêter, mais revenir en arrière et reprendre la médication antiphlogistique, laisser couler la blennorrhagie dans les cas où la médication interne est inefficace ou les injections mal tolérées.

UROLOGIE CLINIQUE DE LA VARIOLE

Par M. le docteur Albert ROBIN.

L'urologie clinique de la variole ne comporte, en quelque sorte, pas d'historique, car jamais cette question n'a été traitée d'une manière systématique.

Gubler avait signalé depuis longtemps que l'urée est très notablement augmentée au début de la variole. Cette augmentation, en effet, est souvent assez considérable pour que le nitrate d'urée dépose spontanément, quand on additionne l'urine d'acide nitrique. Cette particularité même peut être utilisée dans le diagnostic de quelques cas douteux, puisque l'urine de la fièvre typhoïde, de la rougeole, de la scarlatine, ne renferme jamais assez d'urée pour que le nitrate précipite ainsi par une simple addition d'acide nitrique.

Pour ma part, j'ai constaté que l'urée de vingt-quatre heures se maintenait, dans la plupart des cas, chez l'adulte, et dans la période de la variole, entre 28 et 38 grammes; plusieurs fois même, ce dernier chiffre a été dépassé. Quand la variole survient pendant la convalescence d'une maladie aiguë, son début est également marqué par l'azoturie. On a émis, cependant, quelques doutes sur la constance et la valeur de ce symptôme. Mes recherches m'ont fait voir que l'azoturie varioleuse est beaucoup plus constante qu'on ne le croit. Il est vrai que, souvent, elle n'est pas durable et n'existe que pendant les premiers jours de la maladie ; alors, pour la reconnaître, il faut examiner l'urine dès le début.

Cependant, dans quelques cas, l'azoturie peut manquer, et il arrive que dans certains autres états fébriles l'urée augmente assez pour qu'on constate la précipitation directe du nitrate d'urée. Gubler en a cité quelques exemples et on voit également quelquefois ce phénomène, dans certains cas d'embarras gastrique, de pneumonie, de bronchite intense, d'érysipèle de la face; il coïncide alors avec des symptômes de courbature.

Comme conclusion je dirai, que l'azoturie dans la variole, étant très fréquente à une période où le diagnostic de celle-ci est parfois difficile, peut rendre des services, mais qu'il serait faux de lui attribuer une valeur exagérée.

Il importe, en outre, d'établir sous le rapport de l'azoturie une différence entre les varioles ordinaires et les varioles graves; dans ces derniers cas, autant que je puis conclure des quelques observations que j'ai recueillies, l'augmentation d'urée est moins marquée que dans la variole ordinaire, elle existe cependant. On serait donc en droit d'appliquer à la variole la formule que j'ai préconisée pour la fièvre typhoïde : à savoir que le chiffre de l'urée est d'autant plus élevé que la maladie affecte une forme plus franchement inflammatoire. Cette donnée peut être utilement rapprochée des faits découverts par M. Brouardel dans ses analyses des gaz du sang chez les varioleux, c'est-à-dire que dans les varioles hémorrhagiques l'oxygène des gaz du sang a notablement diminué.

La quantité de l'urine à la même période diminue notablement, tandis qu'en rapport avec l'azoturie, sa densité augmente.

Pendant la période d'état, j'ai pu mieux apprécier les modifications de l'urine, la quantité et la densité éprouvant alors peu de variations et l'urée tendant à rester stationnaire dans les chiffres de 28 à 35 grammes. Plus tard, elle subit encore une poussée qui l'élève de 3 à 4 grammes au début de la suppuration, si bien qu'il n'est pas rare de constater de 33 à 40 grammes d'urée ; puis brusquement elle s'abaisse et tombe à 15 ou 20 grammes en même temps que la température revient à la normale et que la convalescence s'établit.

Les chlorures, diminués pendant la période d'invasion (1 gramme), remontent à 2 grammes, 2gr,50 pendant la suppuration pour s'élever d'un seul coup à 8, 10, 15 grammes le jour où l'urée subit la diminution dont il vient d'être question.

L'acide phosphorique, augmenté pendant la période d'invasion, chez l'enfant comme chez l'adulte, augmente encore pendant la suppuration, mais, au moment de la chute thermique il subit un abaissement considérable. Il ne reprend son taux normal que lorsque le malade commence à s'alimenter.

D'après Maragliano, les chlorures et le phosphate de magnésie peuvent disparaître totalement dans les cas graves, ce qui serait du plus fâcheux pronostic.

D'après les auteurs, les sulfates sont légèrement augmentés pendant l'évolution de la variole.

Becquerel avait constaté déjà que l'acide urique était augmenté dans la variole. Je l'ai également trouvé augmenté dans les premières périodes de la maladie (1 gr. 50 quelquefois en 24 heures). Il diminue peu à peu à partir de la suppuration pour devenir normal pendant la convalescence. Mais parfois, loin de diminuer pendant la dessiccation des pustules, il subit, à ce moment, une poussée qui a la valeur d'un phénomène critique.

Frerichs a signalé la présence de l'acide valérianique dans l'urine des varioleux. Emminghaus dit y avoir trouvé des acides gras. Hoppe y a signalé la présence de la leucine et de la tyrosine.

Les matières extractives, en particulier celles qui sont liquides

et incristallisables, sont considérablement augmentées. Dans la variole hémorrhagique elles forment la majeure partie des matériaux organiques de l'urine. M. Pouchet en a extrait une ptomaïne liquide qu'il regarde comme une base hydropyridique d'une extrême toxicité.

De toutes ces assertions je n'ai vérifié que celles relatives aux matières grasses et aux matières extractives envisagées en bloc. Souvent j'ai rencontré les premières sous forme de fines gouttelettes graisseuses. Quant aux matières extractives elles m'ont paru augmentées dans les cas de variole grave. L'indican est également augmenté dans ces formes graves.

Les sédiments apparaissent au début sous forme de flocons plus ou moins volumineux qui se déposent assez lentement au-dessus d'une mince couche pulvérulente plus lourde et d'apparence parfois cristalloïde. Au microscope, on trouve la couche inférieure formée de cristaux d'acide urique et d'urate de soude pulvérulent, tandis que la couche floconneuse est constituée par des débris cellulaires fortement pigmentés, par des globules blancs et par des filaments muqueux. Dans d'autres cas la couche inférieure ne renferme que de gros nodules, arrondis, de couleur brunâtre, isolés ou agminés en masse et qui m'ont paru être de l'urate d'ammoniaque.

Sur dix cas, six fois il existait des sédiments et quatre fois ils étaient constitués comme il vient d'être dit. Dans le cinquième cas, l'urine contenait un dépôt de phosphate ammoniaco-magnésien. Dans le sixième cas le dépôt était formé de cylindres hyalins, épithéliaux et granulo-graisseux surtout, associés à des leucocytes, à des débris cellulaires et à un peu de pigment noir. Il s'agissait là d'une néphrite qui était apparue quelques jours avant l'éruption variolique; le rein avait été le premier organe atteint par la maladie.

Ceci me conduit à parler de l'albuminurie variolique. Comme l'avait dit Gubler, l'albuminurie est beaucoup plus rare dans la variole que dans la fièvre typhoïde, où elle constitue un élément constant de la maladie. Mes recherches m'ont conduit à établir quatre variétés d'albuminurie dans la variole.

1° L'albuminurie prévariolique, grave quand elle est abondante;

2° L'albuminurie transitoire et peu marquée, qui apparaît au début de l'éruption et de la suppuration;

3° L'albuminurie abondante qui survient à une époque quelconque de la période aiguë. Elle est en rapport avec une intensité plus grande de la maladie, une forme maligne, une complication;

4° L'albuminurie de la convalescence, qui doit être divisée en deux variétés. La première accompagne ou précède les retours fébriles de la convalescence dus à une complication tardive (abcès, parotidite, etc.). Elle est transitoire et sans pronostic sérieux. La seconde est analogue à l'albuminurie scarlatineuse et relève, comme celle-ci, d'une néphrite particulière, dite néphrite variolique dont les caractères anatomo-pathologiques ont été décrits par M. J. Renaut (de Lyon), dans une note dont voici le résumé :

La néphrite congestive aiguë de la convalescence de la variole, dit-il, a son type individuel; cliniquement elle se rapproche de la néphrite de la scarlatine, mais elle a des caractères anatomo-pathologiques bien déterminés qui permettent de la reconnaître.

Elle est congestive et hémorrhagique à la fois; ses lésions ne sont pas d'emblée diffuses, comme paraissent le croire MM. Cornil et Brault; elles apparaissent dans la substance corticale des reins, par îlots d'abord distincts; ce sont des points d'œdème congestif, d'abord disséminés, qui peuvent se rejoindre et constituer un œdème aigu généralisé. Si cet œdème est passager, la restitution *ad integrum* peut suivre; s'il subsiste, il détermine une néoformation du tissu connectif dans les limites de l'infiltration œdémateuse. On a alors affaire à une néphrite interstitielle vraie et fixe qui subit ensuite son évolution fatale.

La néphrite variolique se rencontre chez 2,5 p. 100 des varioleux. M. Bourru la croit plus fréquente après la variole discrète, légitime et régulière. D'autres auteurs (Couillault) admettent qu'elle complique presque exclusivement la convalescence des varioles graves ou tout au moins des varioles confluentes ou très cohérentes.

L'examen des observations de néphrite variolique secondaire conduit à conclure que deux facteurs principaux y prédisposent : l'intensité de la maladie et le mauvais état général des malades. Gummel fait intervenir l'influence de la non-vaccination.

L'albuminurie de la variole évolue comme celle de la scarlatine, elle présente la même gravité et se termine généralement par la mort, causée par l'urémie ou par des complications cardiaques ou pulmonaires.

Cette manière originale d'envisager les manifestations rénales de la variole s'accorde en tous points avec la classification clinique que je proposais tout à l'heure, et l'on comprend comment elle permet d'envisager les modalités variables des albuminuries varioliques, car le symptôme se superpose aux lésions avec une incontestable évidence.

A l'apparition de rares points disséminés de cet œdème aigu congestif, véritable mouvement fluxionnel d'essence superficielle, fugace, répondent les albuminuries transitoires et peu abondantes au début de l'éruption, de la suppuration, des complications tardives et des retours fébriles de la convalescence. Les albuminuries sont peu abondantes, puisque les points d'œdème sont rares et peu étendus; elles sont transitoires comme la fluxion dont elles constituent la seule expression clinique.

Elles traduisent les lésions anatomiques du premier stade de la néphrite variolique, auquel on pourrait donner le nom de stade des points congestifs disséminés et capables encore de prompte résolution.

Que les lésions soient moins superficielles, les îlots d'œdème congestifs plus nombreux et plus étendus, en un mot, que ces lésions atteignent le deuxième stade de M. J. Renaut, l'expression clinique se transforme : c'est l'albuminurie abondante des formes malignes et graves, de certaines grandes complications; son pronostic devient très sérieux, puisqu'elle indique une lésion dont la résolution est plus difficile et qui a le grave inconvénient d'annuler une partie du rein, au moment même où l'organisme est encombré de poisons dont il ne peut se décharger que par la porte rénale. Enfin, au deuxième et au troisième stade, correspondent les vraies albuminuries permanentes de la convalescence.

Dans une vue synthétique l'on pourrait considérer toutes les albuminuries transitoires de la variole, quelle que soit leur abondance, comme des tentatives de néphrites, tentatives plus ou moins énergiques, mais qui n'ont pas abouti, tandis que l'albuminurie vraie de la convalescence témoigne de leur réalisation.

NOTES CHIRURGICALES

Du traitement des ulcères de jambe par le sulfate de cuivre, et par le zinc gélatiné. — Rien n'est désespérant comme le traitement des ulcères de jambe. Lorsque, après de longs mois de patience et de traitement ininterrompu, le chirurgien est arrivé péniblement à combler la perte de substance, lorsque le malade renaît à l'espoir, un rien suffit pour détruire, en un instant, l'édifice si lentement construit. Encore, dans ce cas, la guérison a été entrevue; mais bien souvent elle ne se manifeste à aucun moment, et chirurgien et malade assistent, en désespérés, à cette impuissance de la thérapeutique.

Aussi, bien des méthodes ont été proposées pour la cure de ces ulcères, toutes, ou presque toutes, condamnent le malade au repos, ce qui n'est pas sans présenter de graves inconvénients, lorsqu'on veut bien réfléchir que les porteurs d'ulcères rebelles sont le plus souvent des ouvriers indigents, plus ou moins chargés de famille.

Parmi les nombreuses méthodes de pansement, usitées en

pareil cas, il faut mentionner le pansement avec une solution de sulfate de cuivre. M. Quénu en a obtenu de fort bons résultats, que M. le docteur Blanc a enregistrés dans sa thèse. La solution employée doit être au centième, c'est-à-dire que pour un litre d'eau on ajoute 10 grammes de sulfate de cuivre.

Des compresses de vieux linge, ou mieux de tarlatane, sont imprégnées de la solution cuprique et fortement exprimées. On les applique alors sur l'ulcère, en recouvrant au loin toutes les parties environnantes. Un taffetas gommé protège le pansement et conserve toute son humidité. Une longue bande de toile ou de tarlatane maintient le tout exactement appliqué. Le séjour au lit est nécessaire.

Sous l'influence excitante du cuivre le fond de l'ulcère bourgeonne et l'épidermisation se montre rapidement. Il est indispensable de ne renouveler le pansement que tous les trois jours et d'éviter de toucher la surface de la plaie et même de la laver, car, sous prétexte de nettoyer l'ulcère, les lavages ont le grand inconvénient d'enlever les îlots d'épiderme en voie de formation.

A côté de ce traitement par le cuivre, nous devons en indiquer un autre qui se trouve décrit dans le *British Medical Journal*. Voici comment la *Revue médicale de l'Est* rend compte de ce nouveau mode de pansement.

Sur la jambe soigneusement nettoyée et rasée, on applique au pinceau une couche modérément épaisse de *zinc gélatiné* chaud, d'après la formule sous-indiquée, et cela jusqu'aux limites de l'ulcère, qu'on recouvre d'iodoforme en poudre ou de tout autre antiseptique pulvérulent, tels que le sous-nitrate de bismuth, l'acide borique ou la naphtaline; cette dernière est particulièrement utile, pour diminuer l'odeur de certains ulcères. On ajoute un petit tampon d'ouate pour couvrir la plaie, puis on fixe solidement le tout avec une bande de gaze en prenant soin que la pression s'exerce vers le centre de l'ulcère. On s'arrête quand la gélatine ne pénètre plus à travers les mailles de la gaze. Le pansement sèche bientôt et le patient peut être renvoyé sans autres précautions.

Le pansement est changé au bout de trois ou quatre jours; il peut, à la rigueur, rester en place une semaine. On l'enlève facilement avec des ciseaux à pointes mousses et, au besoin, avec un peu d'eau chaude; la gaze, imprégnée de gélatine, se détache comme la peau d'une orange. Si la sécrétion pénètre le bandage avant la fin de la semaine, on applique de l'iodoforme sur la surface infiltrée, que l'on recouvre d'un morceau de toile propre.

Voici la manière de préparer le *zinc gélatiné* :

Oxyde de zinc	} *àà* 5	parties en poids.
Gélatine		
Eau distillée	6	—
Glycérine pure . . .	8	—

La gélatine est d'abord dissoute dans l'eau, à une température modérée. Quand le tout est réduit en une masse uniforme, l'oxyde de zinc, finement pulvérisé et aggloméré avec de l'eau, est ajouté avec la quantité prescrite de glycérine; on mêle et, après évaporation de l'eau, on étend cette pâte sur du marbre. La préparation a la consistance de la glu, elle est blanche et dépourvue de viscosité. Pour en faire usage, on en place une quantité suffisante dans un petit pot maintenu dans l'eau bouillante, la consistance redevient sirupeuse. On peut au besoin ajouter un peu d'eau.

L'avantage principal de ce traitement est la possibilité de guérir le patient sans le mettre au lit et de lui permettre de travailler. Le traitement dure de trois à six semaines.

Nous n'en finirions pas, si nous voulions faire connaître tous les topiques employés contre l'ulcère variqueux. Les deux derniers que nous venons de signaler, en dehors de leur heureuse influence sur la cicatrisation, se recommandent par la simplicité de leur mode d'emploi.

A. RICARD.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 septembre 1888. — Présidence de M. HÉRARD.

CORRESPONDANCE

Elle comprend :

1° Une lettre de candidature de M. E. Verrier à la place de membre titulaire (section d'accouchements);

2° Une lettre de candidature de M. Peyraud (de Libourne), à la place de correspondant national (1re division);

LECTURES

Injections veineuses sur le cadavre. — M. LEJARS. La technique à suivre dans cette méthode est la suivante :

Deux masses seront préparées, la première à couleur soluble, la seconde à couleur pulvérulente et toutes deux seront injectées par l'artère principale, l'une après l'autre.

On emploie le suif et la cire dans les proportions ordinaires. Dans la masse fondue et chaude, on jette la racine d'orcanette; à l'instant la couleur rouge se diffuse. La quantité de racine doit varier avec l'intensité de teinte à obtenir. Le liquide est soigneusement passé dans un linge.

Quant à la seconde masse, elle est colorée avec nos matières pulvérulentes ordinaires, jaune de chrome, etc.

La pièce doit être chauffée longtemps, quatre ou cinq heures, entre une température de 40 à 50 degrés; l'injection se fait dans le bain.

Par l'artère on pousse d'abord la masse à l'orcanette. Quand la résistance au piston devient sensible, on injecte la seconde masse et cette fois il faut longtemps prolonger l'effort.

Ce qui se passe dans cette double manœuvre est aisé à comprendre.

La masse à couleur soluble franchit librement le réseau capillaire et pénètre jusqu'aux veines, dans le sens du courant sanguin; injectée par-dessus, la masse à couleur pulvérulente la pousse devant elle et la refoule tout entière dans le système veineux, en s'arrêtant elle-même à la barrière capillaire : tout le système veineux et tout le système artériel se trouvent donc remplis d'un seul coup et différemment colorés.

De plus le rouge d'orcanette se dissout dans la colophane et par suite la méthode précédente peut être appliquée aux injections dites à corrosion.

En injectant le système veineux par ses racines, cette méthode permettra donc l'étude complète de ses origines. Enfin, si la question des canaux dérivatifs, des voies de communication artério-veineuses, autres que les capillaires, reste problématique, c'est par cette méthode encore que l'on obtiendra sans doute une solution définitive. (Comm. MM. Sappey et Mathias-Duval.)

De la température dans les stations hivernales. — M. ONIMUS donne lecture d'un travail qu'il termine par les conclusions suivantes :

C'est au moment du lever du soleil que toujours le minimum thermique de la journée a lieu.

A partir du lever du soleil et surtout dans le climat de Monaco, la température s'élève aussitôt très rapidement, au point qu'une demi-heure après le lever du soleil, les malades peuvent sortir.

Au moment où le soleil se couche, il y a une baisse de la température, mais celle-ci est très faible, comparativement à l'impression du froid que nous éprouvons. Même avec une température supérieure au thermomètre, l'impression est très nettement plus froide que dans la matinée.

Lorsque le ciel est couvert ou lorsqu'il pleut, cette impression du froid n'existe pas. Elle existe, par contre, dans le milieu de la journée lorsqu'on passe à l'ombre.

Le moyen le plus pratique pour obvier aux inconvénients de ces refroidissements est de faire usage de vêtements qui mettent obstacle à la radiation.

Urologie clinique de la variole. — **M. ALBERT ROBIN** fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 1028.)

RAPPORTS

Traitement de la fièvre puerpérale par l'écouvillonnage de la cavité utérine. — **M. SIREDEY** fait un rapport sur une communication de M. Misrachi (de Salonique), dans laquelle l'auteur s'applique à démontrer que les injections intra-utérines sont insuffisantes dans le traitement de la septicémie puerpérale et qu'il faut leur préférer l'écouvillonnage et le curage de l'utérus.

M. GUÉNIOT pense que c'est pour les besoins de sa cause que M. Misrachi condamne d'une façon absolue les injections intra-utérines. Ainsi qu'il l'a dit dans la dernière séance, d'accord avec M. Charpentier, M. Guéniot maintient que les injections intra-utérines rendent de grands services dans bon nombre de cas, et que l'écouvillonnage et le grattage de l'utérus doivent être réservés aux cas les plus graves.

M. CHARPENTIER fait observer que M. Misrachi, dans ses communications, ne semble viser que le traitement de la septicémie consécutive à l'avortement et non de la septicémie après l'accouchement à terme.

M. SIREDEY répond que M. Misrachi n'ayant pas donné d'observation ne spécifie pas s'il s'agit d'avortement ou d'accouchement normal.

Prix Civrieux. — **M. BLANCHE** fait un rapport sur l'unique mémoire adressé pour le prix Civrieux.

A quatre heures trois quarts l'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 19 septembre 1888, a été nommé dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. le docteur Giberton, aide-médecin de la marine démissionnaire.

— Par décret, en date du 23 septembre 1888, ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

1er corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. le médecin aide-major de première classe Chotin; — M. le médecin aide-major de deuxième classe Turgard, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Lille.

2e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. le médecin aide-major de première classe Gorecki.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — M. le médecin aide-major de deuxième classe Brohon.

6e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. le médecin aide-major de deuxième classe Rueff, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Lespine, Rouanet, Maritan et Mangin.

18e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe.* — M. le médecin aide-major de deuxième classe Séné.

— Par décret, en date du 23 septembre 1888, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Gachon, Despréaux, Combemale, Ciarou, Level, Villemin, Cayet, Delebarre, Corriez, Besson, Willaume et Pailhas.

— Par application de l'article 37 de la loi du 13 mars 1875, M. le médecin-inspecteur Widal, directeur du service de santé du 19e corps d'armée et de la division d'Alger, est placé, à dater du 15 septembre 1888, dans la deuxième section (réserve) du cadre des médecins-inspecteurs.

— M. le docteur Paul Gibier, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, est chargé d'une mission en vue d'étudier la fièvre jaune aux États-Unis et particulièrement en Floride.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Jobert (d'Alger).

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 112. — SAMEDI 29 SEPTEMBRE 1888. 61e ANNÉE. SAMEDI 29 SEPTEMBRE 1888. — N° 112.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Du traitement des tumeurs du corps thyroïde.

Par M. le docteur E. OZENNE,
Ancien chef de clinique adjoint de la Faculté.

I

Il n'est pas besoin de remonter bien loin en arrière pour constater que l'étude des maladies du corps thyroïde était encore dans l'enfance il y a quelques années. Décrites incomplètement et d'une façon peu précise dans les traités de chirurgie, elles ne sont sorties de l'obscurité, dans laquelle elles étaient plongées, que dans la deuxième moitié de ce siècle. Cependant, malgré les travaux importants que l'on a publiés, principalement depuis une vingtaine d'années, il est certains points de leur histoire, qui appellent encore de nouvelles recherches.

Relativement à leur thérapeutique, il est juste de reconnaître que de réels progrès se sont réalisés. Il serait particulièrement intéressant de parcourir, pas à pas, les voies que l'on a suivies et de considérer en détail les évolutions qui se sont opérées dans les méthodes de traitement; mais considérée à ce point de vue, une pareille Revue comprendrait de trop longs développements. Aussi, laissant de côté tout ce qui a trait aux lésions traumatiques, à la congestion et à l'inflammation primitive du corps thyroïde, nous ne nous occuperons que du traitement applicable aux tumeurs de cette glande, en ayant soin de limiter cette étude à la description des moyens, couramment employés de nos jours.

Bien qu'il ne soit pas dans notre intention d'entrer dans les discussions qui se sont élevées à l'occasion des classifications de ces tumeurs, il nous paraît cependant nécessaire de fixer, autant que possible, ce que l'on doit entendre par ce terme, et d'adopter une division qui écarte toute confusion.

Parmi les nombreuses définitions des tumeurs, la plus simple et la moins incomplète est celle que nous trouvons dans le manuel d'histologie pathologique de MM. Cornil et Ranvier (1) : « On appelle tumeur, toute masse constituée par un tissu de nouvelle formation, ayant de la tendance à persister et à s'accroître. » On peut encore dire : Les tumeurs sont des néoplasmes organiques homologues ou hétérologues, susceptibles de persister, de s'accroître ou de disparaître.

Ainsi comprises les tumeurs du corps thyroïde peuvent être partagées en deux groupes : dans l'un se rangent toutes celles d'origine hypertrophique, qui composent la grande majorité des néoplasmes de cet organe; et dans l'autre les tumeurs malignes, dont le cancer est la variété la plus fréquente.

Les indications thérapeutiques n'étant pas les mêmes pour chacune d'elles, nous aurons à les considérer séparément, sans omettre le traitement que réclament leurs complications.

Les tumeurs d'origine hypertrophique, que l'on désigne généralement sous le nom de goîtres, présentent un certain nombre de variétés justiciables de traitements divers, que l'on peut ranger sous deux chefs principaux : les moyens médicaux et les moyens chirurgicaux.

Mais, avant d'aborder ces différents points, il est une première question qui demande à être résolue : tous les goîtres présentent-ils des indications thérapeutiques?

Parmi ces tumeurs, il n'est pas rare d'en rencontrer qui ne provoquent aucun symptôme, aucun accident : « Le goître, ainsi que l'a dit M. Duplay (2), ne détermine par sa présence aucun trouble appréciable dans les différentes fonctions; il ne se révèle par aucun symptôme subjectif; il ne modifie en rien la santé générale; la gêne causée par son gonflement est le seul inconvénient que les malades en ressentent, et il est si peu une infirmité que, dans certaines localités où il se présente à l'état endémique, à Saint-Jean-de-Maurienne, par exemple, il passait autrefois pour un agrément (Ferrus). »

En pareille circonstance, il est beaucoup de malades qui n'ont pas recours au médecin. Quelques-uns cependant réclament un traitement contre ces tumeurs, qui constituent une véritable difformité et sont disgracieuses. Avant de s'adresser à l'intervention chirurgicale, que Kocker a pratiquée pour cinq cas analogues, on doit essayer les méthodes de traitement qui n'exposent à aucun danger. C'est donc au

(1) Cornil et Ranvier. *Manuel d'histologie pathologique*, t. I, p. 106.
(2) Follin et Duplay. *Pathologie externe*, t. V, p. 185.

traitement médical, divisé en médication générale et médication locale, qu'il faut faire appel.

II

Traitement médical. — *Médication générale.* — Elle comprend des soins hygiéniques, véritables moyens prophylactiques, tels que l'interdiction des eaux de citerne, l'assainissement des habitations dans les pays où la maladie est endémique et surtout la suspension de tout travail, qui nécessite des efforts répétés. L'observation de ces préceptes a quelque influence d'arrêt sur le développement du goître; mais seuls ils sont la plupart du temps insuffisants; aussi doit-on leur associer l'usage d'agents thérapeutiques à l'intérieur et à l'extérieur.

L'*iode* est le seul médicament dont on fasse usage à l'intérieur, soit sous la forme d'iodure de potassium, à des doses variant entre 5 centigrammes et 6 grammes par jour, soit à l'état de teinture (1 à 10 gouttes et plus par jour). L'emploi devra en être continué pendant un temps fort long, à moins qu'il ne survienne des phénomènes trop accentués d'iodisme, ou des accidents réclamant une intervention.

Médication locale. — Parmi les topiques employés à l'extérieur, la plupart ne doivent être cités que pour mémoire, car, si à leur actif on peut inscrire quelques succès, ils ont trop souvent échoué pour qu'on continue à les recommander; c'est ainsi qu'il est inutile de compter sur les frictions mercurielles, l'emplâtre de Vigo, l'emplâtre de ciguë, etc. Un seul paraît être de quelque utilité, c'est la *teinture d'iode* en badigeonnages. Il sera prudent de ne pas en faire des applications trop rapprochées, dans la crainte de provoquer des phénomènes inflammatoires qui pourraient se propager à la tumeur.

Enfin, s'il est démontré que ce traitement médical reste inefficace, ce qui arrive le plus souvent dans les goîtres sporadiques, on est autorisé à tenter une opération ou du moins à poser la question de l'intervention.

III

Traitement chirurgical. — Sans vouloir insister sur les indications de cette intervention, il nous paraît bon cependant de rappeler qu'elles se tirent de sources différentes : Les unes proviennent de la tumeur elle-même, considérée au point de vue de son volume, de sa nature et de sa marche. Il est rare que le volume seul, en dehors de troubles fonctionnels, commande une intervention.

S'il n'y a pas d'augmentation bien sensible, on ne doit proposer aucune opération, à moins qu'on ne veuille faire disparaître la difformité qui en résulte; mais il ne faut pas oublier que, pour une opération de luxe, il est possible de voir éclater des accidents sérieux. Si, au contraire, le goître atteint de grandes dimensions et qu'il ait une tendance marquée à s'accroître de jour en jour, on a à craindre des accidents de compression, c'est alors qu'on peut tenter un traitement chirurgical, qui diffère suivant la variété du goître, et même se décider à en faire l'ablation, à l'instar de Mayor, Perassi et Kocher, sans trop redouter une large base d'implantation possible, bien que l'existence de pédicules rende l'opération beaucoup plus aisée.

D'autres indications opératoires nous sont fournies par les accidents provoqués sur les organes voisins : ce sont les troubles de compression portant sur les voies respiratoires et les voies digestives, ainsi que les troubles circulatoires et nerveux, qui restent isolés ou s'associent aux premiers. Enfin, nous signalerons encore les accidents inflammatoires qui peuvent s'emparer de la tumeur et en modifier plus ou moins la nature et l'évolution.

Les nombreux moyens chirurgicaux mis en usage sont dirigés, soit contre les accidents et les complications, soit contre la tumeur elle-même ; de là leur division en *opérations palliatives* et *opérations curatives*.

Opérations palliatives. — Le but de ces opérations est de remédier aux différents accidents de compression, qui atteignent les organes de voisinage et en particulier les voies aériennes ordinairement les plus compromises. Passant sous silence la section des muscles et des aponévroses, inspirée d'après une fausse interprétation pathogénique, nous n'avons qu'à mentionner le déplacement de la tumeur et la trachéotomie.

Le *déplacement de la tumeur* a été imaginé par Bonnet dans les cas de goîtres plongeants. Ayant remarqué que son soulèvement faisait disparaître les accidents de compression, il se proposa de rendre ce déplacement permanent. Après différentes modifications apportées dans le manuel opératoire, il se servait dans les derniers temps d'un instrument en forme de fourchette, dont les dents étaient fixées dans la tumeur et l'autre extrémité sur le thorax. Le goître pouvait ainsi être soulevé à volonté et contractait adhérence avec la peau, sur laquelle on pratiquait des cautérisations répétées : 9 malades traités de cette façon lui auraient donné 8 succès. Il y a quelques années, M. Terrillon en communiquait à la Société de chirurgie (1) un fait analogue avec même résultat favorable.

M. Ollier, au lieu de soulever la tumeur, la fixe à la peau par sa partie supérieure, au moyen d'adhérences consécutives à des cautérisations; il l'empêche ainsi de descendre et de plonger derrière le sternum.

La *trachéotomie :* il est assez souvent nécessaire de la pratiquer d'urgence; presque toujours elle est une opération fort laborieuse, soit à cause des déviations de la trachée, qui peuvent même la rendre impraticable, soit à cause d'hémorrhagies abondantes possibles et capables de déterminer rapidement la mort, ainsi que Michon en rapporte un exemple. D'autres difficultés se présentent encore : telles, l'introduction de la canule, ou son inutilité lorsque la compression porte sur la partie inférieure de la trachée.

L'ouverture de cette dernière, tentée au-dessous de la tumeur, n'est que rarement possible, et, au niveau de l'isthme, elle n'est réalisable que s'il est peu volumineux, ce qui est rare. Il vaut donc mieux l'attaquer au-dessus, soit au niveau du cricoïde, suivant le procédé de E. Bœckel (2) et de Kauffmann, soit dans l'espace inter-crico-thyroïdien, ainsi que l'a pratiqué avec succès Krishaber (3) dans deux cas difficiles. On aura soin de se munir de canules très longues, formées de parties articulées, ou flexibles dans leur portion trachéale. L'emploi du thermocautère, que M. Verneuil a le premier préconisé dans cette opération, rendra les plus grands services contre les hémorrhagies.

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1880, p. 566.
(2) E. Bœckel. Laryngo-trachéotomie, Société de chirurgie, 1868, t. V.
(3) Krishaber. *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 4e série, t. IX, p. 548.

D'après quelques auteurs, la trachéotomie pourrait, non seulement parer aux accidents d'asphyxie, mais encore procurer une entière guérison : Luening (1) a pu en recueillir sept observations.

Opérations curatives. — Les opérations qui s'appliquent à la tumeur agissent sur elle de diverses manières : les unes ont pour effet de déterminer une inflammation résolutive, dont les conséquences sont son atrophie ou sa disparition ; les autres en fournissent la destruction.

Selon que l'on a à traiter un goître kystique ou un goître parenchymateux, il y a un choix à faire parmi les procédés qu'il convient d'employer. Après les avoir passés en revue, nous montrerons les applications qu'ils sont susceptibles de recevoir d'après la variété de tumeurs.

IV

Goîtres kystiques. — Il est un certain nombre de procédés, que nous laisserions volontiers dans l'oubli, s'ils n'avaient encore quelques partisans. De ce nombre sont :

Le *séton*, auquel Velpeau a dû des succès, Hamburger (2) s'en fait encore le défenseur ; il lui devrait de nombreuses guérisons sans accidents notables ; d'autres, au contraire, ont eu comme complications l'infiltration purulente, la gangrène, la pyohémie, des hémorrhagies. On se mettrait à l'abri de ces accidents, d'après M. Daniel Mollière (3), en pratiquant ce qu'il appelle le *drainage capillaire* au moyen d'un faisceau de crins de cheval rendus antiseptiques. Cet espèce de séton aurait l'avantage d'empêcher l'air de pénétrer dans la poche.

Le *drainage* provoque la suppuration comme le séton ; moins dangereux que lui puisqu'il permet de pratiquer des injections détersives et désinfectantes, il ne donne pas cependant de garanties absolues et, malgré l'appui que M. Thévenot (4) lui a apporté, il est resté presque abandonné.

La *cautérisation* des parois kystiques a subi le même sort : quelles que soient les modifications qu'on ait fait subir au procédé de Bonnet, qu'on emploie la cautérisation superficielle ou la cautérisation profonde, on ne peut jamais affirmer qu'on n'aura pas de complications.

L'*incision*, jadis fréquemment usitée, a notablement perdu de la faveur qu'on lui avait accordée : les cas de kystes suppurés où elle s'impose étant mis à part, elle expose à de nombreux accidents, particulièrement à des hémorrhagies, qui proviennent soit des lèvres de la plaie kystique, soit de la surface interne de ses parois. On a cherché à y remédier en suturant les parois de la tumeur à la peau (Lucke) et en faisant l'opération en deux temps, suivant la méthode mixte (incision cutanée et cautérisation du kyste) préconisée par MM. Michel [de Nancy] (5), Ollier et Larghi ; on s'en est généralement assez bien trouvé.

De plus, avec les incisions, il faut encore tenir compte assez souvent de la longueur de la suppuration, de la persistance des fistules et des autres complications possibles, telles que la septicémie et le tétanos. Pour toutes ces raisons, elles sont donc tombées en désuétude, du moins en France ; car, en Allemagne, elles sont encore assez en vogue, puisqu'en 1872 Schinzinger (1) en publiait 100 observations qui n'auraient fourni que 3 morts, et Steiger (2) 22 cas, dont 2 seulement mortels.

Ces différents moyens opératoires, que nous venons d'énumérer, ont pour objet de déterminer dans les kystes une inflammation suppurative. Les suivants, auxquels on doit donner la préférence, toutes les fois qu'ils seront applicables, tendent à provoquer une inflammation adhésive ou du moins substitutive : ce sont les *ponctions simples* et les *injections irritantes*.

La *ponction* simple n'est ordinairement qu'un moyen palliatif ; dans quelques cas cependant elle a amené la guérison. Il faut avoir soin de la pratiquer avec les aiguilles les plus fines des appareils aspirateurs et, dans certains cas, de ne pas vider totalement la poche, ce qui peut donner lieu à des hémorrhagies. Il est rare qu'une seule ponction suffise pour obtenir la guérison, bien qu'on en ait cité plusieurs exemples [Gosselin, Poinsot, Lannelongue (de Bordeaux)] ; un pareil succès a même été obtenu dans un cas de kyste hématique [Ollier (3)] ; mais en général ces ponctions demandent à être répétées, et, quoique ce procédé paraisse inoffensif, il a parfois été cause de différents accidents, hémorrhagies intra-kystique et extérieures, suppuration, septicémie.

Les *injections irritantes* : on les associe le plus souvent à la ponction, et elles doivent être faites suivant la méthode généralement adoptée pour la cure des hydrocèles. Le liquide irritant, dont se servent avec succès la majorité des chirurgiens, est la solution de teinture d'iode au tiers ou au cinquième, dont la quantité injectée peut être de 10 à 20 grammes. A la suite de cette injection, qui ne doit séjourner dans la poche que cinq à dix minutes, des phénomènes inflammatoires se montrent pendant plusieurs jours et l'on assiste ensuite, soit à la guérison complète, qui peut se faire attendre quelques mois, soit à la récidive, soit parfois au développement d'accidents plus ou moins graves, suppuration, phlegmon, infection purulente, etc.

Dans l'application de ce traitement il est certaines règles que l'on doit observer suivant le volume, la nature et la constitution des kystes ; je ne puis ici que les signaler, de même que je ne ferai que mentionner le procédé de Stœrk, qui n'injecte que des doses minimes de teinture d'iode (1 à 2 grammes) ou encore l'emploi d'autres liquides irritants : alcool (Monod), chlorure de zinc (Th. Anger), perchlorure de fer (Morell Mackenzie). A l'actif des uns et des autres, des cures ont été enregistrées.

Une tumeur kystique étant donnée, il n'est pas indifférent d'appliquer à sa guérison tel ou tel moyen chirurgical. Quel que soit le choix auquel on s'est arrêté, on doit être bien pénétré que c'est une opération sérieuse que l'on va entreprendre : aussi est-il nécessaire de s'entourer de toutes les précautions indiquées en pareille circonstance, tant pendant l'opération que pendant la période des pansements.

Lorsqu'aucune indication pressante n'existe et qu'on a son entière liberté d'action, il est de règle de préférer les méthodes qui ne doivent pas provoquer de suppuration :

(1) Luening. *Corresp. Blatt für Schweizer Aerzte*, nº 21, novembre 1885.
(2) Hamburger. *Gazette hebdomadaire*, 1er novembre 1867.
(3) Daniel Mollière. Thèse de Boursier, 1880.
(4) Thévenot. Kystes du corps thyroïde, *Union médicale*, 18 novembre 1879.
(5) Michel. Thèse de Boursier, 1880.

(1) Schinzinger. *Centralb. für chirurg.*, 1879.
(2) Steiger. *Corresp. Blatt. f. Schweiger Aerte*, nº 2, janvier 1887.
(3) Ollier. Thèse de Boursier, 1880.

c'est donc aux ponctions simples répétées avec évacuation partielle, et, en cas d'insuccès, aux injections iodées qu'il faudra avoir recours ; ainsi doivent être traités les kystes superficiels, uniloculaires, à liquide séreux et à parois souples. Toutefois il est quelques chirurgiens qui sont partisans de l'ablation d'emblée, et ils la conseillent surtout pour les kystes sanguins (Trélat, Tillaux) (1) et pour les kystes à poches multiples. Ce serait l'intervention la moins capable de faire courir des dangers.

Si l'on a affaire à une poche uniloculaire située profondément, à parois fortes et à contenu épais, les ponctions et les injections ne présentent aucun avantage ; elles peuvent même être dangereuses ; il faut largement ouvrir la poche en suivant les règles que nous avons précédemment rappelées, l'incision, en pareille occurrence, étant de beaucoup préférable aux autres méthodes modificatrices.

V

Goîtres parenchymateux. — On a préconisé pour cette variété de goîtres quelques opérations, dans le détail desquelles il nous paraît inutile d'entrer; elles sont aujourd'hui tombées dans l'oubli. Nous laisserons donc de côté le séton, les cautérisations superficielles et profondes, le broiement sous-cutané [Gaillet (de Reims)], l'électricité et la ligature des artères thyroïdiennes. Ce sont là tous moyens reconnus inutiles, inefficaces ou dangereux. Deux méthodes seules restent actuellement en présence. Les *injections interstitielles* et la *thyroïdectomie*.

Les *injections interstitielles* constituent un des modes de traitement les plus efficaces. Employées surtout depuis une vingtaine d'années, elles méritent à juste titre la faveur dont elles jouissent. Les liquides injectés ont souvent varié. C'est ainsi qu'on s'est servi du perchlorure de fer, du chlorure de zinc, du chlorure de potassium et de sodium, de l'alcool, de l'ergotine, de l'iodoforme, de la liqueur de Fowler (Grunmach) et de la teinture d'iode. Ce dernier liquide, que Velpeau et Bouchacourt essayèrent les premiers et que Luton (2) vulgarisa définitivement, est celui auquel les chirurgiens donnent la préférence. Dans une statistique due à M. Lévêque (3), on trouve 32 guérisons et 12 améliorations sur un total de 48 cas. De son côté Morell Mackenzie (4) en a fait un relevé de 73 observations qui lui ont fourni 59 guérisons et 9 améliorations. Chaque année nouvelle en apporte de nouveaux résultats aussi favorables, et, dans un travail paru en 1886, M. Duguet (5) en publie 34 cas comprenant 28 goîtres charnus et 6 goîtres kystiques. Les premiers lui ont donné 17 guérisons et 6 améliorations; les seconds 4 guérisons et une amélioration. On trouvera d'ailleurs de plus amples détails à ce sujet dans une excellente Revue de ce journal, faite par notre collègue M. Martha (6). Le manuel opératoire y est exposé avec beaucoup de précision et beaucoup de soin, et l'une des conclusions, que l'auteur émet, est la suivante. Si les goîtres sont récents, ils ont toutes chances pour être radicalement et rapidement guéris par les injections de teinture d'iode; s'ils sont anciens, ils sont sensiblement améliorés par ce traitement. Quelques-uns cependant sont réfractaires ou dégénérés et nécessitent l'extirpation.

(1) Trélat, Tillaux. Société de chirurgie, juillet 1888.
(2) Luton. *Archives de médecine*, 1867.
(3) Lévêque. Thèse de Paris.
(4) Morell Mackenzie. *Bristish Med. Journ.*, 16 mai 1874.
(5) Duguet. *Goitres et médications interstitielles*. Paris, 1886.
(6) Martha. *Gazette des hôpitaux*, 9 juillet 1887.

Thyroïdectomie. — Sans vouloir faire un historique de cette question, nous rappellerons qu'après les tentatives de Desault (1792), de Dupuytren, de Mayor, de Roux (1850) et de Harris en Amérique, cette opération tomba pour ainsi dire dans l'oubli pendant quelques années; puis de nouveaux essais furent tentés à l'étranger, et, grâce au perfectionnement que subit le manuel opératoire et à l'avènement de la méthode antiseptique, elle s'est de jour en jour vulgarisée, d'abord en Allemagne et en Amérique, puis en Angleterre, en Suisse et enfin en France.

Différents procédés ont été tour à tour mis en pratique pour la mettre à exécution; un seul est resté debout actuellement : c'est l'extirpation au bistouri. Pour la rendre moins périlleuse, on a proposé deux opérations préliminaires, la trachéotomie, et la ligature primitive des artères thyroïdiennes. La première, en général, n'est pas nécessaire, et la seconde souvent difficile à exécuter. Quoi que l'on ait décidé, le malade est préparé comme pour toute opération sérieuse et aucune précaution antiseptique n'ayant été omise, on procède à l'anesthésie générale, qui pourtant a été combattue par quelques chirurgiens (Julliard, les Reverdin, Poncet). Au moyen de l'une ou l'autre des incisions cutanées recommandées, on met à nu la tumeur et l'on en fait l'ablation soit totalement, soit partiellement, soit par énucléation.

Dans l'*extirpation totale*, le corps thyroïde tout entier et sa capsule sont enlevés. Après l'avoir entièrement isolé, avec des instruments mousses, des parties voisines, on recherche en haut et en bas les troncs vasculaires, correspondant aux vaisseaux thyroïdiens supérieurs et inférieurs. Une double ligature est posée sur chacun d'eux, ainsi que sur toute artère accessoire qui se présente, et leur section en est faite. L'hémostase bien obtenue, il ne reste plus qu'à isoler les deux lobes et séparer l'isthme de la trachée, à laquelle il est souvent fortement adhérent. Dans ces derniers temps de l'opération, différentes difficultés tenant à des dispositions particulières de la tumeur par rapport aux organes voisins, peuvent s'offrir et la compliquer : variables suivant chaque cas, elles ne peuvent être indiquées au préalable.

Au lieu d'une ablation complète, il est des cas qui ne réclament que l'extirpation d'un lobe ou d'une portion de lobe. Quelques chirurgiens font même cette *thyroïdectomie partielle* de propos délibéré alors que toute la glande est hypertrophiée. Julius Wolff (1) rapporte 9 observations de ce genre, qui ont été suivies de la diminution de volume du lobe conservé.

C'est encore une thyroïdectomie partielle, que Mikulicz (2) a pratiquée 8 fois en la dénommant résection; voici comment il faut procéder : on enlève les lobes de la glande, en laissant en place la portion qui est solidement fixée dans l'angle compris entre la trachée et l'œsophage, et qui recouvre le nerf récurrent et l'artère thyroïdienne inférieure. Cette portion, le hile de la glande, est traitée comme un pédicule de kyste ovarique. On la divise en plusieurs parties, qui sont prises avec des pinces hémostatiques et liées séparément. Les pinces repoussent la substance glan-

(1) J. Wolff. *Berlin. Klin. Woch.*, avril 1887.
(2) Mikulicz. *Centralb. f. chir.*, n° 51, 1885.

dulaire et il ne reste entre les nerfs que le tissu conjonctif avec les vaisseaux.

L'énucléation que Kocher a décrite sous le nom d'évidement est le procédé de choix de quelques opérateurs, parmi lesquels nous citerons MM. Julliard et Burckardt (1), qui sur 17 opérations aurait eu 17 succès. Elle consiste, une fois le goître mis à découvert, à inciser sa capsule, puis à rompre les adhérences qui l'unissent à la tumeur, en ayant soin de les couper entre deux ligatures. Le goître est enlevé, la capsule reste entière, et l'on n'est pas ainsi exposé à blesser les nerfs récurrents. Il est vrai que l'on a accusé ce procédé de donner lieu à des hémorrhagies abondantes.

Lorsque la tumeur est enlevée, quelle que soit la méthode opératoire suivie, la plaie est lavée, drainée, suturée et l'on applique un pansement antiseptique compressif.

VI

ACCIDENTS OPÉRATOIRES : SUITES ÉLOIGNÉES DE LA THYROÏDECTOMIE. — Si, après quelques thyroïdectomies, il n'y a aucune suite opératoire fâcheuse, trop souvent on a l'occasion de voir survenir des accidents, les uns rapidement, les autres tardivement. Parmi les premiers nous citerons :

Les *hémorrhagies*, que l'on arrête soit par le thermocautère, soit par le tamponnement, si la ligature ou la forcipressure sont impossibles à appliquer.

Les *accès de suffocation* qui se produisent lorsque la tumeur est soulevée et que la trachée, mise à nu, n'est plus soutenue ; c'est alors que l'on est parfois forcé de recourir à la trachéotomie. Pour remédier à l'aplatissement de la trachée, qui peut en être la cause, Kocher conseille de la redresser au moyen d'un fil de catgut tendu et fixé en avant.

L'*entrée de l'air dans les veines* a été plusieurs fois observée, et, dans un cas, Wœlfler a vu la mort immédiate.

Les *lésions de l'œsophage* n'ont été que rarement notées. Dans quatre opérations, faites pour cancer de la thyroïde (Braun), elles ont donné lieu à une infection mortelle.

La *dysphagie*, presque constante après l'opération, ne persiste ordinairement que quelques jours ; il n'y a pas lieu d'en tenir compte.

Les *lésions nerveuses* sont d'une tout autre gravité. Sans omettre de rappeler que le pneumogastrique et l'anse de l'hypoglosse ont été sectionnés dans le cours de thyroïdectomies pour cancer, il est plus fréquent de constater les altérations des nerfs récurrents. Quelquefois ils ont été coupés ; mais, le plus souvent, il ne faut attribuer les troubles de la phonation qu'à leur irritation par les lavages de la plaie, ou aux tiraillements qu'ils ont subis, ou à leur dénudation. Albertoni et Tizzoni ont signalé, sans en donner d'explication, une dégénération des nerfs périphériques, même des régions éloignées de la thyroïde.

Quelques autres accidents peuvent encore apparaître à une époque plus éloignée de l'opération ; ce sont ceux de toutes les plaies en général ; inutile donc d'y insister puisqu'ils ne présentent rien de particulier à la région.

Mais il en est d'autres, fort curieux, qui ne semblent être qu'une conséquence de la suppression de la glande thyroïde. Les uns, précoces, sont des troubles psychiques variés et la tétanie ; les autres, tardifs, consistent en phénomènes cachectiques, que l'on a réunis sous la désignation de *cachexie strumiprive*. On en trouvera une étude complète et fort intéressante dans l'excellent article THYROÏDECTOMIE, que notre collègue, M. Auguste Broca (1), a publié dans le *Dictionnaire encyclopédique* de Dechambre. Qu'il veuille bien nous permettre de reproduire ici la conclusion thérapeutique qu'il en a tirée : « La thyroïdectomie totale, dit-il, n'est pas une opération physiologiquement permise. On ne la fera que contraint et forcé par des accidents, qui menaceraient immédiatement la vie ; on pourra y être obligé par certains goitres suffocants annulaires. Il faut, lorsqu'on veut opérer, en revenir à la thyroïdectomie partielle, aujourd'hui mieux réglée, grâce aux travaux de Burckardt, de Mikulicz. Cela a d'autant moins d'inconvénients qu'après cette opération le reste de la glande goitreuse subit souvent un retrait notable et laisse le malade en repos. »

VII

GOITRES EXOPHTHALMIQUES. — L'intervention chirurgicale dans les goitres exophthalmiques est de date récente. En 1874, Patrick Heron Watson (2) en publie 3 cas qu'il a traités par l'extirpation complète de la thyroïde. En 1877, M. Ollier (3) emploie la cautérisation avec succès chez une jeune fille, et, dans sa thèse de 1882, M. Bénard rapporte trois autres faits heureux de thyroïdectomie pratiqués par M. Tillaux. D'observations aussi peu nombreuses on ne peut tirer qu'une seule conclusion, c'est que la maladie de Graves ne constitue pas une contre-indication à l'intervention chirurgicale contre le goître.

VIII

CANCER DU CORPS THYROÏDE. — Avec la plupart des auteurs nous réunissons sous ce titre toutes les tumeurs malignes du corps thyroïde. D'un pronostic presque absolument fatal, elles déjouent toute tentative thérapeutique qui aurait l'espoir d'obtenir des résultats durables : aussi un grand nombre de chirurgiens (Holmes, Duplay, Lucke, Rose, etc.) se refusent-ils à pratiquer quelque intervention, sauf les cas où, par suite de phénomènes de compression, une opération d'urgence est nécessaire. D'autres, au nombre desquels se trouvent Wœlfler, Billroth, Kauffmann suivent une ligne de conduite différente et conseillent d'intervenir, à moins que l'on ait affaire à un cancer secondaire, ce qui est une contre-indication formelle.

Il est généralement admis que l'opération palliative, la trachéotomie, donne encore de plus mauvais résultats que l'extirpation. D'après Braun, les trachéotomisés succombent toujours rapidement. Le seul traitement à tenter, lorsqu'une opération est résolue, est la thyroïdectomie. Plus tôt elle aura lieu, plus on aura de chance d'éviter ou au moins de retarder la généralisation, et si l'on est assez heureux pour ne pas rencontrer trop d'adhérences avec les parties voisines, il y aura moins de complications à redouter. Toutefois, quelque favorables que puissent être les conditions qui président à l'opération, les récidives sont presque toujours fatales. C'est uniquement une question de temps.

(1) Burckardt. *Centralb. f. chir.*, n° 43, 1884.

(1) A. Broca. *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 3me série, t. XVII, p. 512.

(2) P. Heron Watson. *Edinburg Med. Journ.*, 7 septembre 1873.

(3) Ollier. Thèse de Boursier, 1880, p. 168.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DE L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE (1)

Par M. le docteur SECHEYRON

Professeur suppléant à l'École de médecine de Toulouse.

Les remarquables progrès apportés au manuel opératoire de l'hystérectomie vaginale ont démontré, d'une manière irréfutable, la possibilité d'une opération si radicale.

La mortalité s'atténue d'année en année ; les statistiques s'améliorent avec le nombre croissant des hystérectomies vaginales ; et, dès aujourd'hui, l'on prévoit que la gravité opératoire aura bientôt disparu dans une large limite.

Les statistiques les plus diverses réunies fournissent, dans leur ensemble, une proportion de 23 à 25 p. 100. Quelques opérateurs privilégiés tels que : Brenecke, Klotz, Léopold, Heilbrun, ont eu de longues séries à peu près blanches de mortalité. M. Péan a obtenu 16 succès opératoires sur 16 opérations (janvier à septembre 1888).

Ces résultats sont pleins d'encouragement, mais il importe de dresser, à côté de cette première statistique, celle des résultats opératoires.

Celle-ci est fort difficile à établir. Trop d'éléments manquent, le plus souvent, à chaque cas, pour qu'il puisse entrer, avec quelque valeur, dans le cadre de la statistique. Les observations sont le plus souvent incomplètes : les malades guéries ont été perdues de vue ou n'ont été examinées qu'une seule fois après l'opération et dans un temps écoulé variable, le plus souvent fort rapproché.

En outre, peu de chirurgiens ont donné des renseignements sur les résultats éloignés de leurs opérations.

Deux tableaux ont été dressés, l'un comprend la statistique des opérateurs français, l'autre celle des opérateurs étrangers : russes, allemands, anglais ou américains.

Voici le tableau parallèle présentant le résumé des deux statistiques.

		Français (105 cas)	Étrangers (394)
Mortalité opératoire		23,80 p. 100	15,47 p. 100
Mort par récidive		18 —	?
Constatation de récidive		23,75 —	1,80 —
Constatation de non-récidive (2)	Avant 6 mois	8,75 —	2,40 —
	Après 6 —	8,75 —	66,43 —
	— 12 —	15 —	33,91 —
	— 18 —	7,50 —	20,97 —
	— 24 —	5 —	18,18 —
	Au delà	3,75 —	10,48 —

Ce tableau est extrait de notre *Traité d'hystérotomie et d'hystérectomie vaginales*, en cours de publication.

Ces chiffres sont loin d'être à l'abri de toute critique. Il est à peu près matériellement impossible de pouvoir actuellement établir une statistique rigoureuse. Les malades n'ont été suivies qu'en trop petit nombre et d'une manière très incomplète : il faut faire exception cependant pour la plupart des opérateurs français. Aussi la statistique française mérite-t-elle plus de confiance que celle des étrangers, telle du moins que nous avons pu la recueillir.

Ces résultats obtenus justifient-ils l'hystérectomie vaginale ? Est-on en droit désormais de faire encourir à une malade les risques assez lourds qu'elle entraîne ?

Il est nécessaire d'établir une comparaison entre les résultats éloignés que l'on peut espérer de toute bonne intervention pour le cancer. En interrogeant les tableaux le plus soigneusement établis ; en tenant compte de la statistique des principaux opérateurs, on constate les chiffres les plus disparates dans les proportions de non-récidive après deux ans dans les cancers du sein : les proportions varient de 5,57 p. 100 (Bilroth) à 17 (Wolkman). Gazin a donné la proportion de 26 p. 100 de récidives dans l'extirpation du cancer du sein, sans engorgement ganglionnaire, et Bœckel a fourni celle de 77 p. 100 de récidive avant la première année.

Les éléments les plus divers : forme, étendue, ancienneté du cancer entrent en jeu et font si bien varier les résultats que, même dans les cas les plus simples, les plus faciles du cancer du sein, il n'est pas possible de fixer avec quelque assurance les résultats opératoires éloignés.

Il faut simplement retenir les chiffres, sans leur assigner une valeur absolue : il suffira seulement d'en dégager l'idée générale qui se déduit de toute statistique.

Si, malgré la possibilité des récidives, il est peu de chirurgiens qui n'enlèvent point un sein cancéreux, au début, et même avec un léger degré d'engorgement ganglionnaire, on peut également, à bon droit, et avec une autorité équivalente, prescrire l'hystérectomie vaginale.

Reste à apprécier si l'opération doit être partielle ou totale. Les statistiques ne tranchent encore que fort mal cette question. Si l'on voulait ajouter une foi aveugle à leur signification, souvent on trouverait l'hystérectomie partielle préférable : ses résultats, du moins, seraient aussi nombreux et aussi durables que ceux de l'hystérectomie totale.

Toutefois, pour se faire une juste appréciation, il convient de réfléchir que, dans la pratique de cette dernière et pour bon nombre de cas, l'hystérectomie est restée partielle, malgré l'opérateur ; que très souvent, surtout au début, l'étendue des lésions rendait nécessairement la récidive fatale.

Il est trop irrationnel de soutenir que dans le cancer une opération partielle, circonscrite, est préférable à une opération large, pour accepter les conclusions de la statistique en faveur de l'hystérectomie partielle.

Celle-ci expose à tous les dangers d'une grossesse ; à celui de laisser au fond de l'utérus des îlots d'épithéliomas ; et si, pour le théoricien, elle se place au-dessous de l'hystérectomie totale, dans la pratique elle n'échappe pas à son taux de mortalité et à son taux très élevé de récidive ; elle est donc, de tous points, inférieure à l'opération totale.

L'hystérectomie vaginale est donc acceptable, au double point de vue : 1° de la mortalité opératoire ; 2° des résultats éloignés ; ce dernier point cependant mérite d'être mis en réserve : il exige une étude beaucoup plus complète, impossible dans l'état actuel.

L'hystérectomie doit être totale et s'adresser à des cancers fort limités du corps ou du col, localisés en un point restreint. Ces cas, soigneusement triés, pourront faire juger plus tard de l'efficacité opératoire.

Toute autre opération d'hystérectomie, en dehors des cas choisis, aura les plus grandes chances de donner lieu à une opération partielle, incomplète : l'opération sera alors simplement palliative. Remarquons qu'un plus grand nombre d'hystérectomies, considérées, à tort, comme totales, n'ont été, selon nous, à l'insu des chirurgiens, que des opérations de cette nature, des opérations partielles, palliatives. Elles surchargent le tableau des récidives dans une large pro-

(1) Communication au Congrès des sciences médicales de Barcelone (12 septembre 1888).

(2) Les proportions sont établies d'après les succès opératoires.

portion et empêchent de juger, d'une manière expresse, les résultats éloignés de l'hystérectomie vaginale totale.

FORMULES

Traitement de l'acné vulgaire.

M. Isaak, à la Société de médecine de Berlin, recommande vivement, contre l'acné vulgaire, l'usage d'une pâte à la résorcine dont il donne, d'après le *Bulletin médical*, la formule suivante :

Résorcine	2,5 à 5 grammes.
Oxyde de zinc / Poudre d'amidon (*ad*)	5 —
Vaseline	10 —

Cette pâte doit être laissée jour et nuit sur les parties affectées, si la profession du malade le permet. Dans le cas contraire, on ne l'applique que pour la nuit et on l'enlève le matin, au moyen d'huile d'olive et d'ouate. Pendant le jour, les parties affectées sont recouvertes de poudre. Cette pâte ne produit aucune irritation et son effet thérapeutique se fait sentir très rapidement, souvent déjà en trois jours.

Injections antiblennorrhagiques.

M. le docteur Audhoui a employé avec succès, chez plusieurs malades atteints de blennorrhagie aiguë et chronique, la solution suivante en injections uréthrales répétées, selon les cas, deux ou plusieurs fois par jour :

Eau distillée de roses	100 grammes.
Eau distillée de laurier-cerise	100 —
Antipyrine	5 —
Sulfate de zinc	50 centigrammes.

(*Thérap. contemp.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 24 septembre 1888, ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

6e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe.* — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Freschard, Villard, Frebillot, Choquart, Cicile, Lebrun, Patenostre, Rith, Cornet, Pernet, Grangé, Gaillemin, Vicq, Dresch, Chapuis, Niquet, Dupont, Vergne, Beaudier, Grandvaux.

— Par décision ministérielle, en date du 21 septembre 1888, sont désignés :

MM. les médecins principaux de première classe Driout, pour l'emploi de directeur du service de santé du 13e corps d'armée, à Clermont-Ferrand ; Madamet, pour l'emploi de médecin-chef de l'hôpital Saint-Martin.

— Par arrêté ministériel, en date du 26 septembre 1888, un concours s'ouvrira le 5 avril 1889, à l'École supérieure de pharmacie de Paris, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— Par arrêtés ministériels, en date du 27 septembre 1888, des concours s'ouvriront :

Le 1er avril 1889, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Toulouse.

Le 15 avril 1889, à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Toulouse, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques.

Les registres d'inscription seront clos un mois avant l'ouverture de chacun desdits concours.

— Par arrêté ministériel, en date du 27 septembre 1888, une médaille de bronze a été décernée à M. Louis Bétis, interne en pharmacie à Marseille, en récompense des services dévoués qu'il a rendus dans les hôpitaux du Pharo et de l'Hôtel-Dieu, pendant les épidémies cholériques de 1884 et de 1885.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 113. — MARDI 2 OCTOBRE 1888. 61e ANNÉE. MARDI 2 OCTOBRE 1888. — N° 113.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Potain.

Tuberculose, rhumatisme et érythème polymorphe.

La question que je me propose d'étudier aujourd'hui est celle de la coïncidence ou mieux de l'association de la tuberculose et du rhumatisme chez le même sujet, à propos d'une malade de mon service dont je vais vous retracer l'histoire.

Cette malade est une femme de vingt-sept ans, qui, à la suite d'une scarlatine, à l'âge de huit ans, est restée pendant longtemps souffreteuse, ayant de la tendance à s'enrhumer facilement, et pendant longtemps a été soumise à l'huile de foie de morue. Néanmoins, elle a eu deux enfants qu'elle a allaités elle-même. Mais, à partir du mois de janvier dernier, elle s'est mise à tousser, a eu de l'anorexie, des vomissements alimentaires et a commencé à maigrir et à perdre ses forces; puis, le mois suivant, quelques petites hémoptysies sont venues s'ajouter à tout un ensemble de phénomènes caractéristiques de la tuberculose pulmonaire.

Et les choses en étaient là lorsque, le 19 du mois dernier — il y a trois semaines — elle a été prise soudain d'un violent mal de gorge avec fièvre intense; la déglutition était des plus douloureuses, bien que luette et amygdales ne présentassent aucune tuméfaction. L'angine dura trois jours au bout desquels apparurent des douleurs dans les articulations du poignet, du coude et de l'épaule gauches, puis dans les deux genoux, puis dans le poignet et le coude droits. C'était la première fois qu'elle éprouvait des manifestations rhumatismales; dans sa famille on ne trouvait aucun antécédent de cette nature, et son logement était sec et sain. De plus, elle ne présentait ni leucorrhée, ni vaginite, ni uréthrite; elle avait eu ses règles neuf ou dix jours auparavant. Bref, aucun signe d'aucune sorte, aucun antécédent rhumatismal héréditaire, mais, au point de vue de la tuberculose, elle avait perdu, de phthisie pulmonaire, un frère et une sœur.

Or, quand elle entra dans le service, nous constations que nous avions affaire à une femme à la fois tuberculeuse de par sa poitrine, rhumatisante de par sa poly-arthrite et de par un de ces érythèmes auxquels on a donné le nom de polymorphe.

Au point de vue de la tuberculose, nous constations en arrière, dans la fosse sus-épineuse du côté gauche, de même que, en avant, sous la clavicule du même côté, une diminution de sonorité, de la faiblesse du murmure vésiculaire, mais ni expiration prolongée, ni râles, ni retentissement de la voix, soit, en somme, quelques signes peu accentués encore de tuberculose. D'autre part la poly-arthrite était des plus marquées, très douloureuse, avec tuméfaction des articulations et éruption érythémateuse sous ses diverses formes : papuleuse, noueuse et même vésiculeuse. En un mot, cette femme présentait trois éléments morbides qu'il nous faut étudier maintenant par le menu, tout au moins en vue de certaines questions.

La poly-arthrite était-elle de nature rhumatismale franche, ou le fait d'une simple fluxion survenue au cours d'une maladie fébrile ? Nous pouvons dire tout de suite que, en soi, elle avait bien les caractères du rhumatisme; en effet, les articulations étaient tuméfiées, douloureuses, avec impotence absolue, parésie des muscles moteurs des articulations, elle était essentiellement mobile, puisque nous l'avons vue passer du membre supérieur gauche aux deux membres inférieurs, puis au membre supérieur droit; enfin, elle était accompagnée d'une fièvre intense et, à un moment donné, de complications qui venaient confirmer l'étiologie rhumatismale, notamment d'altération des valvules sigmoïdes de l'aorte.

De plus, la maladie avait débuté par une angine violente et secondaire, de nature également rhumatismale de par ses caractères de dysphagie intense, sans gonflement des amygdales, mais résultant d'une fluxion très douloureuse des muscles de la région. Ceci n'est pas un fait exceptionnel, mais si l'on voit quelquefois l'angine et le rhumatisme marcher simultanément, plus généralement l'angine le précède de deux ou trois jours, comme chez la malade actuelle.

J'ajoute que le traitement par le salicylate de soude est venu confirmer le diagnostic d'arthrite rhumatismale, car, sous son influence, les accidents ont assez rapidement diminué, puis cessé.

Pour repousser l'idée du rhumatisme pourrait-on invoquer que c'était sa première atteinte ? Nullement. Pourrait-on invoquer aussi l'absence d'antécédents héréditaires ? Pas davantage; car la maladie peut très bien franchir plu-

sieurs générations et il faut quelquefois remonter très haut dans les générations antérieures pour retrouver une hérédité. D'autre part également, si les causes occasionnelles font aussi défaut : froid, humidité et traumatisme, cependant leur existence n'est pas absolument indispensable, et l'absence de causes *connues* ne suffit pas pour exclure toute idée de rhumatisme, surtout en présence d'une symptomatologie aussi nette.

D'ailleurs, en dehors du rhumatisme vulgaire, bien déterminé, n'existe-t-il pas des formes infectieuses, parmi lesquelles je citerai la forme blennorrhagique, par exemple, avec son gonococcus? Si fait, mais ici encore telle n'est pas la cause de la poly-arthrite, car cette femme n'avait point de blennorrhagie, pas de cystite, pas de leucorrhée. En tous cas, si la maladie était infectieuse chez notre malade, l'infection nous aurait échappé.

Le second élément morbide est la congestion du sommet gauche. Cette femme est entièrement tuberculeuse, quoique les signes de sa tuberculose soient très peu accentués. Cette fluxion est-elle la conséquence de l'affection rhumatismale ? Bien qu'elle ait pu être en partie sous l'influence de la poussée articulaire, cette fluxion ayant diminué avec la cessation des phénomènes articulaires d'autre part, nous ne devons pas oublier qu'il y avait là aussi quelque chose de directement pathologique, appartenant au poumon gauche lui-même.

Autre question : quelle influence le rhumatisme peut-il avoir sur la tuberculose ? Si, dans certains cas, l'évolution de cette dernière s'en est trouvée accélérée, dans d'autres cas, au contraire, on a vu la tuberculose lâcher prise en tout ou en partie et le rhumatisme l'emporter tellement, que la maladie bacillaire des poumons s'évanouissait, le rhumatisme se substituant à elle. Quant à l'influence réciproque de la tuberculose sur le rhumatisme, c'est là une question plus délicate que je ne traiterai pas aujourd'hui.

Quant à l'érythème polymorphe, comme Hébra l'a appelé, en faisant avec raison une espèce unique, tout en distinguant la forme noueuse, ce que je n'admets pas, on voit assez fréquemment, comme chez notre malade d'aujourd'hui, toutes les formes qui le constituent associées les unes aux autres sur le même sujet et au même moment; quel rapport y a-t-il entre lui et le rhumatisme ? Tandis que certains auteurs font rentrer cet érythème dans le groupe des manifestations rhumatismales, d'autres, au contraire, en font une dermatose à part.

Cependant, il faut bien reconnaître que, même dans les cas où les accidents articulaires font défaut, les phénomènes morbides sont absolument semblables, l'étiologie, les complications sont les mêmes. Pourquoi donc séparer deux affections qui ont aussi ce caractère de guérir par un traitement identique? par le même remède, le salicylate de soude? Ajoutons que, de même qu'il y a un rhumatisme blennorrhagique, il y a un érythème blennorrhagique. Pour moi donc, je considère l'érythème polymorphe comme de nature également rhumatismale. Quant à la question de la spécificité, nous ne connaissons pas encore l'agent spécifique du rhumatisme et de l'érythème. Enfin, il n'est pas jusqu'à l'anatomie pathologique qui ne nous montre dans l'une et l'autre maladie une dilatation vasculaire avec exsudat, œdème, comme dans toute fluxion.

Bref, si l'érythème polymorphe n'est pas toujours reconnu comme d'origine rhumatismale, je puis dire que bien souvent il est né sous l'influence des mêmes causes que celles qui font naître le rhumatisme.

En résumé, au point de vue pratique, il résulte de ce que je vous ai dit que l'association de la tuberculose et du rhumatisme n'est pas autant à redouter qu'on pourrait le croire, car il est possible que le rhumatisme se substitue à l'affection pulmonaire. Il en résulte aussi que la médication par le salicylate de soude, qui réussit si bien contre le rhumatisme, convient tout autant dans l'érythème polymorphe en raison même de sa nature rhumatismale.

HOPITAL NECKER. — M. Kirmisson.

Fractures de la rotule.

Je profite de la présence, au même moment, dans mes salles, de trois malades atteints de fracture de la rotule, pour vous parler de ces fractures.

Le premier d'entre eux est couché au n° 3 de la salle Saint-Pierre, c'est un jeune homme de trente-trois ans, cocher, qui, le 7 du mois dernier, son cheval s'étant emporté, est tombé de son siège de telle façon, que son genou, à demi fléchi, a buté sur le rebord du trottoir. Il a pu se relever aussitôt après l'accident et a voulu marcher, mais il ne put que fléchir le genou sans pouvoir l'étendre, par suite de la solution de continuité, au point d'insertion de son triceps fémoral. Ramené chez lui, le genou tuméfié est devenu le siège de douleurs vives et le lendemain on a transporté le blessé dans nos salles.

A son arrivée, on constate un gonflement très manifeste de son genou, lequel affecte la forme globuleuse; on sent facilement les deux fragments de la rotule fracturée transversalement, ces deux fragments sont à peu près de même volume; leur degré d'écartement est très minime, à peine 1 centimètre; il n'y a pas d'épanchement sanguin. Il s'agit d'une fracture simple de la rotule, par cause extérieure. Un appareil est appliqué, la fracture est en bonne voie de guérison. Nous en sommes aujourd'hui au vingt-sixième jour.

Le second malade, couché au n° 5 de la salle Sainte-Cécile, est une femme âgée de trente-neuf ans, femme extrêmement nerveuse et sujette à des attaques hystéro-épileptiques. C'est dans l'une de ces attaques, qu'elle est tombée d'un premier étage par la fenêtre. Dans cette chute elle s'est fait une double fracture : 1° une fracture de l'extrémité supérieure du fémur *droit* ; 2° une fracture transversale oblique de la rotule *gauche*. L'accident a eu lieu il y a un peu plus de trois mois. Sa fracture du fémur a été traitée par l'appareil Hennequin ; celle de la rotule par un bandage de diachylon en X recouvert d'un bandage ouaté. L'appareil de la rotule a été retiré au bout de sept semaines, la consolidation des deux fragments paraissait obtenue sans écartement apparent et le résultat semblait donc être bon, lorsque, au bout de sept ou huit jours, la malade, dans une violente crise convulsive, se rompit de nouveau la rotule au même niveau, ou mieux il se produisit une rupture du cal avec écartement large de 1 centimètre et demi à 2 centimètres. Les fragments étaient assez irréguliers, surtout du côté interne, c'est-à-dire là où le trait de la fracture descend plus bas. Un appareil, semblable au premier, est de nouveau appliqué sur le genou. Mais, cette fois, sans aucun résultat, et aujourd'hui — cinq semaines après — il n'y a aucune tendance à la consolidation, l'écartement entre les deux fragments est le même.

Quant au troisième cas, il date de deux jours. Le malade, couché au n° 6 de la salle Saint-André, n'est pas nouveau pour nous. Il y a trois ans, il eut une fracture de l'extrémité inférieure du péroné droit, fracture de Dupuytren, avec arrachement de la malléole. Il guérit, avec une certaine déformation de l'extrémité inférieure de la jambe, caractérisée par une augmentation de volume au niveau de la malléole externe.

Le 13 juillet de cette année, le genou droit se trouve l'objet d'un traumatisme, par la chute d'un sac qui lui frôle violemment l'articulation, d'où épanchement articulaire (hydarthrose traumatique). Après avoir essayé de continuer à travailler pendant quelques jours, il est forcé d'y renoncer et reste à l'hôpital où on lui place le membre inférieur droit dans un appareil d'immobilisation. Au bout de cinq semaines — il y a aujourd'hui quinze jours — il quitte l'hôpital ; mais la fatalité le poursuit et, onze jours plus tard, il glisse sur une plaque d'égoût, de telle sorte que son pied se trouve pris et que dans l'effort qu'il fait pour se dégager, il éprouve une très vive douleur et tombe à terre, la rotule brisée par action musculaire.

Le surlendemain, on l'amène dans nos salles ; la région du genou est le siège d'un gonflement considérable avec teinte ecchymotique, violacée. La tuméfaction est due surtout à un empâtement périphérique, à l'empâtement des tissus péri-articulaires. La fracture est transversale, elle est située à peu près au milieu de la rotule. L'écartement est encore ici de 1 centimètre et demi à 2 centimètres, comme dans le cas précédent. Le rapprochement n'est pas encore possible, en raison même de l'empâtement dont je viens de parler.

Tels sont les trois cas qui existent actuellement dans mes salles. Quel est le traitement qui doit leur être appliqué ? Actuellement, les chirurgiens instruits, expérimentés, savent parfaitement que le même traitement n'est pas applicable à toutes les fractures transversales de la rotule, mais qu'il diffère selon les variétés de ces fractures et qu'il faut surtout tenir compte de l'étendue de l'écartement des fragments au début :

Écartement très faible, cure très facile et pour ainsi dire sans qu'il soit nécessaire d'appliquer un appareil, immobilisation et compression suffiront ;

Écartement plus grand, mais moyen encore, appareil pour maintenir la coaptation des fragments ;

Écartement très grand, rapprochement difficile ou même impossible, par suite du pincement des tissus dans l'écartement des fragments, de là consolidation désastreuse avec cal adhérent à la peau et dépression du genou. C'est dans ces cas qu'on a préconisé la suture des fragments. Si cette suture a donné de bons résultats, elle a causé aussi des désastres entre les mains les plus habiles et a même été suivie de mort. La question a été discutée, il y a quelques années (1), à la Société de chirurgie, et cette suture des fragments y a été accueillie avec une très grande tiédeur, en raison même de la possibilité d'accidents se terminant par la mort, tandis que jamais une fracture de la rotule n'a entraîné, par elle-même, une terminaison fatale.

M. Jalaguier a publié, en 1884, dans les *Archives de médecine*, un excellent travail dans lequel il divise les cas traités par la suture en fractures récentes et fractures anciennes.

Les fractures récentes comportent 43 observations sur lesquelles on compte 27 cas heureux, 7 cas de troubles fonctionnels persistants, 7 cas de suppuration articulaire et 2 morts.

Les fractures anciennes comprennent 45 observations : 22 guérisons, 9 troubles fonctionnels persistants, 11 ankyloses complètes dont 10 après suppuration du genou et 3 morts.

Total 5 morts sur 88 cas, c'est considérable, eu égard à la bénignité de la fracture de la rotule en elle-même.

En résumé, nous pouvons dire que la suture de la rotule est une méthode de traitement beaucoup trop grave en somme, pour le traumatisme auquel on a proposé de l'appliquer, car sans compter les cas de mort dont elle a été suivie, on relève un assez grand nombre de terminaisons par ankylose, soit en réalité peu de bons résultats.

Une observation intéressante a été rapportée par un chirurgien américain, dans laquelle deux points de suture avec fils d'argent furent placés ; le résultat apparent était excellent, la coaptation paraissait parfaite. Deux mois après le malade commençait à faire quelques mouvements de flexion, quand, en descendant un escalier, il se casse la rotule si malheureusement, qu'il s'ouvre en même temps l'articulation du genou. Cet accident permet de constater que les fragments ne sont pas rugueux, mais lisses, qu'il n'y a aucune trace de consolidation osseuse, mais simplement un cal fibreux et que l'intérieur de l'articulation est revêtu de fausses membranes.

Ainsi, sans parler de la pyohémie, ni de l'ankylose, les résultats de la suture dans les fractures récentes de la rotule ne sont donc pas bons. Voici, d'ailleurs, les conclusions auxquelles la majorité des chirurgiens est arrivée : les fractures de la rotule forment trois groupes différents : 1° les fractures récentes sans plaie de l'articulation ; 2° les fractures récentes compliquées de plaie ; 3° les fractures anciennes.

Dans le premier cas, pas de suture ; dans le second, la suture est une bonne chose ; dans le troisième, n'appliquer les sutures que dans les cas où le rapprochement des fragments est impossible ou extrêmement difficile.

La suture a donc ses indications, en dehors desquelles elle doit être rejetée.

Revenons maintenant à nos trois malades et voyons ce que pour chacun d'eux nous allons faire.

Chez le premier malade, celui de la salle Saint-Pierre, l'immobilisation dans une gouttière plâtrée, avec compression légère, suffira bien certainement, vu le très faible écartement des fragments.

Chez le deuxième malade, la femme hystéro-épileptique, qui nous présente une fracture itérative avec écartement moyen (2 centimètres), tendance à la non-consolidation et rapprochement difficile, nous allons appliquer la griffe de Malgaigne, modifiée par M. Duplay.

Enfin, dans le troisième cas, cet homme de la salle Saint-André qui en est à son troisième traumatisme de son membre inférieur droit, je ne puis dire encore ce que je ferai à cause du gonflement des tissus péri-articulaires qui s'oppose, quant à présent, au rapprochement des fragments. Si, d'ici à quelques jours, ce gonflement a suffisamment diminué, pour permettre de rapprocher les fragments de la rotule, j'appliquerai des bandelettes plâtrées pour favoriser le rapprochement ; si, au contraire, l'empâtement persiste, j'aurai recours, comme dans le cas précédent, à la griffe de Malgaigne.

---

(1) Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1883, pages 389, 1051, 1077 et 1102.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. PÉAN.

Du lavage de la vessie sans sonde et du lavage continu de l'urèthre antérieur à l'aide de la pression atmosphérique. Leurs usages (1).

(Leçon faite par M. LAVAUX, interne du service.)

IV

Il me reste maintenant à vous faire connaître la statistique des malades chez lesquels j'ai fait le lavage de la vessie sans sonde, à l'aide de la pression atmosphérique. Ces malades sont au nombre de 109. Dans 20 cas il s'agissait soit de cystites légères avec besoin impérieux d'uriner, soit de blennorrhée accompagnée d'un peu de rétrécissement uréthral, soit de simples explorations uréthro-vésicales. Je ne cite ces 20 observations, que pour mieux montrer l'innocuité absolue du lavage de la vessie fait sans sonde, suivant mon procédé. Dans ces 109 cas je n'ai jamais constaté, en effet, le moindre accident.

Les 89 autres observations se divisent ainsi :

Cystites dites douloureuses	10
Cystites diverses	36
Cystites avec rétrécissement de l'urèthre	20
Rétrécissements uréthraux	23
	89

Je vous ai déjà indiqué les résultats obtenus dans les cas de cystites douloureuses, je n'y reviendrai pas.

Les 36 cas de cystites qui viennent ensuite comprennent :

Cystites blennorrhagiques	9
— chez des prostatiques au premier degré	3
Cystites calculeuses	2
— survenues pendant la grossesse	2
— survenues aussitôt après l'accouchement	3
Cystites survenues chez la femme à la suite de phlegmons péri-utérins, de métrite ou des premiers rapprochements sexuels	9
Cystites tuberculeuses	8
	36

Tous les malades atteints de cystite blennorrhagique ont obtenu une amélioration considérable au bout de deux ou trois jours de traitement. Chez la plupart la guérison complète est survenue en cinq, huit ou dix jours.

Chez un prostatique à la première période, c'est-à-dire n'ayant pas encore de rétention, j'ai obtenu la disparition de la cystite en trois jours. Un second malade ne souffrait plus au bout de cinq jours, et le troisième était presque complètement guéri en dix jours. Ce qui persiste chez ces malades, c'est un peu de fréquence des mictions, surtout la nuit.

Certains auteurs prétendent que chez les calculeux atteints de cystite, la préparation de la vessie, au moyen des lavages, est impossible. Eh bien! dans un cas où la cystite était très intense, j'ai pu obtenir le résultat suivant : la capacité vésicale physiologique, qui était de 30 grammes seulement le premier jour, était de 150 grammes le cinquième jour; en même temps les autres symptômes s'étaient considérablement améliorés.

(1) Fin. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 1020.

Dans le second cas, l'amélioration a été également très rapide, mais il s'agissait d'un cas léger.

Chez une malade atteinte de cystite au cinquième mois de la grossesse, j'ai obtenu la guérison en six jours. La deuxième malade, qui était au septième mois de la grossesse et qui avait également une cystite très aiguë, fut guérie en dix jours.

La guérison a été encore observée en quelques jours chez les trois malades atteintes de cystite après l'accouchement.

Dans les 9 autres cas de cystite chez la femme, les résultats ont également été excellents, mais lorsque l'abcès péri-utérin se vidait de temps en temps dans la vessie, il y avait une nouvelle inoculation et des symptômes de cystite aiguë que les lavages faisaient disparaître rapidement.

Chez les 8 malades atteints de cystite tuberculeuse sans exagération des phénomènes douloureux, la douleur a disparu très vite, en cinq, six, huit et neuf jours. Les mictions sont devenues aussi bien moins fréquentes et moins impérieuses et le pus a considérablement diminué, mais il n'y a pas eu de guérison complète. Certains malades sont morts au bout de quelques mois de phthisie pulmonaire chronique sans que les douleurs vésicales aient reparu.

Les 20 cas de cystite chez des rétrécis peuvent se subdiviser de la façon suivante :

Cystites chez des rétrécis	Pas de complications	9
	Fièvre urineuse	3
	Albuminurie	3
	Infiltration d'urine	2
	Fistules, hypertrophie prostatique	2
	Hématurie	1
		20

Chez les malades atteints de cystite et de rétrécissement de l'urèthre sans autres complications, la guérison de la cystite a été obtenue en cinq, sept, neuf, onze et quatorze jours. Quant à la dilatation de l'urèthre, elle s'est effectuée en cinq, huit, neuf, onze, vingt-quatre, vingt-huit jours. Dans ces deux derniers cas, il s'agissait de rétrécissements très durs qui ont été dilatés au moyen de la divulsion progressive faite avec les bougies Béniqué.

Dans les trois cas où il existait avant le traitement de grands accès de fièvre urineuse avec élévation constante de la température, celle-ci est redevenue normale au bout de vingt-quatre ou trente-six heures. La cystite a guéri une fois en sept jours, une seconde fois en quinze jours. Dans le troisième cas il y a eu une amélioration considérable en six jours. Le rétrécissement a été dilaté en neuf et onze jours.

Chez les 3 malades albuminuriques, la dilatation a été obtenue en six jours, treize jours, et maintenue simplement dans le troisième cas; la cystite a disparu en six, dix, dix-huit jours. L'albuminurie a persisté beaucoup plus longtemps; elle n'avait même pas disparu complètement quand les malades ont quitté l'hôpital.

Chez un malade qui avait une infiltration aiguë d'urine, la dilatation a été faite en quatre jours, et le vingt-huitième jour ce malade pouvait quitter l'hôpital.

J'ai encore obtenu d'excellents résultats dans le second cas; il s'agissait d'une infiltration chronique d'urine avec éléphantiasis du scrotum et de la verge.

L'un des deux prostatiques avait une large fistule à la partie moyenne de la verge. C'est dans ce point que j'introduisais la canule de mon appareil. Son rétrécissement

été dilaté en quatorze jours, et peu de temps après cette dilatation la cystite avait disparu. Le deuxième prostatique n'avait qu'une petite fistule et un rétrécissement peu serré qui a été dilaté en trois jours.

Les lavages de la vessie faits sans sonde, suivant mon procédé, m'ont permis encore de faire cesser en quelques jours une hématurie assez abondante et d'obtenir ensuite en quatre jours la dilatation du rétrécissement de l'urèthre.

Les 23 observations de rétrécissements non compliqués de cystite peuvent se diviser ainsi :

Rétrécissements de l'urèthre	Pas de complications. . .	17
	Fistules urinaires	2
	Infiltration d'urine	3
	Albuminurie.	1
		23

Les 17 rétrécissements simples ont été dilatés en deux, trois, quatre, cinq, six, sept, quatorze jours. Je trouve la durée de quatorze jours notée deux fois seulement; dans les deux cas j'ai fait la divulsion progressive.

La facilité avec laquelle je puis faire l'antisepsie de l'urèthre et de la vessie ne me permet pas de considérer la blennorrhée comme une complication sérieuse. Aussi ai-je bien soin de n'en tenir aucun compte dans ma statistique.

Chez un malade qui avait depuis huit mois une fistule périnéale et une seconde fistule au niveau du scrotum, je suis arrivé à passer le n° 55 Béniqué, au bout de neuf jours. J'ai maintenu cette dilatation et les fistules ont parfaitement guéri.

Le second malade est encore dans la salle ; il a au niveau de la région périnéale un orifice fistuleux qui admet l'extrémité du petit doigt. C'est dans cet orifice que j'introduis la canule pour faire le lavage de la vessie sans sonde. J'ai pu passer rapidement le n° 55 Béniqué.

Dans un cas d'infiltration aiguë d'urine j'ai passé le septième jour une bougie en gomme n° 23, et le vingt-quatrième jour le malade pouvait quitter l'hôpital.

Chez les deux autres malades qui avaient des abcès urineux, les résultats ont été aussi très satisfaisants.

Dans le cas de néphrite chronique, la dilatation a été incomplète; il est néanmoins intéressant de noter qu'il n'est survenu aucune complication. L'urine des vingt-quatre heures contenait cependant 18 grammes d'albumine.

Comme vous le voyez, j'ai toujours fait la dilatation rapide chez les 43 rétrécis que j'ai traités et il n'est jamais survenu d'accidents graves. Je n'ai pas eu un seul cas d'orchite ni un cas de rétention d'urine inquiétante. Bien que je n'aie donné qu'exceptionnellement un peu de sulfate de quinine, les accès fébriles ont été très rares et presque toujours légers. Rappelez-vous cependant que, dans 20 cas, il existait de la cystite.

Je regrette de ne pouvoir vous donner de plus longs détails, ce qui nous entraînerait trop loin; du reste, un grand nombre de ces observations ont été déjà publiées et les autres le seront sous peu. D'autre part, le résumé que je viens de vous faire suffit pour vous montrer les avantages incontestables que présentent mes procédés du lavage de la vessie sans sonde, et du lavage continu de l'urèthre antérieur. Vous voyez qu'il en est de la chirurgie des voies urinaires comme de la chirurgie générale; avec une antisepsie rigoureuse, on peut accomplir de véritables prodiges.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

La chirurgie journalière (1), par le docteur Armand DESPRÉS.

Nous n'avons plus à faire connaître le livre de M. Després. Cet ouvrage, justement estimé du public médical, a reçu l'accueil qu'il méritait; et cela, parce qu'il est utile à ceux qui abordent la pratique de la chirurgie.

A l'inverse de beaucoup d'auteurs, M. Després a dédaigné, dans son livre, l'étude des affections rares, intéressantes sans doute, mais qui ne constituent que la chirurgie d'exception. Il s'est surtout attaché à faire connaître les maladies communes et fréquentes, celles qui constituent le fond de la clinique chirurgicale. En un mot, il s'est renfermé exactement dans l'étude de la chirurgie journalière, ainsi que l'indique le titre même de son œuvre. C'est dans cette idée qu'a été conçue la première édition que M. Després publiait en 1877.

La troisième édition, qui paraît actuellement, reproduit à peu près les deux éditions précédentes, sauf les additions courantes nécessitées par le progrès scientifique actuel et quelques leçons nouvelles sur des opérations de chirurgie qui ont été utilement ajoutées. Ces opérations, en effet, doivent être bien connues de tout praticien éloigné des grands centres, car il peut se trouver d'urgence dans la nécessité de les pratiquer.

Le médecin trouvera, dans le livre de M. Després, une multitude de renseignements, de conseils, d'indications thérapeutiques qui font de son ouvrage un livre précieux à consulter. En constatant les qualités si éminentes de clinicien, dont M. Després fait preuve à chaque page, n'est-il pas davantage à regretter que cet auteur en soit encore resté aux méthodes anciennes de pansements, méthodes si manifestement défectueuses.

Traité de pathologie chirurgicale spéciale (2), par Franz KŒNIG (de Göttingue), traduit par M. J.-R. COMTE (de Genève).

Nous avons déjà rendu compte du premier fascicule du traité de Kœnig. Nous ne pouvons maintenant que répéter ce que nous avons déjà dit sur le cachet tout personnel que l'auteur a su donner à son œuvre. A chaque page, l'on reconnaît que l'auteur est un chirurgien, non seulement instruit par la lecture des autres, mais encore mûri par sa propre expérience.

Dans ce fascicule, se termine l'étude des maladies de la face : tumeurs des maxillaires, tumeurs dentaires, lésions traumatiques ou congénitales de la voûte palatine, maladies des amygdales, de la langue et des glandes salivaires.

La dernière partie traite des maladies du cou. Nous nous permettrons de signaler au lecteur le chapitre qui a trait aux différentes tumeurs ganglionnaires du cou, l'étude remarquable des tumeurs du corps thyroïde et la discussion raisonnée des méthodes thérapeutiques à employer.

Les maladies du larynx et de la trachée, du pharynx et de l'œsophage, terminent ce premier volume, dont les qualités nous font désirer la publication rapide des volumes suivants.

Traité de l'empyème (3), par M. L. BOUVERET.

La pleurésie purulente est une affection relativement peu commune et, comme le fait remarquer l'auteur, toute une carrière médicale, même bien remplie, ne permet guère d'en observer toutes les formes cliniques et toutes les complications.

Aussi, pour écrire sa monographie, qui est sans contredit le travail le plus complet paru jusqu'à ce jour, M. Bouveret a-t-il joint à ses observations personnelles, les observations publiées dans les livres, et c'est après les avoir analysées, groupées, qu'il a pu former la base d'une étude générale.

(1) Gr. in-8°, 3e édition. Prix : 12 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.
(2) Gr. in-8°, tome I, IIe fascicule. Prix : 7 francs ; tome Ier complet : 14 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.
(3) Grand in-8°. Prix : 12 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Bien qu'ayant fait une étude fort complète de l'empyème, de ses causes, de ses lésions, de ses symptômes; bien qu'ayant réuni dans différents chapitres la description fort détaillée des différentes formes cliniques de l'empyème, c'est au traitement que l'auteur a donné la plus large place. C'est cette question qui, de tout temps, d'ailleurs, a le plus vivement sollicité l'attention des médecins et des chirurgiens. Mais ce chapitre de thérapeutique acquiert encore un intérêt nouveau depuis la vulgarisation des méthodes antiseptiques et l'application de la résection multiple des côtes à la suppuration chronique de la plèvre.

Aujourd'hui, que les dangers de septicémie peuvent être plus facilement évités, la pleurotomie constitue le seul traitement rationnel de la pleurésie purulente. Tous les procédés qu'on a tenté de substituer à l'incision large de la plèvre, tels que les ponctions répétées, les tubes, les canules, le siphon, ont, en effet, de nombreux et graves inconvénients. Ils sont loin de remplir toutes les indications, procurent, en général, une évacuation incomplète, laissent persister les phénomènes de résorption purulente, favorisent peu la prompte dilatation du poumon et menacent de faire passer l'empyème à l'état chronique.

Ce n'est qu'après avoir comparé ce traitement à la pleurotomie antiseptique et précoce et en avoir fait la critique, que M. Bouveret les condamne et en démontre l'insuffisance et l'infériorité.

La pleurotomie doit être précoce. L'expectation, sans aucun avantage, présente au contraire de véritables dangers, dont un des plus graves est de compromettre la dilatation du poumon comprimé. La guérison a d'autant plus de chances de s'obtenir, et de s'obtenir promptement, que plus courte est la période qui s'étend du début de la pleurésie au moment de l'intervention chirurgicale. Il va sans dire que la pleurotomie doit être antiseptique.

Plus de trois cents pages sont consacrées à la description de cette pleurotomie, de son manuel opératoire, ses complications, ses accidents, ses indications et contre-indications.

Cette pleurotomie est une opération que tout médecin peut et doit savoir pratiquer. Il n'en est pas de même de la résection multiple des côtes, qui constitue une opération de grande chirurgie. Cette intervention hardie a reculé les limites de l'incurabilité de la pleurésie purulente. M. Bouveret a analysé avec le plus grand soin les observations jusqu'à présent connues, il pose nettement les indications et les contre-indications de l'opération d'Estlander et décrit minutieusement les procédés actuellement usités.

Ajoutons que deux cents observations, mises sous les yeux du lecteur, constituent les pièces justificatives de ce remarquable travail et comblent les lacunes inévitables d'une description générale qui ne saurait embrasser ni tous les détails ni tous les faits particuliers.

A. Ricard.

Considérations cliniques sur le traitement du catarrhe chronique des fosses nasales (1), par M. le docteur Lacoarret.

Ce travail se divise en deux parties : dans la première, l'auteur étudie rapidement l'étiologie et la symptomatologie du coryza chronique simple, hypertrophique et atrophique. L'ozène essentiel fait l'objet d'un paragraphe spécial, dans lequel sont énumérées et discutées les théories émises à ce sujet jusqu'à ce jour.

Dans la seconde partie se trouvent exposés les divers traitements employés contre les formes successives de la rhinite. L'auteur fait ressortir les avantages et les inconvénients des diverses méthodes, et donne, d'après de nombreuses observations cliniques, la marche à suivre dans les stades différents de l'affection. La médication comprend le traitement étiologique général de la maladie, ainsi que les mesures qui paraissent les plus rationnelles pour combattre la symptomatologie et les indications morbides du coryza chronique. Chaque chapitre est suivi de nombreuses et intéressantes observations. Nous nous contenterons d'appeler l'attention sur celles qui ont trait à l'ozène essentiel. Ces faits cliniques montrent que l'affection est le plus souvent curable, et confirment la possibilité de la rénovation des cornets. Deux planches d'appareils à irrigations et à fumigations, ainsi qu'un index bibliographique fort complet, terminent ce travail, qui sera consulté avec profit par tous ceux qu'intéressent ces importantes questions.

(1) Thèses de Bordeaux 1888. Prix : 2 fr. 50. — Paris, O. Doin.

CORRESPONDANCE

A Monsieur le docteur Le Sourd, *directeur de la* Gazette des hôpitaux.

Paris, le 25 septembre 1888.

Monsieur le Directeur,

La *Gazette des hôpitaux* a publié, dans les nos des 18 et 25 de ce mois, deux leçons de M. Lavaux, interne à l'hôpital Saint-Louis, sur le lavage de la vessie sans sonde, à l'aide de la pression atmosphérique.

Il s'exprime d'une part en ces termes :

« Avant de décrire *mon* procédé du lavage de la vessie sans sonde », et d'autre part : « Je ne parlerai point des tentatives faites par Cloquet, Mallez, Zeissl, Vandenabeele, pour supprimer l'usage de la sonde dans le manuel opératoire des injections intra-vésicales. Lorsque j'entrepris, en 1886, mes recherches sur ce sujet, tous ces procédés étaient tombés dans l'oubli le plus complet. »

« *Mon* appareil pour le lavage de la vessie sans sonde est des plus simples. »

Enfin, dans sa première leçon, il n'est question que de *son* appareil et de *son* procédé.

Eh bien ! dois-je vous le dire, Monsieur le Directeur, l'appareil de M. Lavaux n'est autre que le mien. Il est du reste classé sous mon nom, dans le catalogue de M. Mathieu, depuis 1883.

Quant au procédé que M. Lavaux donne comme sien, je l'ai décrit tout au long, en 1882, dans le *Journal de thérapeutique* de Gubler, dirigé alors par M. le docteur Bordier, aujourd'hui professeur à l'École d'anthropologie, et dans ma thèse inaugurale (6 juin 1882), sous ce titre : « Du lavage de la vessie sans sonde, à l'aide du siphon, et de l'influence de la pression des liquides sur les rétrécissements de l'urèthre. »

Je suis heureux cependant de reconnaître que M. Lavaux a obtenu de nombreux succès avec *mon* appareil, et qu'aujourd'hui comme en 1882, — contrairement à ce qu'écrit encore M. le professeur Guyon dans ses cliniques — on peut impunément franchir l'urèthre postérieur à l'aide d'une pression *calculée* des liquides.

J'espère, Monsieur le Directeur, que vous voudrez bien donner à ma lettre, dans la *Gazette des hôpitaux*, la publicité que comporte cette question de priorité, et je vous prie d'agréer l'assurance de mes sentiments les plus reconnaissants.

Dr Vandenabeele.

SOUSCRIPTION

EN FAVEUR DE LA VEUVE D'UN CONFRÈRE

SEPTIÈME LISTE

Mme la princesse de Wagram	300 fr.
MM. les professeurs Verneuil (de l'Institut)	40
— Straus	40
MM. les docteurs Balzer	20
— Galezowski	100
— d'Heurle	20
— S. Pozzi	40
— Jules Simon	50
Sixième liste	2948
Total	3558 fr.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 27 septembre 1888, M. le médecin principal de première classe Aron a été promu au grade de médecin-inspecteur dans le cadre du corps de santé militaire, en remplacement de M. le médecin-inspecteur Widal, placé dans la section de réserve.

— Par décision ministérielle du même jour, M. Aron a été nommé directeur du service de santé du 19e corps d'armée et de la division d'Alger.

— Par décision ministérielle, en date du 28 septembre 1888, M. le médecin-inspecteur Weber, directeur du service de santé du 7e corps d'armée, a été nommé membre du Comité technique de santé.

— Sur la proposition du comité consultatif d'hygiène publique de France, le ministre du commerce et de l'industrie a décerné les récompenses suivantes aux personnes ci-après désignées, qui se sont distinguées par leur participation dévouée aux travaux des conseils d'hygiène publique et de salubrité pendant les années 1884 et 1885.

Médailles d'or. — MM. les docteurs Arnould (Nord); Gibert (Seine-Inférieure).

Médailles de vermeil. — MM. les docteurs Chartier (Loire-Inférieure); Bancel (Seine-et-Marne); Paris (Seine-et-Oise); Rampal (Bouches-du-Rhône).

MM. les pharmaciens Andouard (Loire-Inférieure); Hébert (Côte-d'Or).

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Jablonski (Vienne) rappel; Bertin-Sans (Hérault); Liétard (Vosges).

MM. les pharmaciens Bardy (Vosges); Brulé (Sarthe); Rabourdin (Loiret) rappel; Barnsby (Indre-et-Loire) rappel; Gebhart (Vosges) rappel.

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Pujos (Gers); Grellet (Puy-de-Dôme); Lécuyer (Aisne); Gounand (Doubs); Lhuissier (Ille-et-Vilaine); Marfan (Aude); de Font-Réaulx (Haute-Vienne).

— Un concours pour la nomination à deux places d'interne en médecine, à l'Asile public d'aliénés de Bordeaux, sera ouvert le 17 décembre 1888, à une heure précise, à la Faculté de médecine de cette ville.

Les candidats devront se faire inscrire à l'Asile, bureau de la direction, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de une heure à quatre heures, du 1er au 15 décembre inclusivement.

— M. le docteur Monteils est nommé médecin du lycée d'Alais.

— M. le docteur Thonion est nommé médecin du lycée d'Annecy.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Plus on approfondit l'étude des alcools, plus on les trouve dangereux et pernicieux pour la santé publique. A mesure que la chimie découvre de nouveaux corps dans les alcools livrés à la consommation, la physiologie expérimentale en révèle l'action toxique. M. Laborde vient d'en donner une nouvelle démonstration dans une étude expérimentale sur le bouquet des vins, l'eau-de-vie, les liqueurs, l'absinthe, le vermouth, le bitter. Il a surtout insisté sur l'action convulsivante de certains produits naturels ou artificiels qui entrent dans la composition de ces diverses substances, en particulier les huiles de vin, le furfurol, l''aldéhyde salicylique, le salicylate de méthyle, produits dont 1 centimètre cube introduit dans les veines d'un chien, suffisent pour déterminer de véritables attaques épileptiques rapidement suivies de mort.

Lorsque l'on rapproche ces résultats de l'expérimentation physiologique, des statistiques qui montrent les effrayants progrès de l'alcoolisme, on ne saurait trop insister sur la nécessité d'appeler sur cette grave question toute l'attention des pouvoirs publics. En attendant, nous devons toutes nos félicitations aux courageux expérimentateurs qui, comme M. Laborde, consacrent leur temps et vont jusqu'à sacrifier leur santé à de pareilles études. Les substances dont il s'agit, en effet, substances extrêmement volatiles, sont à ce point toxiques qu'il suffit de les respirer pendant un certain temps pour en être tout au moins fortement incommodé.

M. Dujardin-Beaumetz a fait à M. Laborde une objection sur la voie d'introduction qu'il a choisie dans ses expériences, les injections intra-veineuses. Il pense que, pour se rapprocher le plus possible de la réalité clinique, il faut préférer la voie stomacale. Telle n'est pas l'opinion de M. Laborde qui soutient, au contraire, que le seul moyen vraiment sûr d'étudier l'action d'une substance quelconque sur l'économie est de l'introduire directement dans le sang. Les résultats qu'il a obtenus, dans ces dernières expériences, sont d'ailleurs confirmés par l'observation clinique, ainsi qu'il le montrera dans une seconde partie de son travail qu'il communiquera prochainement.

M. Verrier, candidat dans la section d'accouchements, a communiqué un fait de septicémie puerpérale guérie par les injections intra-utérines. Très partisan de ces injections, M. Verrier paraît peu disposé à recourir au curage de l'utérus dont il a surtout fait ressortir les inconvénients, tout au moins au point de vue obstétrical.

Nous signalerons enfin l'analyse qu'a faite M. Bouchard d'un travail de M. Mossé, relatif aux excrétions de l'urine pendant et après l'accès de fièvre intermittente.

HOTEL-DIEU. — M. RICHET.

I. Péri-arthrite fongueuse du cou-de-pied; II. Impuissance musculaire, tarsalgie.

Nous avons aujourd'hui plusieurs opérations à pratiquer et, parmi les malades que nous allons opérer, il en est deux qui méritent surtout d'appeler notre attention, ce sont de jeunes garçons, entrés dans le service pour une affection du cou-de-pied qui présente certains points de ressemblance, mais qui cependant est absolument différente de l'un à l'autre.

I. Le premier est un jeune garçon de treize ans environ, qui, au mois de septembre dernier, pendant les vacances, à la campagne, s'est tourné le pied, c'est-à-dire s'est donné une entorse par faiblesse musculaire. Néanmoins, pendant quelques jours il a continué à aller et venir; mais bientôt, il a commencé à ressentir des douleurs en marchant, douleurs qui sont allées en augmentant jusqu'au jour où, souffrant beaucoup trop, ses parents sont allés consulter un rebouteur à Paris. Mais celui-ci, par des manœuvres de massage intempestives lui a fait perdre le peu de marche qu'il pouvait encore faire et a déterminé de violentes douleurs.

Cet enfant s'est alors adressé à l'hôpital Sainte-Eugénie, mais l'encombrement des salles n'ayant pas permis de le recevoir, il s'est décidé à venir à l'Hôtel-Dieu où il a été admis.

Si nous interrogeons ses antécédents, nous apprenons qu'il a encore sa mère et une sœur, mais que son père est mort à l'âge de trente-six ans des suites d'une bronchite chronique, c'est-à-dire de phthisie pulmonaire. Quant à lui sa maladie n'est pas de bon aloi; il s'enrhume avec une très grande facilité et l'examen du poumon droit montre de l'expiration prolongée et une respiration puérile, sans aucun râle. Enfin, il a l'aspect maladif, le teint pâle;

bref, il est cachectique, scrofuleux, quoique sans aucun engorgement ganglionnaire.

Passons maintenant à l'examen du membre malade, c'est-à-dire du pied gauche. Nous voyons que le pied est plus volumineux que son congénère du côté droit; surtout au niveau de l'articulation tibio-tarsienne. La région a perdu ses dépressions, ses saillies et présente un ensemble arrondi de partout. Cependant l'articulation en elle-même ne paraît pas encore atteinte et si l'on vient à frapper sur le talon, on ne détermine pas de douleur.

Au palper on reconnaît que la tuméfaction est due au soulèvement de la peau par une masse pâteuse, sauf en quelques points où l'on sent un peu de fluctuation, notamment en dedans du tendon d'Achille. Ce tendon, ainsi que les tendons des extenseurs du pied, est entouré de fongosités qui leur forment une véritable gaine.

Le diagnostic est facile, et jusqu'à présent la maladie siège en dehors de l'articulation, c'est une péri-arthrite fongueuse localisée, surtout autour du tendon d'Achille, et la fluctuation que nous avons constatée nous paraît être due à un commencement de suppuration, ou tout au moins à la présence, en certains points, d'un liquide séro-purulent.

Je dois ajouter que la main, appliquée sur la région, sent très bien une élévation de la température, laquelle est due bien certainement à un commencement de travail inflammatoire des fongosités avec formation d'un peu de pus.

Or, il est bien certain que ces péri-arthrites fongueuses sont pour la plupart de nature tuberculeuse, et la question se présente aussitôt de savoir si nous pouvons l'arrêter dans son développement. Je réponds par l'affirmative, et j'espère pouvoir y parvenir à l'aide de l'ignipuncture. On peut ainsi, en effet, transformer ces fongosités plus ou moins ramollies en un tissu fibreux, résistant, en les lardant de pointes de feu, les pénétrant, sans arriver, cependant, jusqu'à l'articulation.

II. Voici pour notre premier malade. Le second malade est un jeune garçon, venu également ici pour son pied gauche, qui semble atteint, au premier abord, de la même lésion, bien qu'en réalité elle soit absolument différente.

En effet, cette affection, qui a été montrée pour la première fois par Duchenne (de Boulogne), a passé souvent méconnue, malgré sa fréquence dans le jeune âge. Elle frappe surtout les enfants, les jeunes ouvriers, les jeunes clercs d'avoué ou de notaire qui, en raison de leur profession, sont astreints, soit à rester debout la plus grande partie du jour, soit à courir Paris toute la journée, de telle sorte qu'ils rentrent chez eux le soir exténués de fatigue au point de demander à se coucher au lieu de se mettre à table pour le repas du soir.

Notre malade est un petit ébéniste qui a commencé à se plaindre de son pied gauche il y a six mois; les douleurs étaient profondes et s'accompagnaient d'une tendance du pied à tourner en dehors; elles apparaissaient surtout à la fin de la journée de travail, pour cesser au bout de quelques heures de repos au lit, si bien que, pendant les premiers temps du moins, le matin cet enfant était frais et dispos comme si de rien n'était, mais le soir, je le répète, les douleurs revenaient comme la veille, allant peu à peu en augmentant d'intensité et finissant en dernier lieu par ne plus disparaître par le lit, l'empêchant absolument de marcher.

C'est alors qu'il est entré dans mon service.

Cet enfant, contrairement à l'autre malade, n'a jamais eu d'entorse; son pied présente le même aspect que celui de l'autre malade, il est également arrondi au niveau du cou-de-pied, dont les saillies et les dépressions sont complètement effacées. Par contre, il n'existe aucune élévation de température, pas de travail inflammatoire, ni d'empâtement, ni de fluctuation; enfin, la peau n'est pas soulevée et ce que la main sent au-dessous d'elle ce sont les muscles, les tendons et les os.

De plus, dès qu'on secoue le pied, on voit les tendons des muscles se contracter, notamment ceux du jambier antérieur, des péroniers latéraux, en même temps le pied se dévie fortement en dehors, c'est-à-dire en valgus.

Mais pourquoi le pied est-il plus volumineux ? Parce que son squelette est tuméfié, c'est-à-dire les os, le périoste, les ligaments et les articulations tarsiennes. Celles-ci sont douloureuses notamment aux points correspondant à l'articulation astragalo-calcanéenne. Mais, je le répète, il s'agit d'un gonflement sans fongosités, d'un gonflement sec.

Lorsque l'on saisit le pied à pleine main, en cherchant à lui imprimer quelques mouvements de rotation, on détermine de vives douleurs.

A l'arrivée du malade dans nos salles, les muscles de son pied étaient contracturés, aujourd'hui ils ne sont plus que contractés.

En résumé, à quelle affection avons-nous affaire ici? A celle à laquelle Duchenne (de Boulogne) donne le nom d'impotence musculaire et dans laquelle il ne voyait guère en cause que le muscle long-péronier latéral, tandis que, en réalité, tous les muscles qui vont de la jambe au pied sont en cause.

Vous savez que toute articulation présente deux modes d'attache : 1° les ligaments passifs, ceux qui unissent les os entre eux; 2° les ligaments actifs, c'est-à-dire les tendons qui environnent les articulations et les maintiennent : ces ligaments sont, en réalité, les plus puissants.

Mais, rien n'est plus fréquent, chez les jeunes gens, que de constater l'impuissance musculaire portant tantôt sur un seul muscle, tantôt sur un groupe musculaire.

Or, lorsque les muscles sont impuissants à maintenir le pied, celui-ci tend à tourner en dehors et, par la marche du jour, à s'y porter de plus en plus chaque soir, si bien que la série de petites entorses quotidiennes auxquelles le pied est exposé amène une irritation des os, du périoste, des ligaments et, par suite, leur tuméfaction, enfin, une arthrite subaiguë.

Chez notre malade, nous avons eu l'impotence musculaire, puis la tarsalgie, c'est-à-dire une arthrite subaiguë.

Quelques auteurs, comme Gosselin, par exemple, ne voyant pas le début de la maladie, considèrent la tarsalgie comme l'affection primitive, le point de départ, et la contracture musculaire comme secondaire, c'est-à-dire le contraire de ce qu'a très bien montré Duchenne (de Boulogne), dont je partage complètement, à cet égard, la manière de voir. Cette thèse, en effet, est la plus physiologique.

Duchenne a préconisé dans cette affection la faradisation des muscles; mais elle ne convient que lorsque la maladie n'est pas encore aussi avancée qu'ici. Ce qui convient dans le cas actuel, c'est l'immobilisation, avec compression par des bandelettes de Vigo, dans un appareil inamovible, pendant un mois ou six semaines, puis quand la tarsalgie a disparu, l'usage d'un appareil protecteur contre le valgus

et l'impuissance musculaire, appareil permettant seulement les mouvements de flexion et d'extension du pied.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. J. SIMON.

Du pronostic chez les enfants (1).

II

Dans ma dernière leçon, je me suis appuyé, dans l'étude comparative du pronostic chez l'enfant et chez l'adulte, sur un certain nombre d'éléments tels que la température, le pouls, la résistance des forces, l'état des sécrétions, l'âge, etc. Aujourd'hui, je désire vous entretenir du pronostic dépendant du siège de la maladie, en commençant par les voies respiratoires : 1° chez le nouveau-né, où ces affections sont toujours fort graves ; 2° chez l'enfant au-dessus de deux ans, en ayant soin de tenir compte aussi du fait que la maladie est primitive ou qu'elle est secondaire, car sa durée et sa gravité diffèrent dans l'un ou l'autre cas.

Coryza. — Commençant par les voies supérieures, nous trouvons d'abord le coryza aigu ou chronique. Le coryza aigu, chez le nouveau-né, offre toujours un pronostic sérieux, car il détermine des troubles du côté de la tête, et les mucosités accumulées dans les fosses nasales entraînent une respiration difficile, bruyante, ainsi que de l'insomnie et un certain mouvement fébrile. Enfin, le pronostic est d'autant plus sérieux que la maladie passe à l'état chronique. De plus, il peut être très intense et constituer par lui-même une maladie véritable avec fièvre et embarras gastrique; enfin, il peut être aussi le point de départ d'affections plus graves par sa tendance à gagner rapidement, en vingt-quatre heures, le larynx, la trachée et les bronches.

Un simple coryza aigu, primitif, nécessite, chez le tout petit enfant, de véritables soins ou tout au moins certaines précautions, sous peine soit de propagation, soit de chronicité. Passé l'âge de deux ans, le coryza aigu n'a plus la même importance, quoiqu'il puisse toujours se propager aux autres parties de l'arbre aérien, mais déjà l'alimentation de l'enfant reste facile. Cependant il ne perd nullement de sa tendance à passer à l'état chronique, avec épaississement de la muqueuse, exposant aux ostéo-périostites, à l'ozène, à l'amygdalite chronique, au lymphadénome, aux polypes muqueux et fibreux, etc. De là pourront résulter un certain degré de surdité, des granulations au fond de la gorge, des pharyngites chroniques, une mauvaise articulation des sons, l'ouïe dure.

Le coryza peut passer aussi à l'état chronique secondairement, c'est-à-dire à la suite de quelque affection éruptive, par exemple, et notamment de la rougeole.

Lorsqu'il revêt le caractère franchement aigu, chez le nouveau-né, il donne lieu à des éternuements plus ou moins répétés, à de la fièvre ; lorsqu'il est de nature syphilitique, il n'entraîne pas de phénomènes aigus, mais seulement un sifflement nasal, l'épaississement de la muqueuse, la formation de mucosités nasales, de croûtes au-dessous desquelles on trouve, à leur chute, une muqueuse saignante.

Le pronostic du coryza diphthéritique est celui de la diphthérie et non celui de la région atteinte. Trousseau a dit que la diphthérie était beaucoup plus grave quand elle s'étendait au larynx que quand elle avait son siège dans les fosses nasales. Pour moi, sa gravité est due à d'autres éléments que le siège de la lésion, sa gravité est aussi grande, que la maladie s'étende vers les voies supérieures ou vers les voies inférieures de l'arbre aérien.

Bref, le coryza est toujours plus grave chez le nouveau-né que chez l'enfant plus âgé.

Laryngites. — Il existe une classe de laryngites spéciales aux enfants nouveau-nés, jusqu'ici mal étudiées, qui peuvent être très légères, il est vrai, mais qui peuvent aussi présenter une haute gravité si elles entraînent avec elles la tuméfaction des replis aryténo-épiglottiques, et qui donnent lieu alors au syndrome du croup, en imposent même pour cette affection. Ici le pronostic est fort grave. C'est ainsi qu'un enfant, enroué de la veille, présente tout à coup une extinction de voix complète, l'inspiration est difficile, il étouffe absolument comme s'il était atteint du croup, et la suffocation est telle que si l'on a affaire à un nouveau-né, elle peut le tuer avec la plus grande rapidité. Nous en observons un ou deux cas environ par an.

Je pourrais vous citer celui d'un enfant du quartier de Chaillot, auprès duquel je fus appelé alors qu'il était, pour ainsi dire, à toute extrémité; nous nous attendions à une fin des plus prochaines, la suffocation était extrême, néanmoins, il guérit.

L'erreur est donc possible au premier abord. Quoi qu'il en soit, le pronostic est toujours sérieux chez l'enfant à la mamelle, car si cette laryngite ne le tue pas, elle l'expose plus tard facilement à la bronchopneumonie. Passé l'âge de deux ans, la gravité des accidents est moindre.

Si la maladie est secondaire, le pronostic est en rapport avec l'état des forces, quoique généralement très grave dans la variole. Mais la laryngite est rare dans la scarlatine, tandis qu'elle est assez fréquente dans la rougeole.

En résumé donc, la laryngite peut être assez intense chez les tout petits enfants pour donner le tableau symptomatique du croup.

Quant au faux croup, il n'atteint pas les nouveau-nés, quoiqu'on observe parfois chez eux des spasmes de la glotte accompagnant la laryngite, mais, en somme, il ne s'agit que d'accidents spasmodiques.

Dans le faux croup, chez l'enfant déjà grand, le premier accès de spasme nocturne est souvent formidable; quant au second accès, il l'est toujours beaucoup moins, et le troisième est comme effacé, et, malgré l'aspect effrayant que présente le tableau, le pronostic est en somme bénin, car il ne s'agit, en réalité, que d'une affection purement nerveuse, d'une affection qui frappe surtout, pour ne pas dire exclusivement, l'enfant de deux à sept ans. Donc, 90 fois au moins sur 100, le pronostic est d'une très grande bénignité.

Cependant, quelquefois le faux croup est le début d'une rougeole, quelquefois aussi d'une affection plus aiguë des voies respiratoires.

Trousseau a signalé plusieurs cas de faux croup suivis de mort; je crois que les malades qui ont succombé devaient avoir autre chose que du faux croup. J'ai vu un jour un enfant de quatorze ans amené à l'hôpital à six heures du matin, en proie à un accès de suffocation terrifiant; c'était en plein hiver, Bouley, alors médecin du service, diagnostique un cas de croup, vu l'âge du malade et les circonstances dans lesquelles il se présentait. J'étais ce jour-là

---

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 1018.

interne de garde, et j'avais dû, sur ses indications, me préparer à faire la trachéotomie. A quatre heures du soir, on m'appelle dans la salle; j'arrive avec les instruments nécessaires à l'opération : loin de trouver un moribond comme je m'y attendais, je vois ce jeune garçon calme, assis dans son lit et souriant. L'accès était passé; la voix était revenue normale. Il s'agissait purement d'une laryngite intense compliquée de faux croup.

Quelquefois, les accès de faux croup sont plus prolongés qu'on le croit généralement et se reproduisent aussi davantage; d'autres fois, ils viennent le matin, ou bien la raucité de la voix persiste, etc.

Quant à la laryngite pseudo-membraneuse ou croup vrai, elle est très rare chez l'enfant qui n'a pas encore atteint l'âge de deux ans; son pronostic est des plus graves, car les cas de guérison sont à peine de un sur cinq; tantôt vous avez des séries où la guérison est plus fréquente, tantôt, au contraire, la mortalité est plus considérable encore.

Il y a des croups qui guérissent tout seuls; ils sont des plus rares. Cependant j'en ai vu un cas, celui d'un enfant de deux ans et demi, rachitique, très maigre, avec une diphthérie du pharynx et du larynx; nous l'avions, pour ainsi dire, complètement abandonné, nous refusant même à le trachéotomiser, tant nous le considérions comme perdu, et qui cependant guérit et guérit seul.

J'ai vu aussi, rue du Cirque, un enfant atteint pendant un mois d'une diphthérie qui, dans la dernière semaine, devint un véritable croup avec les phénomènes du tirage et qui, néanmoins, guérit complètement.

Mais j'ajoute que ce sont là des faits exceptionnels, car, je le répète, la proportion de trachéotomies suivies de mort est de une sur cinq, et encore, car l'état de ces malades est souvent aggravé par l'âge du jeune sujet, par le traitement. par l'existence de ganglions, l'œdème du cou, la résistance de l'enfant à toute alimentation. En effet, dès que le petit malade ne s'alimente plus, il peut être considéré comme perdu, alors même qu'il n'aurait encore que du coryza couenneux.

La fièvre dans le croup est encore un élément grave de pronostic, et pour peu qu'elle persiste quelque temps ou s'exagère, le malade est perdu aussi. La présence de l'albumine dans les urines est aussi un signe de gravité, moindre cependant qu'on l'a prétendu, alors même que sa dose s'élèverait aux chiffres de 4, 5 et 6 grammes. Enfin, la propagation de la diphthérie aux bronches est plus grave encore que la fièvre.

L'œdème de la glotte chez le nouveau-né accompagne assez souvent une laryngite intense et est une complication presque toujours mortelle. Au-dessus de deux ans, il peut être aigu et survenir à la suite d'une brûlure par un liquide bouillant, ou bien reconnaître pour origine un abcès du pharynx, ou quelque albuminurie généralisée. Dans tous les cas, il est une complication grave, aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte, quoiqu'il guérisse moins difficilement chez le second que chez le premier.

L'œdème de la glotte n'est autre que la tuméfaction des replis aryténo-épiglottiques, quelle qu'en soit la cause, et son pronostic est toujours grave chez l'enfant comme chez l'adulte, quoiqu'il ne soit pas fatalement mortel.

La trachéite ne constitue pas un chapitre suffisamment important dans les livres, malgré tout l'intérêt qu'elle présente réellement. On la rencontre assez souvent, surtout chez l'enfant âgé de plus de deux ans, intense, isolée, s'accompagnant d'accidents spasmodiques plus ou moins prononcés. C'est ainsi que parfois vous vous trouvez en face d'une inflammation de la trachée seule et votre diagnostic se fait par exclusion, car l'examen le plus attentif ne vous décèle rien, ni dans les bronches, ni dans le larynx. Et cependant, le sujet a de la fièvre et des accidents spasmodiques étranges, comme dans le cas de coqueluche ou d'asthme, ou très intenses. Le pronostic est en apparence plus sérieux qu'il ne l'est en réalité, car il est généralement bénin. Mais il faut bien savoir que cette trachéite expose les enfants à un état nerveux, à une sorte de nervosisme des voies respiratoires, sous l'influence de la température, par exemple.

Je passe maintenant au pronostic des bronchites qui sont toujours plus sérieuses chez l'enfant à la mamelle que chez celui qui a dépassé l'âge de deux ans.

Les bronchites chroniques sont très fréquentes chez les enfants en raison de la coqueluche et de la rougeole dont presque tous sont atteints à un moment donné, soit avec prédominance de la fièvre, soit avec prédominance de la suffocation ou de la sécrétion catarrhale. En tous cas, si la durée de la maladie est longue, cependant elle guérit avec le temps, tout en s'accompagnant toujours d'adénopathie bronchique, d'emphysème et de sécrétion catarrhale, et le pronostic n'est généralement sérieux que comme durée seulement et non comme gravité en soi, au point de vue de la vie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 octobre 1888. — Présidence de M. Hérard.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Un travail de M. Landarrabilco, de Barbaste (Lot-et-Garonne), sur les propriétés thérapeutiques du café vert dans les affections du foie, les coliques hépatiques, le diabète;

2° Une lettre de M. Budin, qui se porte candidat à la place vacante dans la section d'accouchements;

3° Une lettre de M. Sénac, qui se porte candidat à une place de membre correspondant.

COMMUNICATION

Septicémie puerpérale; injections intra-utérines. — M. VERRIER rapporte une observation de septicémie consécutive à un enchatonnement avec adhérences anomales du placenta, septicémie guérie par des injections intra-utérines.

Il s'agit d'une femme de quarante ans, ayant eu neuf enfants et trois fois des délivrances difficiles.

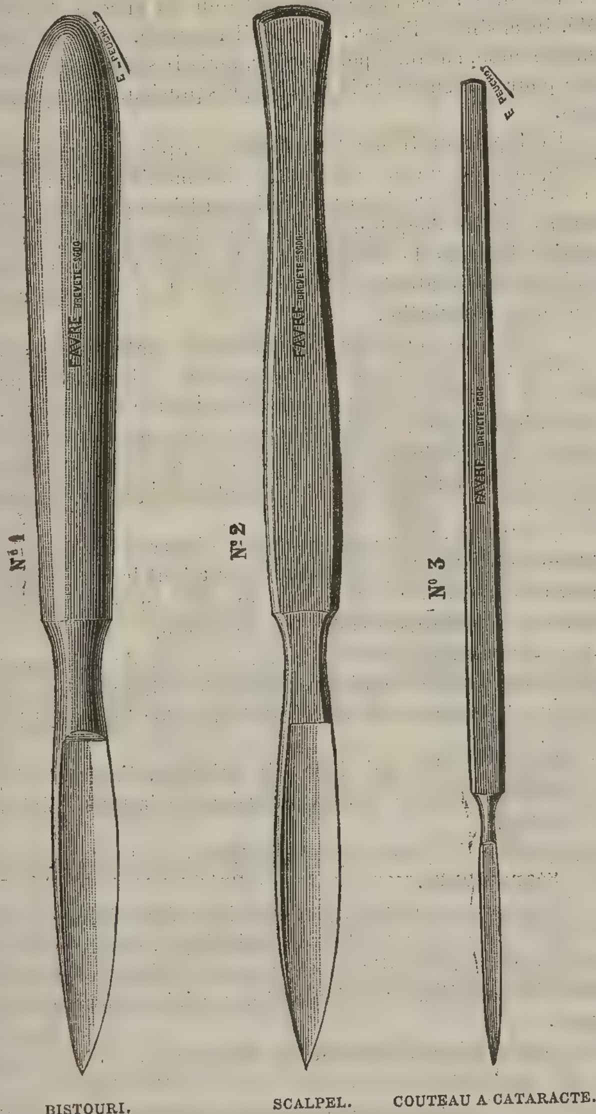
Il en conclut que, dans les cas les plus graves d'infection putride, les injections fortement antiseptiques suffisent pour débarrasser la malade des débris placentaires et rendre antiseptiques ceux qui ont conservé des adhérences. C'est la stérilisation de l'utérus. Il ne serait pas indiqué, dans ces cas, de pratiquer le curage et l'écouvillonnage, qui seraient pourtant préférables à des tentatives réitérées de délivrance manuelle.

A part ces cas particuliers, le traitement de la septicémie puerpérale doit se borner aux injections antiseptiques et à l'alcool à l'intérieur.

Par contre, où la curette est formellement indiquée, avec ou sans écouvillonnage, mais toujours suivie d'injections antiseptiques, c'est dans les cas variés et nombreux de gynécologie pure.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

M. TILLAUX présente au nom de M. Favre plusieurs instruments tranchants en acier d'une seule pièce et nickelés : 1 couteau d'amputation, 1 bistouri, 1 scalpel et 1 couteau à cataracte de de Graefe.



BISTOURI. SCALPEL. COUTEAU A CATARACTE.

Précédemment, ces instruments se fabriquaient en deux pièces, une lame en acier, et un manche en bois ou en ivoire. Pour assembler la lame et le manche, on employait des moyens différents, sans pour cela obtenir une solidité à toute épreuve.

Les instruments tranchants d'une seule pièce sont d'une solidité indiscutable; ils ont l'avantage de pouvoir supporter l'action de l'eau bouillante et d'être d'un entretien facile.

LECTURES

De l'excrétion urinaire dans les accès de fièvre intermittente. — M. BOUCHARD lit, de la part de M. Mossé, une note dont voici les conclusions :

1° L'urologie de la fièvre palustre mérite d'être reprise. Les propositions classiques sur les caractères et la marche du syndrome urologique, pendant les paroxysmes et après l'accès, subissent de nombreuses exceptions. Elles ne peuvent être données comme règles que sous réserves;

2° A la suite des accès de fièvre intermittente, la glycosurie peut se montrer, mais elle constitue un accident rare, d'ordinaire transitoire;

3° La glycosurie, qui se montre dans ces circonstances, paraît tenir surtout aux conditions inhérentes à l'individu et résulter d'un état spécial de l'organisme, passager ou permanent (diathèse arthritique, lactation, etc.);

4° L'intoxication tellurique n'a, dans sa production, qu'un rôle secondaire, puisque, chez les paludéens cachectiques et dans les fièvres intermittentes pernicieuses, la glycosurie ne paraît pas être plus fréquente que dans l'impaludisme moins grave ou moins invétéré;

5° Après les accès de fièvre intermittente, il est fréquent, mais non constant, de voir survenir une polyurie aiguë à caractères spéciaux. La quantité d'urine émise varie de 2 litres et demi à 3 litres et demi ou 4 litres dans les vingt-quatre heures. Elle a pu atteindre 5 et même 8 litres;

6° Cette polyurie aiguë commence d'habitude plusieurs jours après l'accès et ne s'accompagne pas ordinairement d'une azoturie proportionnelle. Elle ne doit cependant pas être regardée comme une hydrurie simple. Dans les cas où les chlorures ont été analysés, ces sels se trouvaient excrétés en grande adondance;

7° Par son allure et par ses caractères principaux, cette polyurie se rapproche plutôt des polyuries observées dans la convalescence des maladies aiguës, qu'elle ne constitue à proprement parler un syndrome clinique;

8° Pour mieux en pénétrer la nature, il serait utile de savoir si cette polyurie s'accompagne d'une augmentation de la toxicité urinaire;

9° Au point de vue séméiologique, il faut recommander de faire, pendant plusieurs jours consécutifs, l'examen de l'urine après la disparition des accès fébriles;

10° Le fait observé par S. Ringer, que le sulfate de quinine dissocierait les éléments de la fièvre (d'une part l'augmentation de température qu'il fait disparaître, d'autre part l'augmentation de matières excrémentitielles qu'il laisserait subsister et qui paraîtraient dans l'urine au moment précis où l'accès aurait éclaté, si on n'avait pas institué la médication quinique), mérite d'être confirmé par de nouvelles recherches.

Les alcools dits supérieurs et les bouquets artificiels. — M. LABORDE résume quelques expériences qui montrent les dangers de certains des produits actuellement livrés à la consommation. Il a surtout en vue les produits artificiels que l'industrie, aidée de la chimie, ajoute à des substances et des produits naturels, produits artificiels qui constituent en réalité des poisons dangereux.

Tout d'abord en ce qui concerne le vin, il est fabriqué de toute pièce avec de l'alcool, des matières colorantes, et une huile essentielle à laquelle on donne le nom de bouquet.

A. *Bouquet.* — Le bouquet est un produit très complexe. Il y en a deux variétés, l'huile de vin française et l'huile de vin allemande, cette dernière étant généralement employée de préférence par l'industrie.

Ces produits proviennent de l'oxydation par l'acide nitrique d'huile de coco, de beurre de vache, d'huile de ricin, et quelquefois d'autres matières grasses : ils ont un parfum tellement pénétrant que pour peu qu'on ait manié les flacons qui les contiennent, on est imprégné pour longtemps de leur odeur.

Il résulte des expériences que M. Laborde a faites avec ces bouquets qu'ils peuvent déterminer des phénomènes toxiques se résumant ainsi :

L'action du poison porte d'abord et en général sur le système nerveux dont l'excitabilité est accrue, et ensuite sur la fonction respiratoire par l'arrêt de laquelle se produit la mort. Mais le poison d'origine allemande est sensiblement plus actif.

En cherchant à apprécier aussi exactement que possible la différence qui sépare l'huile française de l'huile allemande au point de vue de cette toxicité, M. Laborde a constaté que l'huile allemande a une action au moins double. C'est pour cette cause qu'elle est plus recherchée par l'industrie.

Mais quelque minime que soit la quantité employée, elle n'en offre pas moins des dangers réels, en raison de la répétition fréquente de l'absorption et des quantités totales du liquide absorbé dans la consommation.

B. *Alcools proprement dits. Eau-de-vie.* — Malgré les travaux des

trente dernières années sur l'alcoolisme, un point obscur et très important restait encore à éclaircir. C'est le caractère convulsivant de l'action toxique de l'alcool. Ce caractère ne semblait pouvoir être attribué qu'aux essences qui entrent dans la composition de certaines liqueurs, dites apéritives, dont l'absinthe est le type. Cependant divers observateurs avaient signalé l'existence d'attaques épileptiques dans l'alcoolisme aigu, chez des sujets exclusivement adonnés à l'eau-de-vie. En 1874, M. Laborde avait observé lui-même des attaques épileptiformes chez le chien avec un alcool de provenance industrielle. Ces faits allaient à l'encontre de l'opinion que soutenait M. Magnan, à savoir que, seules, l'absinthe ou les essences de même provenance jouissaient de ce caractère convulsivant. Or, il n'en est rien. Nous savons même à quels agents l'alcool emprunte sa puissance convulsivante. C'est, non pas à la pyridine qu'il contient, mais à deux aldéhydes, l'aldéhyde pyromucide ou furfurol, pour les alcools d'industrie, et l'aldéhyde salicylique pour les liqueurs et les bouquets.

Le furfurol se trouve, en particulier, dans les alcools de grain, d'avoine, de seigle, d'orge. Il se produit vraisemblablement, aux dépens du son, dans la saccharification sulfurique des céréales, et passe dans les produits de la distillation du liquide fermenté. C'est un liquide incolore, mais qui brunit facilement à l'air, d'une odeur rappelant l'essence de cannelle et l'essence d'amandes amères. Sa densité est de 1,68 ; il bout à 162 degrés. De nombreuses expériences, faites par M. Laborde, ont montré, d'une façon indubitable, la faculté convulsivante et épileptisante du furfurol employé en injections intra-veineuses. Cette action ne se produit pas à la suite de l'ingestion stomacale, parce que le médicament n'est pas supporté par cette voie. Ces expériences ont établi aussi qu'il exerçait une modification puissante sur les phénomènes respiratoires, et qu'il affectait une sorte de prédilection pour le noyau bulbaire d'origine des fibres du pneumogastrique ou noyau respiratoire, tandis qu'il respecte relativement le noyau cardiaque, donnant ainsi une démonstration nouvelle de l'indépendance et de la dissociation fonctionnelles de ces deux centres organiques.

Cette faculté convulsivante et épileptisante du furfurol donne la clef de l'action convulsivante des alcools auxquels il se trouve mêlé, et qui lui empruntent cette propriété toxique que l'alcool, proprement dit, ne possède pas par lui-même.

C. *Liqueurs, essences et bouquets ; aldéhyde salicylique; salicylate de méthyle.* — Deux autres produits, l'aldéhyde salicylique et le salicylate de méthyle donnent aux liqueurs et aux bouquets cette même propriété convulsivante, et même à un degré plus élevé.

Actuellement, dans la pratique ordinaire de l'industrie des liqueurs, on met en présence d'alcools inférieurs, de mauvaise qualité, des essences avec lesquelles on obtient des liqueurs demi-fines, fines, superfines, extra-fines. Les bouquets masquent ainsi habilement les alcools de mauvais goût. Il en résulte même que les liqueurs les plus et les mieux parfumées sont précisément celles où entrent les alcools les plus mauvais. Parmi ces bouquets il en est d'inoffensifs, mais la plupart sont des poisons. Le type de ces poisons est la liqueur d'absinthe, bien connue depuis les travaux de Magnan, et donnant l'idée typique des convulsivants et épileptisants.

Mais dans le vermouth et le bitter, il existe aussi un bouquet artificiel des plus dangereux, c'est l'aldéhyde salicylique que les fabricants substituent à l'essence de reine des prés, laquelle entre dans la composition de ces liqueurs. Retiré de l'essence de reine des prés, l'aldéhyde salicylique a pour formule $C^7H^6O^2$; c'est un aldéhyde phénol. On le prépare en faisant agir une partie de bichromate de potasse et huit parties d'eau sur un mélange d'acide sulfurique et d'eau. L'aldéhyde salicylique ainsi obtenu est un liquide neutre, incolore, prenant une teinte rougeâtre au contact de l'air. Il a une odeur aromatique spéciale.

M. Laborde a injecté par la veine saphène externe un demi-centimètre cube d'aldéhyde salicylique chez un chien de 12 kilogrammes. Deux minutes après, aura motrice dans le cou et dans les pattes antérieures; convulsions toniques, trismus. Une deuxième attaque succède rapidement à la première. La respiration qui a été momentanément suspendue prend, après l'attaque, une amplitude considérable. La température rectale est montée de 39°,5 à 40°,6.

Une heure après l'injection, le chien est encore étendu sur le côté, insensible à l'appel. Relevé, il retombe. Avec un demi-centimètre cube, l'animal peut guérir, mais il suffit de doubler cette dose pour voir survenir la mort, après plusieurs attaques successives.

A l'autopsie, on trouve les poumons emphysémateux, parsemés d'ecchymoses. Le cœur est flasque, les méninges sont injectées.

C'est bien d'une action essentiellement épileptisante qu'il s'agit, en sorte qu'on s'explique par là les attaques épileptiformes de certains buveurs de vermouth et de bitter, et qu'on a cru, jusqu'alors, devoir attribuer à la présence dans ces liqueurs d'une faible dose d'absinthe.

Le vermouth et le bitter peuvent encore contenir une substance convulsivante substituée à l'essence de « Gaultheria procumbens » ou « Winter-green », c'est le salicylate de méthyle.

Le salicylate de méthyle provoque des convulsions qui se traduisent simultanément par de la raideur et du tremblement; elles ne rappellent en rien le cycle méthodique de l'attaque épileptique.

A la suite de chaque injection, on observe chez le chien une raideur avec vibrations musculaires sur tout le corps, petites secousses spasmodiques dans les muscles du cou, yeux grands ouverts, cris plaintifs, respiration accélérée.

Avec 2 centimètres cubes l'animal est pris de raideurs tétaniformes des quatre membres avec prédominance dans le train postérieur; tremblement bilatéral de la tête ; impossibilité de se remuer.

Après cette crise qui dure dix minutes, l'animal s'aplatit, épuisé; vomissements bilieux; obtusion de la sensibilité. Il boit avec avidité.

Respiration de plus en plus anhélante, asphyxique. Vomissement de sang. Mort.

A l'autopsie, on trouve à peu près les mêmes lésions que dans les expériences avec l'aldéhyde salicylique. Les méninges sont injectées, plus particulièrement la partie bulbo-cervicale dans la sphère du quatrième ventricule et des origines des pneumo gastriques.

Les modifications fonctionnelles dominantes semblent amener, en effet, une action élective du côté de cette région organique, ainsi qu'en témoignent les troubles profonds de la respiration et les vomissements.

L'action convulsivante est également nette en ce cas, mais elle revêt des caractères sensiblement différents de ceux qui constituent le syndrome épilepsie.

M. Laborde achèvera sa communication dans une prochaine séance.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ constate que, depuis les travaux qu'il a faits avec M. Audigé sur la toxicité des alcools, la question a fait des progrès. La chimie a trouvé dans les alcools de nouveaux corps, dont la physiologie expérimentale a étudié l'action toxique. Le travail de M. Laborde en est un nouvel exemple. Toutefois M. Dujardin-Beaumetz n'approuve pas la voie choisie par M. Laborde dans ses expériences, c'est-à-dire l'injection intra-veineuse. Il sait bien que la voie stomacale ne peut être employée chez le chien, parce que cet animal vomit; ou si l'on choisit cette voie, il faut alors prendre certaines précautions pour empêcher le vomissement, ainsi que, du reste, l'a fait M. Laborde dans une de ses expériences.

C'est pour éviter cet inconvénient que, dans ses premières expériences, M. Beaumetz avait eu recours aux injections sous-cutanées chez le chien. Puis, dans d'autres expériences, il a choisi le porc chez lequel il a pu employer l'ingestion stomacale. On se rapproche ainsi beaucoup plus de la réalité clinique. Mais il blâme absolument les injections intra-veineuses; malgré

l'approbation que leur a donnée M. Bouchard, il considère cette méthode comme absolument défectueuse, à cause de l'action directe de l'agent toxique sur le sang. Par exemple, relativement à la production des accidents épileptiques, M. Magnan lui-même a constaté que ces accidents ne se produisent plus quand on a recours à la voie stomacale. C'est ainsi que les buveurs d'absinthe, quoi qu'on en dise, n'ont pas plus d'accidents épileptiformes que les alcooliques, tandis qu'on sait que l'absinthe introduite sous les veines d'un chien produit aussitôt ces attaques épileptiformes. En résumé, quand on veut étudier l'action convulsivante d'un corps toxique, il ne faut pas avoir recours à la voie veineuse. M. Dujardin-Beaumetz appelle sur ce fait l'attention de M. Laborde.

M. LABORDE répond que c'est pour lui une question de principe et que, contrairement à l'opinion émise par M. Dujardin-Beaumetz, les injections intra-veineuses constituent le procédé expérimental le plus pur et le plus parfait. C'est le procédé typique par excellence; c'est le seul dont les effets soient absolument certains et constants. Par la voie stomacale, au contraire, on se trouve en présence d'obscurités multiples qui rendent l'expérience complexe et difficile à apprécier dans ses effets. Les résultats que M. Laborde a obtenus dans ces dernières expériences seront d'ailleurs, ainsi qu'il le montrera dans sa prochaine communication, complètement confirmés par l'observation clinique.

En terminant, M. Laborde proteste contre l'assertion émise par M. Beaumetz, à savoir que les buveurs d'absinthe n'ont pas d'attaques épileptiformes. C'est là un fait démontré depuis longtemps.

A quatre heures et demie l'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 28 septembre 1888, M. le docteur Démoulin (de Landrecies) est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

M. le docteur Légée, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Abbeville, est nommé officier d'Académie.

— Le concours de l'internat des hôpitaux de Lyon s'ouvrira le mardi 9 octobre. Le jury est composé de MM. Aubert, Bard, Gangolphe, Levrat, Perret, Teissier et Weill.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Ponnet (de Neuville-sur-Saône).

Nouvelles études sur les contractions astigmatiques, croissants de la papille, migraine, migraine ophthalmique, par le docteur G. MARTIN. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 115. — SAMEDI 6 OCTOBRE 1888. 61e ANNÉE. SAMEDI 6 OCTOBRE 1888. — N° 115.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Les myopathies essentielles,

Par M. le Dr Paul RAYMOND,
Ancien interne des hôpitaux.

I

Les différents auteurs qui, avant Cruveilhier, se sont occupés des atrophies musculaires, localisaient dans le muscle lui-même l'altération primitive. Cruveilhier, le premier, montra l'atrophie des racines antérieures des nerfs dans l'affection décrite par Duchenne (de Boulogne), puis par Aran, sous le nom d'atrophie musculaire progressive. Plus tard, grâce aux travaux de MM. Charcot, Cornil, Clarke, Luys, Hayem, on apprit à connaître la lésion des cornes antérieures et de leurs cellules multipolaires. On vit alors se dessiner la tendance à rapporter à des altérations centrales le plus grand nombre des amyotrophies.

Seule, pour ainsi dire, la paralysie pseudo-hypertrophique de Duchenne (de Boulogne) était, depuis les travaux d'Eulenburg et Cohnheim, en 1866, ceux de M. Charcot en 1871, rattachée à une altération primitive de la fibre striée elle-même, bien qu'en Allemagne Friedreich eût déjà émis quelques doutes sur la généralisation à outrance, et que Leyden, en 1875, fît les réserves les plus expresses au sujet de certaines formes héréditaires d'atrophie progressive. Dès cette époque aussi, M. Charcot protestait contre cette tendance à vouloir tout expliquer par une altération du système nerveux : « Il faut, disait-il, se garder de céder à l'envie de tout expliquer physiologiquement par une lésion des cornes spinales antérieures. Cette lésion a son domaine pathogénique fort vaste déjà : il ne faut pas l'étendre à l'excès si l'on ne veut pas courir le risque de tout compromettre. »

Depuis quelques années, cette idée des atrophies musculaires, indépendantes de lésions spinales, a fait des progrès, et, presque simultanément, en France et en Allemagne, on a vu les faits se multiplier et s'élargir le cadre des amyotrophies primitives, résultant d'une altération de la fibre musculaire sans neuropathie appréciable. De la sorte, des types nombreux et en apparence très différents ont été créés. Bientôt, à la période d'analyse a succédé une période de synthèse. Ici, comme dans toutes les affections du système nerveux, il faut inscrire en tête le nom de M. Charcot : c'est par lui que cette synthèse a été entreprise, c'est à lui que l'on doit la création de cette entité morbide que nous nous proposons d'étudier plus loin, la myopathie primitive progressive.

Existe-t-il tout d'abord des myopathies essentielles? Si l'on envisage les particularités que présentent quelques-unes de ces amyotrophies, la participation du système nerveux semble indiscutable, et néanmoins l'examen anatomo-pathologique le plus minutieux montre son intégrité absolue.

Il faut donc considérer comme myopathie essentielle toute amyotrophie dans laquelle la fibre striée semble malade primitivement et présente une altération qui paraît ne pas relever de troubles nerveux.

Est-ce à dire que le système nerveux n'intervient en aucune façon dans la production de ces amyotrophies? Cela est possible; mais, en présence des particularités dont nous parlions plus haut, en présence notamment de ces amyotrophies dites à distance, il est bien difficile de ne pas reconnaître l'influence d'un trouble tout au moins fonctionnel du système nerveux, sinon une altération matérielle dont il nous est, pour le moment, impossible de savoir la nature intime. Toutefois, cette hypothèse d'une altération fonctionnelle du système nerveux n'est rien moins que démontrée.

Dès lors, et dans l'état actuel de la science, est-il possible d'établir une classification de ces myopathies protopathiques? Cela paraît assez malaisé. Plusieurs des atrophies musculaires qui, il y a quelques années encore, semblaient être nettement primitives, ressortissent maintenant, le fait est bien prouvé, à des altérations du système nerveux périphérique.

D'autres amyotrophies sont venues prendre la place de ces dernières distraites du groupe des atrophies primitives. Ces atrophies, qu'on croyait produites par une lésion nerveuse, semblent évoluer en dehors de toute altération de ce système nerveux et sous la seule influence d'une altération primitive de la fibre striée.

Ces réserves faites, il est, semble-t-il, permis de réduire à deux grandes catégories les amyotrophies essentielles.

A un premier groupe appartiennent les atrophies locales, disciplinées, si l'on peut dire, qui se cantonnent à un groupe de muscles, quelquefois même à un seul muscle, et évoluent isolément.

A un deuxième groupe appartiennent ces amyotrophies générales qui frappent à peu près tous les muscles de la vie de relation, évoluant d'une façon progressive, comme une maladie générale; c'est l'amyotrophie progressive primitive.

Dans la description des amyotrophies du premier groupe, nous nous garderons d'établir même l'apparence d'une classification. Nous désirons seulement exposer l'état de la science sur ce point, indiquer quelles sont les principales myopathies qui sont aujourd'hui considérées comme indépendantes d'une altération du système nerveux et, chemin faisant, quelles sont les autres, qui, il y a quelques années encore regardées comme telles, paraissent, d'après des recherches récentes, devoir être rattachées à une lésion spinale ou nerveuse.

II

La plupart des myopathies du premier groupe, indépendantes, nous le répétons, d'une altération matérielle du système nerveux central ou périphérique, sont néanmoins habituellement rattachées à un trouble fonctionnel, à une action d'arrêt du pouvoir trophique des cornes antérieures. La fibre striée est bien malade primitivement, mais cet état pathologique est, suivant les théories régnantes, sous la dépendance, comme dit M. Charcot, d'une sorte d'inertie, de stupeur de l'axe gris.

Il est néanmoins certaines atrophies musculaires locales, signalées depuis longtemps déjà, qui ne reconnaissent comme cause qu'une lésion primitive de la fibre striée elle-même. Telles sont, par exemple, les atrophies qui succèdent aux traumatismes musculaires, aux plaies soit des muscles, soit seulement de leur voisinage; celles qui sont consécutives aux tumeurs musculaires ou osseuses, lesquelles vraisemblablement, par la compression qu'elles déterminent, entravent la nutrition du muscle et occasionnent l'atrophie.

Ces amyotrophies ne constituent guère, d'ailleurs, qu'un simple épiphénomène sans grande importance.

Parmi les autres atrophies, mentionnons celles que l'on rencontre à la suite de lésions articulaires de diverse nature, dans les arthrites aiguës ou chroniques, les hydarthroses, la polyarthrite déformante, etc. Ces atrophies sont bien connues, depuis les travaux de MM. Valtat, Charcot, etc. Elles sont généralement en relation avec l'articulation malade, mais d'autres fois on les voit s'établir à distance. C'est à cette sorte d'amyotrophie que s'applique principalement la théorie dite de l'action réflexe, théorie bien connue et sur laquelle nous n'insisterons pas.

Notre ami M. Moussous, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux, a récemment étudié, dans sa thèse, les atrophies musculaires qui succèdent aux lésions articulaires (1). Il a constaté que le système nerveux n'est pas, dans ces cas, indemne de toute altération, comme on le croyait généralement. Cette altération ne se manifeste que sur les petits filets nerveux intra-musculaires. Toutefois, cette altération est inconstante et ordinairement très peu marquée. M. Moussous croit que ces altérations nerveuses sont contemporaines de l'amyotrophie et, jusqu'à un certain point, indépendantes de cette amyotrophie. La question doit donc être réservée et demande des études complémentaires.

(1) Moussous. Thèse de Bordeaux, 1885.

De ces atrophies musculaires consécutives aux lésions articulaires, on peut rapprocher celles qui succèdent à certaines lésions des os, aux fractures notamment. Ces atrophies peuvent se montrer soit au voisinage de la fracture, soit en un point plus ou moins éloigné. Plusieurs explications ont été proposées sur lesquelles nous ne pouvons insister, nous bornant aux travaux récents.

D'après une communication de MM. Duplay et Clado à la Société de biologie (1), il s'agirait ici de lésions irritatives avec production de tissu cellulo-adipeux nouveau qui tend à se substituer au tissu normal. C'est à peine si, au niveau de la fracture, on peut retrouver çà et là quelques fibres musculaires au milieu d'une gangue conjonctive remplie de cellules graisseuses et de noyaux. D'après les auteurs, les filets intra-musculaires ne présentent aucune altération.

A côté de ces amyotrophies qui succèdent aux fractures, peut-on placer celles qui succèdent aux ostéomyélites? Il est nécessaire de faire ici les plus grandes réserves, cette maladie générale pouvant s'accompagner, ainsi que l'a montré M. Poulet, de névrites infectieuses.

Nous rapprocherions volontiers, des amyotrophies par lésions irritatives de voisinage, ces atrophies rapides des muscles du thorax et de l'épaule, qui ont été signalées chez les pleurétiques par M. Desplats, de Lille (2). Il n'est pas question ici de ces atrophies consécutives aux pleurésies anciennes, mais bien d'une atrophie rapide aiguë, appréciable parfois dès les premiers jours d'une pleurésie, et qui porte principalement sur les pectoraux, les dentelés, les intercostaux, le sus et sous-épineux. Les nerfs n'ayant pas été examinés, il est difficile de se prononcer. La difficulté est d'autant plus grande qu'on connaît les réflexes nerveux dont la plèvre peut être le point de départ; il semble qu'il y ait autant de raisons pour admettre ici une lésion primitive du muscle qu'une lésion consécutive à un trouble nerveux.

Terminons l'énumération de ces amyotrophies en signalant deux variétés intéressantes d'atrophies musculaires, qu'on pourrait être tenté de rattacher à une lésion nerveuse et qui paraissent en être indépendantes. Elles ont été récemment étudiées par M. Babinski (3). Nous voulons parler des atrophies musculaires que l'on rencontre dans les paralysies hystériques, et de certaines amyotrophies qui seraient liées à une lésion matérielle de l'encéphale.

Parmi les caractères de l'hystérie, dit M. Babinski, il en est un qu'on a considéré comme absolu, c'est l'absence de troubles trophiques. Cependant ce caractère n'est pas constant. M. Babinski rapporte quatre cas d'amyotrophie à la suite de paralysie hystérique. Elle est plus ou moins considérable, mais peut atteindre d'assez fortes proportions. Il n'y a pas de secousses fibrillaires; l'excitabilité idio-musculaire paraît normale; la contractilité électrique est diminuée en proportion du degré de l'atrophie musculaire, mais il n'y a pas de réaction de dégénérescence. L'atrophie peut se développer avec une grande rapidité, parfois quinze jours après le début de la paralysie. La ré-

(1) Duplay et Clado. Société de biologie, 25 juillet 1885.
(2) Desplats. Société médicale des hôpitaux, 10 avril 1885.
(3) Babinski. *Progrès médical*, 1886, p. 329, et Société de biologie, 20 février 1886.

trocession de l'amyotrophie semble pouvoir être rapide comme son développement a été brusque.

M. Babinski se fonde sur les caractères que présente cette amyotrophie pour la considérer comme une atrophie simple, indépendante de toute lésion matérielle de la substance grise de la moelle et des nerfs périphériques. Il s'agit, pour lui, d'un trouble dynamique des centres trophiques de la moelle. On sait que, dans un cas de contracture ancienne de nature hystérique, M[lle] Klumpke a trouvé la moelle parfaitement saine. Ces deux ordres de faits peuvent, croyons-nous, être rapprochés.

On sait, de par les travaux de M. Brissaud, que les atrophies musculaires qui surviennent dans un membre paralysé depuis longtemps, à la suite d'une hémorrhagie cérébrale par exemple, sont dues à la propagation aux cornes antérieures, de la sclérose latérale descendante. En d'autres termes, il s'agit ici de myopathie deutéropathique.

Or M. Babinski a montré qu'il pouvait n'en pas être toujours ainsi. Il a fait l'examen d'un cas dans lequel une amyotrophie développée du côté paralysé, dans une hémiplégie de cause cérébrale suivie de dégénérescence, était indépendante de toute lésion des cornes antérieures de la moelle et des nerfs moteurs. Là encore, il s'agit d'un trouble dynamique des centres trophiques de la moelle.

Nous avons tenu à citer toutes ces amyotrophies. Dans plusieurs d'entre elles, le rôle du système nerveux, s'il n'est pas démontré, est tout au moins probable. La fibre musculaire peut, si l'on veut, n'être pas considérée comme atteinte primitivement, en ce sens que la lésion, pour dynamique qu'elle soit, semble intéresser en premier lieu le centre trophique de cette fibre striée. Néanmoins, cette altération nerveuse est purement hypothétique.

Dans les atrophies que nous allons maintenant passer en revue, et qui constituent notre deuxième groupe, cette intervention du système nerveux est beaucoup plus problématique, et l'on peut croire que ces amyotrophies sont la conséquence d'une altération qui frappe directement la fibre musculaire.

III

Au mois de janvier 1884, MM. Landouzy et Dejerine présentaient, à l'Académie des sciences, un mémoire qui a été publié l'année suivante dans la *Revue de médecine* (1). Il a pour titre : « Myopathie atrophique sans neuropathie, débutant d'ordinaire dans l'enfance par la face. » C'est, développé, le tableau clinique de l'affection décrite en 1865 par Duchenne, sous le nom d'atrophie musculaire progressive de l'enfance, et qu'il regardait comme étant due, de même que l'atrophie musculaire de l'adulte, à une lésion spinale.

Voici, résumés, les principaux caractères de ce type, auquel les auteurs donnent le nom de myopathie atrophique progressive :

La myopathie progressive (type facio-scapulo-huméral) débute ordinairement dans l'enfance par les muscles de la face (muscles de l'expression). Elle peut n'apparaître que dans l'adolescence, ou même chez l'adulte. Les muscles orbiculaires des lèvres et des paupières sont pris les premiers, d'où un facies particulier sur lequel nous reviendrons plus loin.

Puis les muscles des membres supérieurs se prennent à leur tour. Certains d'entre eux sont presque toujours respectés : ce sont notamment les sus et sous-épineux, le sous-scapulaire, les fléchisseurs de la main et des doigts, les muscles de la main. On trouve, dans un groupe de muscles innervés par un même nerf, des muscles normaux au milieu d'autres plus ou moins complètement détruits.

La prédominance constante de l'atrophie dans les muscles des épaules et des bras constitue le type facio-scapulo-huméral. A cette atrophie musculaire, qui se présente d'une façon si bizarre, se joignent un certain nombre de caractères des plus importants.

Les contractions fibrillaires des muscles font défaut. La contractilité électrique est modifiée quantitativement, mais non qualitativement; il n'y a donc pas de réaction de dégénérescence. Les réflexes tendineux sont conservés. On note une rétraction musculaire qui produit un véritable raccourcissement, s'opposant aux mouvements d'extension et se traduisant par une sorte de corde visible sous la peau.

Dans certains cas, notamment lorsque l'affection survient chez l'adulte, le début se fait par les membres supérieurs ou plus rarement par les membres inférieurs. La face peut alors ou bien se prendre tardivement, ou bien rester intacte. On est alors en présence soit du type scapulo-huméral pur (type de Zimmerlin), soit du type fémoro-tibial (type de Eichhorst).

L'évolution de la myopathie atrophique progressive se fait lentement. Les muscles des appareils spéciaux (vision, mastication, déglutition, phonation, respiration) restent indemnes. L'affection est héréditaire et peut être familiale.

Les auteurs ont noté, dans la seule autopsie qu'ils aient faite, une intégrité absolue de tout le système nerveux.

Au mois d'octobre de la même année, M. Landouzy, dans une communication à la Société médicale des hôpitaux, revenait sur l'importance du facies que présentent les malades dans le diagnostic de cette forme d'atrophie musculaire. Il existe, entre ces malades, un air de famille, un facies assez caractérisé pour permettre un diagnostic précoce, mais qui doit être recherché. Ce facies myopathique, peu accentué au repos, devient très manifeste si l'on commande au malade de siffler, de souffler, etc. Quand le malade rit, il a l'air de rire en travers, par écartement des commissures buccales, et non par l'élévation de la lèvre supérieure. Le front reste lisse et uni comme de l'ivoire, et le malade ne peut le plisser. Les orbiculaires des paupières ne peuvent se fermer complètement, et le malade dort les paupières entr'ouvertes. L'ensemble de la physionomie est triste et donne à l'enfant un air bêta.

Telle est, brièvement résumée, la description de ce type, que l'on pourrait appeler type Duchenne-Landouzy-Dejerine.

Dans un mémoire ultérieur (1), MM. Landouzy et Dejerine ont de nouveau appelé l'attention sur le type scapulo-huméral qu'ils avaient signalé. Certains de leurs malades, qui présentaient cette variété de myopathie atrophique, avaient été atteints consécutivement d'atrophie faciale. Ce fait serait l'apanage de la myopathie débutant chez l'adulte. Le type scapulo-huméral, en somme assez rare, ne constituerait donc souvent qu'un type temporaire, bien qu'il puisse persister toute la vie. Ce sont des faits de ce genre qui ont été décrits en Allemagne sous le nom de type juvénile de Erb avec participation de la face.

En 1882, dans l'*Encyclopédie de Ziemssen*, puis en 1884 (2),

(1) Landouzy et Dejerine. *Revue de médecine*, février et avril 1885.

(1) Landouzy et Dejerine. *Revue de médecine*, 1886, p. 977.

(2) Erb. *Deutsch Archiv für Klin. med.*, 1884, p. 467.

Erb étudiait une forme d'amyotrophie progressive que, de par des considérations cliniques, il rattachait à une altération primitive de la fibre musculaire. Le début de la maladie a lieu, en général, avant vingt ans, le plus souvent dans l'enfance. Au début, il n'y a que de la difficulté pour certains mouvements, puis survient de l'amaigrissement dans quelques groupes musculaires. Ce sont ordinairement les muscles du dos, de la ceinture scapulaire et du bras, qui sont les premiers frappés, et chez lesquels l'atrophie atteint son maximum d'intensité. Les muscles de l'avant-bras, le long supinateur excepté, et les muscles de la main restent habituellement indemnes. Les jambes ne sont prises que tardivement : l'atrophie débute par la sphère du nerf péronier. Puis l'atrophie gagne les pectoraux, le trapèze, les muscles de la masse sacro-lombaire. Certains muscles restent sains ou ne présentent qu'un léger degré d'atrophie. Ce sont le sterno-mastoïdien et les muscles de l'omoplate, angulaire, muscles ronds, deltoïde, sus et sous-épineux. Ces derniers peuvent même s'hypertrophier, et l'on a alors un bras complètement atrophié compris entre les muscles de l'épaule, dont le volume est plus ou moins notablement augmenté et ceux de l'avant-bras à peu près normaux. Parmi les muscles qui dégénèrent le plus vite, citons les trois muscles du coude, biceps, brachial antérieur et long supinateur, auxquels vient se joindre, en général un peu plus tard, le triceps. Le malade présente alors un cachet particulier. Son bras amaigri, ses omoplates saillantes en arrière et en dehors, ses creux sous-claviculaires rendus plus prononcés par l'atrophie des pectoraux, l'ensellure lombaire, l'aplatissement des fesses, les cuisses amaigries, tandis que les jambes sont à peu près normales ou même hypertrophiées, lui donnent un aspect caractéristique.

Nous venons de voir que certains muscles pouvaient s'hypertrophier. C'est là, en effet, un des caractères de ce type, mais qui est loin de lui être particulier. Cette hypertrophie est ordinairement temporaire et le plus souvent suivie d'atrophie. Elle n'est pas rare dans les muscles du mollet, au deltoïde, et le début possible de la maladie par les jambes, joint à certains autres caractères, avaient fait rapprocher, ainsi que nous allons le voir, ce type auquel Erb avait donné le nom de forme juvénile de l'atrophie musculaire progressive, de la paralysie pseudo-hypertrophique.

Erb n'avait jamais noté la participation de la face. Les muscles de la vie de relation seuls sont atteints. Comme dans le type Landouzy-Dejerine, on note l'absence de contractions fibrillaires, l'absence de réaction de dégénérescence, la persistance des réflexes tendineux, etc. M. Marie a signalé les rétractions tendineuses, comme dans la variété précédente, rétractions qui, pour le dire en passant, paraissent présenter une certaine importance dans le diagnostic de ces sortes d'amyotrophies progressives. La consistance des muscles est variable : tantôt ils sont durs, comme fibreux, tantôt, au contraire, ils sont mous et comme gélatineux.

La marche est chronique, avec des rémissions plus ou moins longues. Erb a pu suivre des malades pendant vingt-trois et vingt-huit ans. Comme dans le type précédent, la mort survient plutôt par suite d'une maladie intercurrente, que du fait même du processus atrophique.

Un examen rapide suffit pour faire ressortir les ressemblances et les différences qui existent entre ces deux types. En dehors des signes importants qui, ainsi que Erb, l'un des premiers, l'avait parfaitement indiqué, sont le fait d'une dégénérescence primitive des muscles, tels que l'absence de réaction de dégénérescence, la persistance des réflexes tendineux, l'absence de contractions fibrillaires, le raccourcissement musculaire, en dehors de ces signes, disons-nous, qui se rencontrent aussi bien dans la forme juvénile de Erb, que dans la myopathie atrophique de MM. Landouzy et Dejerine, on voit, en outre, que, dans ces deux formes, la dégénérescence de la fibre striée respecte certains groupes musculaires, les muscles de l'omoplate par exemple, ceux de l'avant-bras et de la main, etc. Dans l'un comme dans l'autre de ces types, le mode de début n'est pas absolument fixe. Si, dans le premier type, la maladie envahit tout d'abord les muscles de la face et dans le deuxième type, les muscles du bras, dans les deux cas, quoique le fait soit plus rare, le début peut se faire par les membres inférieurs, etc. Notons encore dans les deux types la lenteur de l'évolution, l'intégrité des muscles des appareils spéciaux, l'hérédité, etc.

Deux grandes différences semblent surtout séparer ces types morbides : l'absence de la participation de la face dans le type de Erb et la présence de l'hypertrophie musculaire qui manque dans le type Landouzy-Dejerine.

Disons tout d'abord à propos de cette pseudo-hypertrophie que, si elle est rare, à la vérité, dans la myopathie atrophique progressive, elle peut néanmoins s'y rencontrer ainsi que MM. Landouzy et Dejerine l'ont eux-mêmes signalé dans un travail ultérieur, au niveau du deltoïde notamment. Quant à la participation de la face, des faits successifs sont venus témoigner de sa possibilité dans la forme juvénile de Erb. Citons, pour exemple, l'observation de ce malade de M. Charcot, atteint de la forme juvénile de Erb et chez lequel les muscles de la face étaient envahis.

Ainsi que le font remarquer MM. Marie et Guinon dans un important mémoire, où ils comparent entre eux les principaux types de la myopathie progressive primitive (1), ces troubles de l'expression faciale sont parfois assez délicats à démasquer. Ils se réduisent à une immobilité des lèvres dans certains mouvements. Le malade présente quelque chose d'anomal dans la physionomie : il ne siffle que difficilement, une moitié de la lèvre étant plus épaisse que l'autre, par suite de la production de nœuds de contraction. L'orbiculaire des lèvres, en se contractant, ne permet pas à l'orifice buccal d'être complètement arrondi. MM. Marie et Guinon font remarquer que ces troubles peuvent échapper facilement à un observateur non prévenu et que, très vraisemblablement, ils existaient chez les malades du professeur d'Heidelberg.

Une observation de Remak, avec participation faciale dans un cas de type juvénile (2), une autre observation de Mossdorf (3), montrent que, dans la forme de Erb, comme dans celle de MM. Landouzy et Dejerine, la face peut être atteinte, quoique peut-être plus rarement dans la première forme que dans la seconde et certainement à un degré moindre.

Aussi, comme nous le disions plus haut, a-t-on proposé en Allemagne de désigner les faits étudiés par MM. Landouzy et Dejerine, sous le nom de type juvénile de Erb, avec participation de la face (Remak).

(1) Marie et Guinon. *Revue de médecine*, 1885, p. 793.
(2) Remak. *Neurol. Centralblatt*, 1884, p. 337.
(3) Mossdorf. *Id.*, 1885, p. 63.

Dans un mémoire récent (1), Erb est d'ailleurs arrivé à cette conclusion, que la forme juvénile n'est qu'un des modes d'une maladie musculaire chronique, qu'il appelle dystrophie musculaire progressive et qui revêt tantôt le type de la forme juvénile de l'atrophie musculaire, tantôt celui de Duchenne-Landouzy-Dejerine, tantôt enfin, le type de la paralysie pseudo-hypertrophique ou celui de la forme héréditaire de Leyden.

IV

Plusieurs auteurs, et Erb lui-même, avaient été frappés des traits de ressemblance qui existent entre la forme juvénile et cette paralysie pseudo-hypertrophique. Sans vouloir rappeler ici tous les symptômes de cette affection, aujourd'hui bien connue, il importe néanmoins de signaler quelques-uns de ses principaux caractères. Elle est constituée, au début, par un affaiblissement progressif des mouvements des membres inférieurs, puis des muscles sacrolombaires, affaiblissement qui s'étend aux membres supérieurs. Elle survient chez les enfants, principalement chez les garçons, et frappe souvent plusieurs membres de la même famille. L'un des premiers signes est cet affaiblissement des membres inférieurs. L'enfant marche en écartant les jambes, en se dandinant : il se fatigue rapidement, Lorsqu'il se tient debout, l'ensellure lombaire apparaît des plus manifestes. Tous ces muscles sont, en général, hypertrophiés, présentant un relief considérable, apparent d'abord aux mollets, mais en même temps que ces muscles s'hypertrophient, d'autres s'atrophient et cette atrophie peut même précéder la pseudo-hypertrophie [Goodridge] (2), ou évoluer en dehors d'elle, ainsi que l'avaient parfaitement signalé MM. Damaschino, Gradenigo, Möbius, etc.

L'atrophie porte surtout sur les muscles de la ceinture scapulaire, sur les pectoraux, les biceps. A ce moment, le tableau que présente l'enfant est typique : son attitude en marchant, l'ensellure lombaire, le décollement des omoplates, la difficulté qu'il éprouve pour se relever lorsqu'on le met dans le décubitus dorsal et les mille moyens ingénieux qu'il emploie pour y parvenir, font que, lorsqu'on a vu ce tableau une fois, on ne peut l'oublier.

La contractilité électrique est diminuée : les réflexes tendineux sont en général conservés. Quelquefois, on note des contractions fibrillaires ou même de véritables crampes, mais elles manquent le plus souvent. On a noté enfin la rétraction du biceps (Goodridge, Damaschino).

M. Charcot a insisté sur deux autres faits d'une grande importance. C'est d'abord la possibilité de la participation de la face, participation déjà entrevue par Duchenne, par Griesinger, et qui se traduit par une gêne de certains mouvements, par la difficulté de froncer les sourcils, de rire, de siffler. La bouche est béante, le mouvement d'ouverture des paupières se trouve réduit, etc. C'est en second lieu l'intégrité apparente de certains muscles, l'impotence fonctionnelle de ces muscles n'en existant pas moins. Friedreich, puis Bourdel avaient déjà montré qu'il n'y a aucune relation à établir entre l'affaiblissement et l'hypertrophie ou l'atrophie du muscle, l'affaiblissement étant le plus souvent antérieur à toute modification dans le volume de ces muscles. L'hypertrophie musculaire, pas plus que l'atrophie, n'est donc une condition *sine quâ non* de la paralysie pseudo-hypertrophique.

D'où cette conclusion de M. Charcot, que dans la paralysie pseudo-hypertrophique, comme dans toute myopathie progressive primitive, le volume des muscles n'est rien, leur impotence fonctionnelle est tout.

Nous n'insisterons pas plus longtemps sur les analogies que présente cette paralysie pseudo-hypertrophique, avec les deux types précédents. Erb, avons-nous dit, avait lui-même admis l'identité de la forme juvénile et de la paralysie pseudo-hypertrophique, en se basant sur la similitude qui existe entre les troubles fonctionnels de ces deux types, sur la coexistence de l'atrophie et de l'hypertrophie, sur l'absence de secousses fibrillaires, la persistance des réflexes tendineux, sur l'évolution, etc. Plus récemment, Erb a publié une nouvelle observation de myopathie à forme juvénile et l'hypertrophie qu'il a rencontrée dans les deltoïdes, en même temps que l'atrophie du biceps, ne fait que confirmer cette opinion. Westphal a, lui aussi, publié un fait analogue (1).

En résumé, dit M. Brissaud, dans une revue clinique sur la myopathie progressive primitive (2), la forme juvénile de Erb et l'ancienne forme pseudo-hypertrophique des observateurs français, sont deux variétés d'une même espèce, différenciées uniquement par la prédominance de certaines localisations et par la prépondérance de la pseudo-hypertrophie sur l'atrophie et réciproquement.

Passons maintenant à l'étude d'une autre forme de myopathie, dont on avait cru, un instant, pouvoir faire un type distinct et qui n'est, en réalité, qu'une variété de la paralysie pseudo-hypertrophique. C'est le type séparé en 1875 par Leyden, sous le nom de forme héréditaire de l'atrophie musculaire progressive.

Le tableau clinique offre de grandes ressemblances avec le précédent. Le début de la maladie, dit Leyden, a lieu généralement entre huit et dix ans ou à l'époque de la puberté. Le mal se manifeste d'abord par de la faiblesse dans les reins et les membres inférieurs. La diminution de volume porte en premier lieu sur les muscles des jambes et du dos, mais elle n'est pas toujours évidente, grâce à un développement abondant du tissu graisseux. Les muscles peuvent présenter une dureté et une force considérables, au point de faire croire à une véritable hypertrophie. Dans l'évolution, le type précédent reparaît. Leyden reconnaît l'analogie incontestable qui existe entre cette description et celle de la paralysie myosclérosique. Möbius en 1879 (3) a repris l'étude de ces faits et il conclut en faveur d'une simple variété de paralysie pseudo-hypertrophique.

Dès lors, cette variété rentrant dans la paralysie pseudo-hypertrophique, il ne reste en présence que les trois grands types : myopathie atrophique progressive de Duchenne-Landouzy-Dejerine, juvénile de Erb et paralysie pseudo-hypertrophique de Duchenne (de Boulogne). Tous les auteurs tendent alors à mettre en relief les analogies de ces trois types.

V

Voilà, en résumé, différents types qui semblent, au premier abord, s'écarter les uns des autres. Nous avons

(1) Erb. *Id.*, 1886, p. 289.
(2) Goodridge. *Brain*, 1883, p. 268.

(1) Westphal. *Neurol. Centralblatt*, 1886.
(2) Brissaud. *Gazette hebdomadaire*, 1886, p. 582.
(3) Möbius. *Volkmann's Sammlung. Klin. Vortrage*, 1879, p. 1505.

montré les grandes analogies qui les reliaient : complétons cet exposé en citant quelques formes de transition qui permettent de passer insensiblement de l'étude d'une forme à celle d'une autre. M. Charcot a insisté sur la valeur de ces formes de transition, dans une importante leçon (1) où il montre qu'on peut réunir tous les types que nous venons de passer en revue, pour les considérer comme de simples variétés d'une même affection, qu'il propose d'appeler la myopathie progressive primitive. M. Charcot cite une observation qui rapproche le type juvénile de la paralysie pseudo-hypertrophique. Chez son malade, il y avait à la fois les signes d'impotence fonctionnelle du type de Erb, moins l'atrophie, et tous ceux de la paralysie hypertrophique, moins l'hypertrophie. Une autre observation est le trait d'union entre le même type de Erb et la forme de Leyden. Après avoir établi l'identité des deux formes de Erb et pseudo-hypertrophique, M. Charcot cite l'observation d'une malade qui tient à la fois du type Landouzy-Dejerine et de ce même type de Erb. L'affection a débuté par la face, mais « est-ce là un caractère spécifique, dit M. Charcot, et doit-on, à cause de cela, créer une forme spéciale ? Je ne le crois pas. Faites abstraction de la participation de la face et vous aurez, chez vos malades, l'image de la forme juvénile de Erb. Il est donc très vraisemblable qu'il existe de nombreux points de contact, pour ne pas dire plus, entre ces deux formes, et, par conséquent, une analogie avec la paralysie pseudo-hypertrophique. Cette proposition serait démontrée, au moins en partie, si l'on trouvait, d'une part, des cas dans lesquels le début aurait eu lieu par les membres (forme juvénile) et où la face n'aurait été prise que tardivement, et, d'autre part, des cas dans lesquels plusieurs membres de la même famille présenteraient, associées ou dissociées chez le même individu, les diverses variétés que nous venons de décrire. »

M. Charcot cite alors le fait de Remak, auquel nous faisions allusion plus haut et l'histoire de cette famille publiée par Zimmerlin (2), chez laquelle deux des enfants présentaient la forme juvénile de Erb, à début par les membres supérieurs, alors que le troisième était atteint de la forme à début facial, avec pseudo-hypertrophie des membres inférieurs.

On retrouve donc, dans cette dernière observation, la réunion des trois grands types que nous avons esquissés.

Il n'est donc pas nécessaire de développer plus longuement toutes ces raisons, pour s'associer complètement à la conclusion de M. Charcot : « Toutes ces variétés se fondent les unes dans les autres pour constituer une seule et même entité morbide : la myopathie progressive primitive. »

C'est à cette entité que sont consacrées diverses études ou revues, celle de MM. Marie et Guinon (3), celle de M. Longuet (4), celle de M. Ladame (5), celle de M. Brissaud (6) et enfin une partie de celle de M. Florand (7).

Les conclusions de tous ces travaux sont pour la plupart identiques, et ne font que confirmer l'opinion de M. Charcot.

« La conclusion qui s'impose, conformément à l'opinion émise par M. Charcot et adoptée par MM. Marie, Guinon, Strumpell, Westphal, est que les trois formes en question ne sont pas des maladies différentes, mais des variétés cliniques d'une même maladie toujours identique à elle-même, quant à la nature de son processus, la myopathie progressive primitive » (Brissaud).

(1) Charcot. *Progrès médical*, 1885, p. 179.
(2) Zimmerlin. *Neurol. Centralblatt*, 1885, n° 3.
(3) Loc. cit.
(4) Longuet. *Union médicale*, 1886, t. I.
(5) Ladame. *Revue de médecine*, octobre 1886.
(6) Loc. cit.
(7) Florand. *Archives générales de médecine*, 1886, t. II.

Dans ces derniers temps, de nouvelles formes d'amyotrophies progressives ont été signalées.

En 1886, MM. Charcot et Marie (1) ont décrit une amyotrophie progressive de forme familiale et débutant par les pieds. Nous ne faisons que la mentionner ici, les auteurs la rattachant à une altération spinale, de par le fait de la réaction de dégénérescence, de la présence des contractions fibrillaires, de la disparition des réflexes tendineux, tous phénomènes qui ont été constatés dans ces observations au nombre d'une trentaine environ, si l'on y ajoute des faits du même genre, rapportés par M. Joffroy (2).

Il n'y a pas eu d'autopsie et la question de l'essence même de ce type est encore en suspens. Nous avons tenu néanmoins à le rappeler ici, en raison des affinités nombreuses qu'il présente avec les formes que nous venons de passer en vue.

Une autre forme, qui semble bien être du domaine de la myopathie progressive primitive, a été signalée par notre collègue et ami M. Brossard dans sa thèse (1886).

Dans cette forme qu'il appelle forme héréditaire de l'atrophie musculaire progressive, débutant par les membres inférieurs, la maladie évolue chez plusieurs membres de la même famille ; l'atrophie envahit d'abord les interosseux plantaires et les muscles cruraux d'où la production de griffe des orteils et l'impossibilité d'étendre la jambe sur la cuisse. Puis les muscles du tronc, et notamment les grands droits sont atteints à leur tour, d'où l'ensellure lombaire consécutive.

Enfin, l'atrophie se généralise et revêt aux membres supérieurs le type scapulo-huméral. La face resterait indemne, comme dans les types précédents, les muscles des appareils spéciaux seraient respectés. Les contractions fibrillaires seraient rares : il y aurait des rétractions fixes des muscles atrophiés. M. Brossard a noté l'absence de réaction de dégénérescence, mais les réflexes tendineux étaient abolis.

A ses observations, M. Brossard ajoute celles de Eichhort, qu'il fait rentrer dans son type. Nous avons vu déjà ces observations considérées par MM. Landouzy et Dejerine, sous le nom de type fémoro-tibial de Eichhorst, dans leur myopathie atrophique progressive.

Ainsi que le fait remarquer M. Brossard, il est impossible, en l'absence de toute constatation anatomique, d'affirmer la nature myopathique de la forme qu'il a décrite : néanmoins tous les caractères qu'elle présente permettent de l'assimiler aux formes précédentes et de la faire rentrer dans la myopathie progressive primitive.

En dernière analyse, cette affection est une, toujours semblable à elle-même dans ses grandes lignes : on peut cependant, suivant l'importance que prendront dans certains cas tels ou tels symptômes, suivant l'augmentation ou la diminution de volume des masses musculaires, suivant que l'atrophie affectera de préférence au début telle ou telle partie du tronc ou de la face, on pourra, disons-nous,

(1) Charcot et Marie. *Revue de médecine*, février 1886.
(2) Joffroy. Société médicale des hôpitaux, 26 avril 1886.

considérer comme des formes de la myopathie progressive primitive :

Le type pseudo-hypertrophique de Duchenne ;

Le type facio-scapulo-huméral de Duchenne-Landouzy-Dejerine ;

Le type juvénile de Erb ;

Le type fémoral avec griffe des orteils de Brossard.

Formes auxquelles il est possible qu'on puisse ajouter un jour quelques types non classés, ainsi peut-être que la forme familiale débutant par les pieds signalée par MM. Charcot et Marie.

VI

Les conditions étiologiques de la myopathie progressive primitive sont encore très obscures, pour ne pas dire inconnues.

M. Landouzy faisait remarquer à la Société des hôpitaux que l'affection qu'il avait décrite n'était pas aussi rare qu'on pourrait le croire, et qu'en se fondant sur la connaissance du facies myopathique, il avait pu en rassembler neuf cas en cinq ans. La maladie est, on le sait, héréditaire; mais, en dehors de cette notion d'hérédité, on ne trouve rien de bien positif, ainsi que Erb l'avait fait remarquer. Cette hérédité est tantôt directe, tantôt collatérale : l'hérédité maternelle serait la plus fréquente. En outre, l'affection est souvent familiale.

Une jeune fille, présentée par M. Landouzy, avait quatre frères atteints d'atrophie musculaire, et les ascendants, jusqu'à la troisième génération, étaient des myopathiques atrophiques.

L'hérédité paraît ne pas être toujours représentée par la forme myopathie progressive. Dans une observation très intéressante de MM. Cénas et Douillet (1), on trouve chez le père l'atrophie musculaire progressive, type Aran-Duchenne, et chez les enfants la myopathie primitive. Dans d'autres cas, l'hérédité était simplement névropathique.

Les différents types de la myopathie progressive peuvent se mélanger entre eux dans la même famille (fait de Zimmerlin, par exemple).

L'affection semble pouvoir, dans quelques cas, sauter une génération.

Si dans la paralysie pseudo-hypertrophique les garçons semblent être un peu plus atteints que les filles, dans les autres variétés de la myopathie progressive, les cas se répartissent à peu près également.

Parfois aussi la paralysie pseudo-hypertrophique débute dans la première enfance, les autres variétés survenant plus tard.

La myopathie progressive primitive présente un ensemble symptomatique qui lui est propre et qui est considéré comme très important pour différencier les amyotrophies protopathiques des amyotrophies secondaires. Citons parmi les principaux de ces caractères :

1° L'immunité indéfinie accordée à certains muscles qui restent indemnes alors que les muscles voisins tributaires du même nerf subissent la dégénération.

2° Les modifications exclusivement quantitatives de l'excitabilité électrique de ces muscles. Pas de réaction de dégénérescence, tel est le caractère fondamental de ces amyotrophies primitives. Affaiblissement parallèle des contractilités faradique et galvanique.

(1) Cénas et Douillet. *Loire médicale*, 15 juillet 1885.

3° Absence de contractions fibrillaires dans les muscles atteints.

4° Rétraction fixe de certains muscles, du biceps notamment, qui viennent faire saillie sous la peau et s'opposent au libre fonctionnement des articulations.

5° Conservation des réflexes tendineux. Cependant lorsque l'atrophie est arrivée à un degré avancé il en résulte, ainsi que le fait était facile à prévoir, l'abolition des réflexes.

6° Intégrité, pendant toute la durée de la maladie, des muscles des appareils spéciaux (vision, mastication, déglutition, respiration, phonation).

7° Lenteur de l'évolution de la maladie, la mort étant généralement le fait d'une maladie intercurrente : périodes d'arrêt durant parfois plusieurs années.

8° Notion de l'hérédité.

Nous avons vu que c'était en se fondant sur l'absence de plusieurs de ces signes (contractions fibrillaires, disparition des réflexes tendineux, réaction de dégénérescence, etc.), que MM. Charcot et Marie tendaient à faire rentrer dans le groupe des amyotrophies myélopathiques, la forme qu'ils ont décrite sous le nom de type familial débutant par les pieds.

Nous avons vu aussi que M. Brossard se fonde sur ces signes pour rapprocher le type qu'il décrit des amyotrophies primitives et qu'il se refuse à l'identifier avec le type Charcot-Marie, quelles que puissent être entre ces deux formes les nombreuses ressemblances cliniques.

L'anatomie pathologique de l'amyotrophie progressive primitive a été l'objet de plusieurs travaux intéressants.

Dans l'autopsie qu'ils ont faite, MM. Landouzy et Dejerine ont rencontré une myosite atrophique avec sclérose très légère sans altération graisseuse protéique ou pigmentaire des fibres atteintes. La striation était intacte : il n'y avait aucune irritation des noyaux du sarcolemme. Les vaisseaux et les nerfs des muscles étaient sains. La lésion, concluent les auteurs, est donc semblable à celle de la paralysie pseudo-hypertrophique : les différences se trouvent dans les altérations conjonctives, atrophie dans un cas, hypertrophie dans l'autre.

Dans une communication à la Société de biologie (1), M. Dejerine a insisté sur cette question de l'hypertrophie des fibres musculaires, et il a montré que cette hypertrophie des faisceaux primitifs des muscles, que l'on considère comme le propre des atrophies musculaires protopathiques, se rencontre également dans les atrophies myopathiques (notamment dans la paralysie infantile) à une période avancée, il est vrai.

Ainsi donc, de par le fait de l'anatomie pathologique, comme de par l'enseignement de la clinique, la constatation de l'hypertrophie du muscle n'a aucune valeur pour différencier les formes protopathiques, soit entre elles, soit d'avec les formes deutéropathiques.

Récemment encore (2), M. Roth (de Moscou) a fait, sur les lésions musculaires de l'atrophie musculaire primitive, une communication très importante à la Société de biologie.

« La lésion principale de la fibre musculaire, dit-il, consiste en un raccourcissement de celle-ci, par suite de l'atrophie fibreuse partielle d'une ou de ses deux extrémités; cette atrophie peut être partielle ou étendue à toute la fibre musculaire ; celle-ci prend alors, ou l'aspect fusiforme ou

(1) Dejerine. Société de biologie, 19 mars 1887.

(2) Roth. Société de biologie, 11 décembre 1886.

celui d'un simple tractus fibreux. Ces lésions sont du reste assez diffuses dans l'intérieur du muscle. On constate qu'au niveau où se continuent fibre musculaire et tendon, il y a, pour ainsi dire, fonte de l'extrémité musculaire et accroissement de la partie tendineuse; à l'extrémité de la fibre on trouve un plus ou moins grand nombre de cellules embryonnaires. L'atrophie musculaire se fait en longueur, et l'on peut dire que cet accroissement successif du tendon, aux dépens de la fibre musculaire, constitue la lésion caractéristique de la myopathie progressive, bien différente de l'atrophie musculaire d'origine myélopathique, où il y a amincissement de la fibre musculaire avec sclérose simple.

En clinique, ajoute l'auteur, la localisation de ces lésions, c'est-à-dire le raccourcissement de la partie contractile du muscle, nous explique ces bosses contractiles que l'on voit se former dans certains muscles, la rétraction de ces muscles empêchant la production de certains mouvements; de même certaines fibres, restées saines et hypertrophiées, nous font comprendre pourquoi le muscle est plus gros, quoique sa force soit amoindrie. La puissance d'un de ses faisceaux musculaires est en effet bien plus en rapport avec sa section transversale qu'avec sa longueur, et l'on comprend que, malgré une hypertrophie apparente, les mouvements soient à peine possibles, par le fait de l'atrophie fibreuse qui se fait suivant la longueur du faisceau musculaire. Enfin, les réactions électriques varieront suivant qu'elles auront été recherchées sur des parties malades ou sur des parties restées saines. »

Ces recherches expliquent, dit M. Dejerine, comment on voit parfois se former dans un muscle, et en particulier dans le triceps, de véritables boules musculaires qui durcissent pendant la contraction : dans ces parties, en effet, les altérations musculaires sont beaucoup moins considérables qu'au-dessus et au-dessous d'elles.

De toutes les recherches entreprises à ce sujet, il résulte également l'intégrité au moins apparente du système nerveux central et périphérique, et, comme le disent MM. Landouzy et Dejerine, à s'en tenir aux enseignements pathologiques de la dernière heure, on doit dire que les myopathies naissent, évoluent et progressent sans neuropathie.

Pouvons-nous maintenant aborder la pathogénie de cette amyotrophie primitive?

Ainsi que l'a fait remarquer M. Parisot dans sa thèse (1), deux hypothèses sont ici en présence.

Ou bien l'amyotrophie n'est pas en réalité primitive : elle dépend d'un trouble fonctionnel du myélaxe.

Ou bien le muscle est malade protopathiquement, c'est-à-dire indépendamment d'une modification de l'innervation centrale ou périphérique.

Les recherches les plus minutieuses n'ont pas permis de déceler jusqu'ici la participation du système nerveux central ou périphérique dans la production de la myopathie progressive. On est donc en droit d'admettre qu'il n'y a dans cette affection aucune intervention du système nerveux. C'est à cette opinion que se rangent M. Charcot et ses élèves, et, nous l'avons vu, MM. Landouzy et Dejerine. Ainsi que le dit M. Parisot, on ne saurait refuser aux muscles le droit que possèdent tous les autres tissus : celui de devenir malade spontanément; il faut donc considérer la myopathie primitive comme une affection purement musculaire, dont la cause première est encore inconnue, mais pour laquelle l'influence de la moelle et des nerfs périphériques ne paraît pas devoir être invoquée.

(1) Parisot. *Pathogénie des atrophies musculaires*, Thèse d'agrégation, 1886.

La première hypothèse a, elle aussi, ses défenseurs, et il faut bien convenir que certains faits tendent à leur donner raison. Erb, dit M. Parisot, admet que des troubles fonctionnels des appareils trophiques centraux peuvent entraîner des altérations anatomiques dans les appareils moteurs périphériques, la manifestation morbide commençant à se produire au point le plus éloigné du centre trophique. Il pense que la myopathie progressive est une trophonévrose musculaire.

M. Lépine, lui aussi, défend cette théorie nerveuse (1) : « Pour dire ici toute ma pensée, je ne suis pas absolument convaincu de l'intégrité *fonctionnelle* du système nerveux central chez ces malades. Quand on prend en considération la circonscription de la myopathie à certains groupes musculaires sous la dépendance soit d'un nerf (nerf facial), soit d'un groupe de cellules des cornes grises de la moelle, et l'absence fréquente du réflexe rotulien, on a des motifs pour suspecter l'état (fonctionnel) des centres nerveux. »

Ajoutons enfin que certains faits récents tendraient à faire penser, tout au moins à une modification fonctionnelle du système nerveux, sinon à une altération matérielle que l'imperfection de la technique microscopique ne permettrait pas encore de démasquer.

Nous avons vu que certains signes étaient considérés comme propres aux myopathies primitives et qu'ils pouvaient servir à les différencier des myopathies secondaires.

Au nombre de ces signes sont, avons-nous dit, la réaction de dégénérescence, l'absence des contractions fibrillaires, la conservation des réflexes tendineux, l'absence des phénomènes bulbaires, etc. Or, parmi ces signes, il en est qui n'ont peut-être pas toute la valeur qu'on serait en droit de leur supposer. La réaction de dégénérescence, déjà un peu compromise depuis quelque temps dans l'esprit de certains observateurs, aurait été notée dans quelques muscles chez un malade nettement atteint de myopathie progressive primitive.

MM. Landouzy et Dejerine ont cité un cas dans lequel la langue participait aussi à l'atrophie des autres muscles.

Quelques contractions fibrillaires ont parfois été notées dans des observations de myopathie primitive pure.

Quant aux réflexes tendineux on a pu les trouver abolis dans la myopathie progressive et dans des cas où l'atrophie du muscle ne paraissait pas suffisante pour expliquer leur disparition.

Signalons enfin, comme pièces du procès et sans vouloir les discuter, les faits suivants :

1° L'observation de MM. Cénas et Douillet où, dans la même famille il y avait à la fois des myopathies primitives et secondaires.

2° Les recherches de M. Grigorescu, de Bucharest (2), qui aurait constaté des altérations des nerfs périphériques dans la paralysie pseudo-hypertrophique.

Il admet qu'il est probable que dans le fait qu'il a observé la maladie a commencé par le système nerveux et que cette lésion, si l'on en juge par son intensité moindre vers la périphérie, est de nature centrifuge. Il est probable aussi que

(1) Lépine. *Lyon médical*, 27 septembre 1885.
(2) Grigorescu. Société de biologi ,1887, p. 513.

le tissu conjonctif interstitiel subit consécutivement l'effet de cette lésion nerveuse, et que l'altération musculaire est tout à fait secondaire.

Quant au traitement de la myopathie progressive primitive, il consiste, d'après M. le docteur Ladame (1), qui s'est particulièrement occupé de cette question, dans l'emploi de la galvano-faradisation, d'après le procédé de Watteville (de Londres). Le courant induit et le courant galvanique passent dans le même fil et ont la même direction de sorte qu'on trouve à l'anode les deux pôles positifs, tandis que la kathode renferme les deux pôles négatifs. Ce procédé d'électrisation est d'ailleurs parfaitement indiqué dans l'article de M. le docteur Ladame, auquel nous avons déjà fait allusion plus haut.

NOTES CHIRURGICALES

L'usage interne de l'acide phénique dans les maladies de la peau. — M. le docteur Augagneur vient, dans les derniers numéros de la *Province médicale*, de faire connaître le résultat d'un traitement qu'il emploie depuis quelque temps pour obtenir la guérison de certaines affections cutanées. Il s'agit de l'usage interne de l'acide phénique. Cet agent thérapeutique ne paraît pas agir ici comme antiseptique et antiparasitaire, et son mode d'action reste encore inconnu et complètement inexplicable.

L'on sait, en effet, combien l'application externe d'acide phénique donne souvent lieu à l'apparition d'eczéma, d'abord local, puis bientôt généralisé. C'est au point que certains chirurgiens, et des meilleurs, ont dû renoncer complètement à l'emploi de cet agent si merveilleux. Par quel mécanisme l'absorption d'acide phénique par la voie digestive produit-elle un résultat absolument opposé. M. Augagneur n'en donne point une explication suffisante, il se borne à enregistrer les faits et voici les conclusions de son mémoire :

La médication phéniquée est très aisément supportée à la condition que les quantités employées ne dépassent pas 1 gramme chez les adultes et 50 centigrammes chez les enfants. A cette dose, l'acide phénique peut être absorbé pendant des semaines et des mois, sans produire le moindre accident, sans jamais donner la coloration noire des urines, si caractéristique, de l'intoxication phéniquée.

Voici la formule que recommande M. Augagneur :

Acide phénique	40 centigr.
Glycérine	Q. S.
Sirop d'écorces d'oranges amères . . .	40 grammes.

La dose moyenne, chez les jeunes enfants, est de 30 à 60 centigrammes; chez l'adulte, de 50 centigrammes à 1 gramme.

Le succès est constant dans le prurigo des enfants et dans les prurigos en général; l'eczéma est amélioré dans les formes sèches et lichenoïdes, plus rarement dans les formes aiguës et très humides. Le psoriasis n'est jamais influencé par la médication phéniquée.

Quand on veut bien se rappeler la difficulté toujours fort grande, que le médecin éprouve pour faire disparaître ces affections cutanées, on doit encourager toute médication nouvelle, surtout si, comme celle recommandée par M. Augagneur, elle est à la fois efficace et inoffensive. Le chirurgien lyonnais engage vivement les praticiens à employer l'acide phénique à l'intérieur dans les affections cutanées, et, il faut avouer que les observations qu'il rapporte sont fort convaincantes. « Plusieurs de nos malades, dit-il, avaient été traités auparavant par d'autres médications, et aucune n'avait donné des résultats aussi prompts et aussi nets, nous pouvons ajouter aussi durables. »

(1) Ladame. Loc. cit.

L'habileté et la compétence reconnues de M. Augagneur nous font un devoir de signaler cette nouvelle méthode dont l'application est à la portée de tous.

De la cocaïne comme anesthésique local dans l'opération de l'hydrocèle. — Rien n'est variable comme l'intensité de la réaction douloureuse qui suit l'injection iodée dans la cavité d'une hydrocèle. Quelques malades ne souffrent nullement; chez d'autres, le mal est tellement violent, qu'il peut aller jusqu'à la syncope; et rien ne peut, auparavant, faire prévoir quelle sera la violence de cette douleur.

L'anesthésie chloroformique pourrait, sans doute, supprimer ce grand inconvénient de l'injection iodée. Mais, c'est avec juste raison que, dans la plupart des cas, le chirurgien refuse, au malade, le bénéfice de l'anesthésie générale. Les dangers de l'anesthésie, quoique rares, sa durée, les troubles gastriques qui la suivent, comportent trop d'inconvénients, pour être opposés à la suppression d'une douleur qui, pour être quelquefois intolérable, est toujours passagère et jamais dangereuse.

Aussi, c'est à l'anesthésie locale qu'il faut avoir recours. M. le docteur Périer se sert de l'injection de cocaïne pour supprimer la douleur consécutive à l'injection iodée. M. Schwartz, dans la *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, rend compte de ce procédé et divise à cet égard les hydrocèles en grosses, moyennes et petites.

Pour les grosses, il faut injecter, après la ponction et l'évacuation du liquide, 50 centigrammes de cocaïne dissous dans 50 grammes d'eau ; pour les moyennes, 40 centigrammes dans 40 grammes d'eau, et 30 centigrammes pour les petites.

On laisse la solution en contact avec la séreuse, pendant sept à huit minutes, puis on évacue et l'on pratique l'injection iodée.

Pendant l'opération, le malade ne ressent aucune souffrance, et l'absence de douleur persiste quelquefois pendant trois quarts d'heure et même une heure. En général, la période indolente ne dépasse pas une demi-heure. Après ce temps, des douleurs se font sentir dans les reins et le long du cordon spermatique, elles durent généralement de une heure et demie à deux heures, mais elles sont fort tolérables, et le malade, débarrassé de l'inquiétude que pouvait lui causer l'acte opératoire, les supporte très facilement.

A. Ricard.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 octobre 1888. — Présidence de M. Polaillon.

RAPPORT

Fracture sus-malléolaire, consolidation vicieuse, ostéotomie, résection, guérison. — **M. Chauvel** fait un rapport sur une communication de M. Charvot, médecin-major à Tours. Il s'agit d'un Arabe de quarante-deux ans, qui était atteint d'une fracture sus-malléolaire mal consolidée avec le pied en dehors. La marche était impossible. M. Charvot fit l'ostéotomie linéaire du péroné et, le pied ne pouvant être redressé, il réséqua séance tenante 5 centimètres de l'apophyse du tibia, en conservant le périoste et la malléole interne. Le pied put être alors ramené dans une attitude normale. Il y eut de la suppuration ; la consolidation ne fut complète qu'après deux mois et demi. Le rétablissement fonctionnel du membre fut parfait. En approuvant la conduite de M. Charvot, M. Chauvel fait observer que, dans ces cas, il faut toujours commencer par faire l'ostéotomie du péroné qui, dans beaucoup de cas, suffit seule pour obtenir le redressement.

M. Terrillon a présenté un cas semblable de suture du péroné avec résection du tibia. La consolidation et le rétablissement des fonctions furent parfaits. Il y a quelque temps, il a eu l'occasion d'observer un cas analogue. Il s'agissait d'une fracture du péroné mal consolidée. Dans ce cas, il suffit de faire la section de cet os et le résultat fut parfait. Ce fait vient à l'appui de l'opinion émise par M. Chauvel.

COMMUNICATIONS

Suture à distance. — M. DESPRÉS fait une communication sur un nouveau mode de suture dans certaines fistules dont la première offre des difficultés souvent insurmontables. Il cite trois observations, l'une de fistule de la trachée, l'autre de fistule pénienne, la troisième de fistule vésico-vaginale, dans lesquelles il a employé avec succès ce mode de suture à distance.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une fistule de la trachée opérée trois fois sans succès par le procédé américain. Il fit, de chaque côté de la fistule, un pli assez épais avec la peau du cou et les rapprocha devant la fistule qui se trouvait ainsi comprimée au fond de la plaie. Une épingle à suture traversa de part en part les deux plis de la peau accolés l'un à l'autre et un point de suture entortillée a été placé au-dessus. Ce point de suture a été laissé sept jours en place. La fistule était complètement fermée et la malade sortit quinze jours après complètement guérie. Il ajoute que, mieux instruit par l'expérience, il ne laissera à l'avenir les points de suture que cinq jours.

Dans le second cas, il s'agissait d'un jeune homme atteint d'une fistule pénienne qui avait été opérée cinq fois sans succès par divers procédés. M. Després a pratiqué l'opération suivante : la fistule n'a pas été touchée ; à huit millimètres, tout autour de l'orifice, une incision circulaire a été faite, puis à 1 centimètre plus loin, et suivant un rayon de la première circonférence une autre incision circulaire a été pratiquée, parallèle à la première. Tout l'espace compris entre les deux circonférences a été avivé. Il y avait de la sorte un anneau avivé autour de la fistule, n'intéressant en rien les bords de celle-ci. Huit points de suture ont été placés comme pour la fistule vésico-vaginale. La réunion donna une suture transversale perpendiculaire à l'axe de la verge. Les épingles furent enlevées le troisième jour. La suture avait complètement tenu. Mais le septième jour, un point céda et il se produisit une petite fistule oblique laissant écouler l'urine goutte à goutte. Un mois après, M. Després fit la même opération moins étendue et il obtint cette fois une fermeture complète.

Dans le troisième cas, il s'agissait d'une fistule vésico-vaginale opérée sans succès par M. Périer, puis par M. Routier. M. Monod ne fut pas plus heureux en pratiquant l'occlusion du vagin. Il y avait à la fois une fistule vésico-vaginale et une incontinence d'urine par absence du col et du sphincter de la vessie. Malgré le pronostic défavorable, M. Després pratiqua l'opération suivante : à 1 centimètre au-dessous de la cloison formée par la suture transversale du vagin, il fit un avivement de 1 centimètre de largeur, suivant une zone intéressant la face inférieure de l'urèthre, la face interne des grandes lèvres et la fourchette vulvaire. Il réunit d'abord la muqueuse de l'urèthre à la muqueuse vulvaire par trois points de suture; puis il réunit les deux grandes lèvres par six points de suture avec des fils métalliques. Les fils furent enlevés le huitième jour et la suture avait partout réussi. Il ne restait plus que l'incontinence d'urine.

M. ANGER a revu le malade dont M. Després a parlé et qui était atteint d'une fistule pénienne; dans la première opération, M. Anger obtint la fermeture de cette fistule. Il soupçonne fort le malade de l'avoir lui-même rouverte pour rester à l'hôpital.

M. BERGER n'adopterait pas le procédé de M. Després parce que la suture à distance laisse un infundibulum en communication avec la fistule qui peut favoriser la réouverture de celle-ci. Il préférerait disséquer complètement le lambeau cutané formé par M. Després et suturer l'une à l'autre les deux surfaces cruentées.

M. DESPRÉS a constaté chez son malade qu'il n'y avait pas d'urine dans la cavité formée par la suture.

Déchirure du rectum par le ballon de Petersen. — M. NICAISE fait une communication sur un cas de déchirure du rectum par le ballon de Petersen. Il s'agissait d'un homme de soixante-quinze ans, atteint de cystite calculeuse, avec cystalgie extrêmement douloureuse. M. Nicaise lui pratiqua la cystotomie sus-pubienne. Ce malade mourut le seizième jour sans autre cause qu'un affaiblissement progressif. A l'autopsie, rien qui pût expliquer la mort. Il y avait une déchirure occupant la paroi antérieure du rectum. Il résulte de ce fait qu'avant d'employer le ballon de Petersen, il faudra s'assurer des dimensions de l'ampoule rectale et de la dilatabilité du rectum.

M. ROUTIER a observé un fait analogue. Il s'agissait d'un jeune homme atteint de cystite tuberculeuse. Ce malade est mort en douze jours de péritonite par rupture du rectum.

M. LE DENTU croit que ces ruptures sont dues à des altérations de la muqueuse rectale, ce sont là heureusement des accidents rares. Il faut avoir soin de tenir compte des moindres résistances. M. Le Dentu n'injecte jamais plus de 250 grammes dans le ballon de Petersen.

M. ANGER s'étonne qu'on n'abandonne pas le ballon de Petersen. On peut faire la taille hypogastrique sans cet instrument. Pour distendre la vessie, M. Anger a imaginé un instrument qu'il présentera dans la prochaine séance, et qui a pour but de refouler la vessie vers la paroi abdominale. Cet instrument permet même de supprimer l'injection vésicale.

M. DESPRÉS dit que la Société de chirurgie est déjà riche de quatre observations à la charge du ballon de Petersen. Il n'avait pas besoin de ces faits pour être l'adversaire de cet instrument. M. Després a fait deux tailles hypogastriques sans ballon de Petersen et sans injection vésicale préalable. Il y a toujours de l'urine en quantité suffisante dans la vessie. Pour lui, les points de repère anatomiques doivent suffire pour arriver dans la vessie.

M. MARC SÉE dit que l'instrument de M. Anger ne remplit pas le même but que le ballon de Petersen. En refoulant la vessie vers la paroi abdominale, M. Anger refoule en même temps le péritoine, tandis que le ballon de Petersen fait remonter le cul-de-sac péritonéal, c'est pourquoi il a recours au ballon de Petersen.

M. SEGOND défend avec énergie le ballon de Petersen contre les attaques de M. Després. C'est grâce à lui, dit-il, que la taille hypogastrique est devenue aujourd'hui une opération courante. Il l'a vu maintes fois employé par M. Guyon et y a eu recours lui-même une dizaine de fois, non seulement sans le moindre accident, mais encore avec les plus grands avantages. Enfin, on ne pratique pas seulement la cystotomie sus-pubienne pour extraire des calculs, mais aussi pour enlever des tumeurs de la vessie, pour gratter ou cautériser des ulcérations tuberculeuses, pour remédier à des cystites douloureuses. Dans tous ces cas, et surtout lorsque la vessie est rétractée, l'opération serait bien difficile sans l'emploi du ballon de Petersen.

M. LE DENTU, tout en reconnaissant qu'il est possible à un chirurgien expérimenté d'arriver même sur une vessie rétractée sans le secours du ballon de Petersen, soutient que cet instrument facilite beaucoup l'opération et présente de grands avantages.

M. DESPRÉS fait observer que les accidents dont on vient de parler sont bien dus à l'emploi du ballon de Petersen. Si ces accidents, dit-il, sont arrivés entre les mains de nos collègues, que deviendront les dangers de cet instrument entre des mains inexpérimentées. La vessie n'a pas besoin d'être relevée, et tout chirurgien vraiment digne de ce nom doit pouvoir y arriver sans d'autres secours que les points de repère anatomiques. M. Després ne doute pas que le ballon de Petersen ne fasse bientôt partie de ce nombreux arsenal d'instruments plus ou moins vantés pendant un certain temps, et aujourd'hui complètement tombés dans l'oubli.

M. NICAISE reste un partisan convaincu de l'emploi du ballon de Petersen. Il pense toutefois qu'il y a certaines précautions à prendre et qu'il faut bien se garder d'injecter dans ce ballon les quantités énormes de liquide qu'on a indiquées, 4 à 600 grammes par exemple.

Accidents de pseudo-étranglement herniaire. — M. PICQUÉ fait une communication sur un cas de cure radicale d'une hernie volumineuse ayant donné lieu à des accidents de pseudo-étranglement.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 1er octobre 1888, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Dufossé, Aussenac, Blocq, Polguère, Beaupère, Demelin, Moreau, Hommey, Dentu, Puech, Déjean, Lejars, Jacob, Puig, Longo.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Henri Collin (d'Épinal), médecin-major de deuxième classe, décédé subitement à Dijon.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Maladies du larynx, laryngoscopie et technique thérapeutique locale, à l'usage des praticiens et des étudiants, par le docteur J. Gottstein, privat-docent à l'Université de Breslau, traduit de l'allemand et annoté, par le docteur L. Rougier, médecin de la clinique des maladies du larynx, du Dispensaire général de Lyon, avec 38 figures dans le texte, 1 vol. in-8° de 370 pages. — Prix : 7 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

L'année médicale (10e année, 1887), résumé des progrès réalisés dans les sciences médicales, publiée sous la direction du docteur Bourneville, médecin de l'hospice de Bicêtre, etc. 1 vol. in-18. — Prix : 4 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Manuel de diagnostic clinique au lit du malade, par le professeur Tappeiner, traduction faite sur la 2e édition allemande, par H. Nicolle, interne des hôpitaux, et mise au courant des dernières connaissances par l'auteur, avec une préface par le docteur Albert Robin. 1 vol. in-16, avec 8 figures intercalées dans le texte. — Prix : 2 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

53

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidulées, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

THERMALITÉ 13°	SAINT-JEAN	RIGOLETTE	PRÉCIEUSE	DÉSIRÉE	MAGDELEINE
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse..	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives.* Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre...........		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux........		
Chlorure de sodium........		
Matières organiques........		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

72

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

St dép. dét. à Paris, Phie Lebeault, 53, Réaumur.

ENTREPOT GÉNÉRAL : 5, rue Bourg-L'Abbé, Paris.

31

ANTIPYRINE DU Dr KNORR

Nous offrons par l'entremise des maisons de gros l'**ANTIPYRINE** en boîtes fer blanc de **50** et **100g**.

Exiger notre étiquette, seule garantie de pureté.

Compagnie Parisienne de Couleurs d'Aniline.

31, rue des Petites-Écuries, Paris

111

CAPSULES ET SIROP DE HOUDÉ

AU SULFATE DE SPARTÉINE

L'expérimentation physiologique et l'observation clinique s'accordent pour démontrer que le sulfate de **Spartéine** exerce une action prédominante et élective sur le fonctionnement du cœur, en augmentant l'énergie, la durée et la persistance des contractions et en régularisant le rythme cardiaque troublé.

Les **CAPSULES** et le **SIROP de HOUDÉ** au **Sulfate de Spartéine** sont donc tout indiqués, chaque fois que le myocarde a fléchi, lorsque le pouls est irrégulier, intermittent, arythmique, dans les *attaques d'asystolie,* dans *l'asthénie cardiaque,* la *dyspnée du cœur* et la *péricardite.*

Dose quotidienne, de 10 à 15 centigrammes.

Dépôt: A. Houdé, Paris, r. fg St-Denis, 42, et phies.

39

LA POUDRE DE VIANDE ROUSSEAU

garantie d'une conservation illimitée et d'une odeur et d'un goût agréables, rend facile et pratique l'alimentation thérapeutique.

Paris, 3 *bis*, rue Bleue.

79

SAINT-RAPHAEL, VIN TANNIQUE

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

Dose: Un petit verre après les principaux repas.

Dépot : Dans toutes les bonnes pharmacies.— Vente en gros chez tous les droguistes.

82

VALÉRIANATE PIERLOT

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses,* des *névralgies* et du *nervosisme.*

Le Valérianate de Pierlot doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

42

ERGOTINE. DRAGÉES D'ERGOTINE

de **BONJEAN**

La solution d'ERGOTINE BONJEAN est d'après les plus illustres médecins un des meilleurs hémostatiques (Ergotine, 10 grammes; eau, 100 grammes).

Les DRAGÉES D'ERGOTINE BONJEAN sont employées avec le plus grand succès pour *faciliter le travail de l'accouchement,* arrêter les *hémorrhagies* de toute nature (crachements, pertes de sang, etc.), contre les *dysentéries* et *diarrhées chroniques,* et enfin pour combattre la *phthisie pulmonaire* et enrayer sa marche.

Dépôt général : LABELONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

55

TAMAR INDIEN GRILLON

Fruit laxatif rafraîchissant.

Contre **CONSTIPATION**

hémorrhoïdes, bile, manque d'appétit, embarras gastrique et intestinal et la migraine en résultant.

NE CONTIENT AUCUN DRASTIQUE.

21

PHTHISIE, BRONCHITES

ET CATARRHES PULMONAIRES

TRAITEMENT CURATIF

PAR LES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE

L'EUCALYPTINE LEBRUN

Dépôt génal : Phie Centrale, fg Montmartre, Paris.

74

COTON IODÉ PRÉPARÉ PAR J. THOMAS

pharmacien de 1re classe.

Le Coton iodé est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique dont on peut graduer les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hôpitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les phies.

34

BAINS D'EAUX-MÈRES

de Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées).

Eaux-mères chlorurées sodiques bromo-iodurés et sels concentrés d'eaux-mères pour bains chez soi.

Un litre pour un bain. Flacon : 1 fr. 50.

Rachitisme, lymphatisme, scrofules, nécroses.

Paris, Pharmacie centrale et principales phies.

96

Gouttes, Gravelles,

Coliques hépatiques, néphrétiques, Cystite

CONTREXÉVILLE

SOURCE DU PAVILLON

seule décrétée d'intérêt public.

Dépôt central : Adam, bvard des Italiens, 31, Paris.

Exiger la source du **Pavillon.**

47

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP de HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : cinq francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : deux francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

65

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : quatre francs.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.

Vente en gros : Chez tous les droguistes.

19

SULFUREUX POUILLET

Approuvé par l'Académie de médecine.

Permet d'obtenir *de suite* et *économiquement* une bonne *eau sulfureuse.*

EN BOISSON : 2 fr. 50 — une mesure (12 centigrammes) dans un verre d'eau.

EN BAINS : 1 fr. — un flacon pour un bain *incolore et sans odeur.*

Vente en gros : 112, rue du Bac, Paris.

11

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

15

EAU ANTI-HÉMORRHAGIQUE

de **TISSERANT.**

Employée à l'Hôtel-Dieu de Paris, avec un succès constant, contre les *hémorrhagies (hémoptysies, métrorrhagies, ménorrhagies,* etc.), les *flux muqueux,* tels que *leucorrhées, diarrhées simples* ou *dysentériques,* les *catarrhes,* les *affections eczémateuses* et *pruriginenses,* etc.

Phie SAVOYE, boulev. Poissonnière, 4, Paris.

77

Eau minérale

ARSENICALE, FERRUGINEUSE, MAGNÉSIENNE

FARETTE

Anémie, gastralgie, convalescence, maladies de la peau.

22, rue du Quatre-Septembre, Paris.

N° 116. — MARDI 9 OCTOBRE 1888. 61e ANNÉE. MARDI 9 OCTOBRE 1888. — N° 116.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. BROUARDEL.

Crimes professionnels : avortement, attentat à la pudeur, empoisonnement.

J'aborde, aujourd'hui, la question des crimes professionnels, ceux dont l'accomplissement est rendu plus facile au médecin par l'exercice de son art : l'avortement, l'attentat à la pudeur et l'empoisonnement.

La loi a prévu le fait, et, pour l'avortement, l'article 317 du code pénal condamne spécialement le médecin aux travaux forcés à temps. Le crime professionnel est donc particulièrement visé et à juste titre : la société vous a confié des armes, vous ne devez pas les retourner contre elle.

Il faut ajouter que le crime d'avortement est commis le plus souvent par des sages-femmes. Pour ma part, je n'ai rencontré que deux médecins coupables ; Tardieu en avait eu une dizaine.

L'attentat à la pudeur est plus facile à commettre pour le médecin que pour tout autre et, dans ces dernières années, la pratique de l'hypnotisme a rendu ce crime encore plus facile. Il est visé par les articles 331 et 332 du code pénal.

Voici dans quelles conditions on rencontre ces accusations. Dans le premier cas, le médecin n'y est pour rien. Une femme hystérique l'accuse d'avoir attenté à sa pudeur et rien n'est plus facile, pour peu que le médecin ait voulu constater des lésions utérines par le toucher qui a été mal interprété. Il est arrivé souvent qu'en sortant de chez le médecin, la femme se rend chez le commissaire de police, se plaint d'avoir été victime de la lubricité du docteur, et le commissaire de police le fait arrêter.

C'est par des raisons extrinsèques qu'il est relâché ; l'affaire est classée et on donne un non-lieu *faute de preuves*.

Une première règle à observer pour éviter de pareils scandales, c'est de ne jamais s'enfermer au verrou avec une femme. J'ai toujours entendu relever cette circonstance contre les inculpés. Je vous recommande du reste de ne jamais procéder à un examen sur une jeune femme ou sur une jeune fille sans qu'elle soit accompagnée par son mari ou par sa mère.

Mais il y a un deuxième groupe : ce sont les médecins qui, tentés par l'occasion, ont dépassé les limites permises. Dans ce cas, il est à remarquer que presque toujours, lorsque la femme porte plainte, c'est que le médecin a manqué de procédé et s'est montré brutal ou maladroit. J'ai été commis, il y a trois ans, dans une affaire de ce genre, et savez-vous pourquoi cette fille s'était plainte non pas au premier mais au deuxième attentat ? C'est parce que, cette fois-là, le médecin a eu le mauvais goût de lui dire : « Vous me devez 10 francs pour les deux visites. »

Autre recommandation : sous aucun prétexte, n'anesthésiez une femme seule dans votre cabinet. Il y a parfois au réveil des souvenirs de rêves voluptueux qui peuvent faire croire à la réalité.

D'autre part, on arrive maintenant, à l'aide de manœuvres hypnotiques, à mettre certaines femmes nerveuses dans l'impossibilité de se défendre et, dans ces conditions, certains individus sont tentés de se livrer à des actes qui peuvent les conduire très loin.

En 1878, j'ai été chargé d'une expertise au sujet d'un dentiste de Rouen, qui était accusé d'avoir violé une fille B... (1).

Le viol est le crime de l'hypnotisme, celui qui sera commis le plus souvent sous son couvert. Il ne faudrait pas croire, cependant, que les coupables ne pussent pas être facilement retrouvés, d'abord parce que tout le monde ne peut pas hypnotiser, ensuite parce qu'il faut que la femme s'y prête. Si bien que lorsqu'une fille s'apercevra qu'elle a été violée, il lui sera assez facile de savoir dans quelles circonstances.

Le dernier crime dont j'ai à vous parler, c'est le crime d'empoisonnement, qui est très difficile à poursuivre, au point de vue médico-légal, et qui passe souvent inaperçu. Il faut vivre avec quelqu'un, être admis dans son intimité, pour mettre de l'arsenic dans sa soupe, ou bien il faut être son médecin.

Depuis un certain nombre d'années, il y a eu plusieurs procès d'empoisonnement contre nos confrères. Je ne veux pas les relater tous, mais je vous engage à en lire quelques-uns dans les *Causes célèbres* : il y a une certaine moralité à en retirer, car vous verrez comment nous pouvons nous trouver entraînés à faire des déclarations et des témoi-

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1887, p. 1098.

gnages que parfois les découvertes ultérieures de la science rendent au moins douteux.

Palmer a été pendu en Angleterre dans les circonstances suivantes. Lui et un de ses amis ayant d'assez fortes dettes font courir un cheval, ce cheval gagne la course et, dans la soirée, les deux amis se trouvaient à la tête d'une fortune. L'un d'eux est pris dans la nuit de convulsions tétaniques et succombe dans une rechute survenue deux ou trois jours plus tard. A l'autopsie, on lui trouva un foie et un rein syphilitiques. Mais comme il était mort à la suite d'accidents tétaniques et que, d'ailleurs, on trouva son portefeuille dans la poche de son camarade, on conclut à un empoisonnement par la strychnine et Palmer fut condamné, quoiqu'on n'ait pu découvrir aucune trace de strychnine dans le cadavre.

Eh bien! cet individu n'avait-il pas succombé à des accidents urémiques? Je ne dis pas que cela soit, mais il n'est pas démontré pour moi qu'il ait été empoisonné par la strychnine.

Il existe un aléa analogue dans l'affaire Couty de la Pommerais. Ici tout démontre que l'inculpé était réellement coupable. Mais il s'agit de savoir si Mme de Pauw avait bien été empoisonnée par la digitale. Il est malheureusement impossible d'isoler ce poison végétal par des réactions chimiques; il fallait donc avoir recours aux réactions physiologiques. Avec les extraits retirés du corps de la victime, on a empoisonné une grenouille qui est morte en systole cardiaque. On a aussi injecté à un chien 2 grammes d'un extrait qu'on avait obtenu en râclant le plancher à un endroit souillé par des matières vomies : à l'autopsie, on a trouvé les ventricules du cœur contractés et les oreillettes dilatées. On a conclu de ces expériences que Mme de Pauw avait succombé, comme on le pensait, à un empoisonnement par la digitaline.

Hébert, pharmacien de l'Hôtel-Dieu, fit à ce moment quelque chose de très intéressant, mais on n'y prit pas garde. Il montra que les extraits obtenus avec des détritus de parquet quelconques produisaient les mêmes phénomènes. « Lorsque les matières organiques sont en décomposition, il se produit des substances toxiques que je ne connais pas, disait-il, mais dont l'action fait mourir les grenouilles en systole cardiaque, comme la digitale. »

Or, maintenant que nous savons que les matières organiques peuvent donner naissance à des alcaloïdes, dont les caractères se rapprochent beaucoup des alcaloïdes végétaux et qu'on appelle des *ptomaïnes*, nous sommes forcés d'avouer qu'il y avait dans les expériences du pharmacien de l'Hôtel-Dieu quelque chose d'exact, et si nous songeons qu'il a été combattu alors par tous les autres médecins, cela doit nous rendre modestes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Segond.

Calculs de la vessie, taille et lithotritie.

Parmi les nouveaux malades du service il en est un sur lequel je veux appeler tout particulièrement votre attention.

C'est un homme de cinquante et un ans, marchand de vin, et qui, je me hâte de le dire, ne présente rien dans ses allures qui indique un de ces alcooliques comme nous en voyons tant.

Cet homme est bien portant, il est fort, vigoureux, robuste. Ses antécédents héréditaires sont nuls : sa mère est morte à quatre-vingt-trois ans, son père en a quatre-vingt-un et vit encore, très bien portant aussi. Quant à ses antécédents personnels, ils se bornent à une variole à l'âge de dix-sept ans.

Il est malade depuis deux ans; sans cause appréciable, dit-il, il a commencé à souffrir en urinant, et surtout à la fin de la miction. Ces douleurs qu'il ressentait à l'extrémité de la verge ont été en augmentant peu à peu, puis il s'est mis à uriner plus souvent. Il a remarqué aussi que les mictions étaient plus fréquentes alors qu'il était debout ou qu'il marchait, plus fréquentes aussi quand il allait en voiture, plus fréquentes encore quand la voiture roulait sur le pavé que sur les rails des tramways. La nuit au contraire, tout allait mieux.

A plusieurs reprises, il a pissé du sang; ce sang n'était pas pur, mais constamment mélangé à l'urine; ces hématuries n'avaient jamais lieu sans cause, elles étaient toujours provoquées par quelque chose (la marche, la fatigue, le séjour prolongé en voiture). A part la présence du sang, les urines ne sont généralement pas mauvaises.

Cette symptomatologie, très nette, que nous décrit le malade, ne peut laisser aucune prise au doute : il s'agit certainement, et avant même tout examen, d'une pierre dans la vessie. Quant à l'exploration mécanique, directe, elle confirme absolument le diagnostic et, de plus, nous indique que le calcul est unique et qu'il mesure 3 centimètres.

Quel traitement, quelle opération allons-nous faire à cet homme?

Deux opérations seules aujourd'hui sont en présence : la taille et la lithotritie. Car je ne regarde pas comme sérieux le moyen proposé dans une thèse subie en 1885, en vue d'éviter les dangers des deux opérations précitées et qui consiste à prendre un sac, l'introduire dans la vessie du calculeux, mettre la pierre dans le sac, après quoi l'on fait pénétrer dans ledit sac un acide capable de dissoudre le calcul sans aucun danger pour l'organe vésical, et on retire le sac.

Mais, comme l'a dit M. Trélat, qui était l'un des juges de cette thèse, le tout est de mettre la pierre dans le sac!

Passons. Donc deux seuls moyens chirurgicaux contre la pierre : la taille et la lithotritie.

La première lithotritie a été pratiquée le 13 janvier 1824, par Civiale, à l'hôpital Necker; un nom et une date à retenir de même que la date de 1878, et le nom du chirurgien américain Bigelow, qui a fait faire à cette opération un pas de géant.

Depuis Civiale, la lithotritie se faisait sans chloroforme et par petites séances, avec prudence; sans chloroforme afin que si, par hasard, on pinçait la vessie, la douleur ressentie par le malade pût le faire reconnaître; par séances très courtes, afin d'éviter des accidents. Or, Bigelow a démontré que l'opération était d'autant plus grave que les séances étaient plus nombreuses; la présence des petits graviers laissés dans la vessie était un danger qu'il fallait supprimer en évacuant complètement la vessie en une seule séance, sous le chloroforme, en y mettant n'importe quel temps.

Cette lithotritie a été perfectionnée aussi par M. Thompson et par M. Guyon, qui pratique le broiement jusqu'à réduction du calcul en poussière, par des séances prolongées.

Depuis 1824 on n'a cessé de discuter sur les avantages

de l'une ou l'autre de ces opérations, de la taille et de la lithotritie, et les écrits sur la matière sont innombrables, chacun défendant le procédé à adopter comme étant le meilleur, le moins dangereux, le plus facile. Bref, les opinions sont tellement disparates qu'elles rendraient le choix difficile, si M. Guyon n'avait exposé en maître, dans la dernière session du Congrès de chirurgie, l'état de la question.

En somme, la lithotritie est une excellente opération, exécutable par tout chirurgien qui veut s'en donner la peine, et l'on peut dire qu'en raison des perfectionnements dont elle a été l'objet, elle est devenue la sœur de la taille hypogastrique ou sus-pubienne, puisqu'elle peut débarrasser les malades de leur calcul en une seule fois; cependant, nous devons ajouter que la lithotritie est toujours plus longue à faire que la taille. Bref, chacune des deux opérations a ses indications et ses contre-indications, et c'est là ce que nous allons examiner maintenant; je ne parle ici bien entendu que de l'homme et non pas de la femme.

1° L'urèthre peut être rétréci et ne pas laisser passer l'instrument lithotriteur, et l'état général est pressant ou ne l'est pas. S'il est pressant, ce qui est assez rare, vous aurez recours à la taille; mais en général l'état du malade permet d'entreprendre la dilatation progressive du canal de l'urèthre et d'attendre que celui-ci soit perméable aux instruments.

2° On a dit que la prostate pouvait être assez hypertrophiée pour empêcher le passage à travers le canal et pour créer des difficultés opératoires, telles que les manœuvres dans la vessie en seraient rendues pénibles et, par suite, plus dangereuses que des manœuvres prolongées mais faciles. Ici encore le fait est assez exceptionnel.

3° Quant au calcul, trois points doivent être envisagés : sa dureté, son volume et la quantité. Il existe, en général, une relation directe entre le volume d'un calcul et sa consistance, donc tout calcul gros est dur, par suite, plus difficile à broyer. Les dimensions limites, fixées par M. Guyon pour les calculs à broyer, sont 5 à 6 centimètres.

D'autre part la lithotritie, dans le cas de multiplicité des calculs, est toujours réalisable, mais elle est aussi plus grave; cette multiplicité, au delà de deux ou trois calculs, est donc une indication de recourir à la taille, de préférence à la lithotritie.

4° L'état de la vessie fournit les indications les plus précieuses. Contrairement à ce que l'on a cru pendant longtemps, la cystite n'est pas une contre-indication à la lithotritie; elle guérit au contraire souvent, par cela seul qu'on a enlevé la pierre que l'organe renfermait. Je ne parle pas, bien entendu, de la cystite douloureuse (spasme du muscle vésical, contraction de tout son système musculaire), qui rend la lithotritie irréalisable, d'autant plus qu'il est dangereux, en pareils cas, de distendre la vessie ainsi contractée, sous peine de la voir se rompre. Aussi, la taille est-elle ici l'opération de choix. Mais, en somme, la cystite douloureuse est assez rare.

5° Jusqu'en 1878, jusqu'à Bigelow, la néphrite était considérée comme une contre-indication de la lithotritie, en raison de la multiplicité des séances. Aujourd'hui, il est au contraire démontré qu'elle doit être préférée à la taille. Il ne s'agit pas de la néphrite aiguë qui, elle, est une contre-indication aux deux opérations.

6° La fièvre est-elle une contre-indication ? Règle générale, on doit attendre, pour l'une et l'autre opération, que l'accès soit passé. Cependant, il y a des exceptions, et la fièvre n'est, en réalité, qu'une contre-indication relative variant avec les sujets. Dans certains cas, un accès de fièvre formidable (40 et 41 degrés), survenant à la suite d'un cathétérisme, n'est pas toujours une contre-indication, bien qu'il soit préférable d'opérer en dehors de la fièvre. Ainsi, chez un vieillard porteur de cinq calculs dans sa vessie, je songeais à faire la lithotritie, après avoir dilaté suffisamment son canal de l'urèthre, lorsque survinrent tout à coup de violents accès de fièvre ; cet homme, déjà en assez mauvais état, allait mourir, je n'hésitai pas à faire la taille hypogastrique, *in extremis*, comme la seule chance possible de salut. Une amélioration notable s'ensuivit pendant deux jours, et c'est le troisième jour seulement que cet homme succomba.

7° Enfin, j'ajoute, au point de vue de l'état général des malades, que les diabétiques sont des sujets opérables, tandis que, par contre, la maladie de Bright est une contre-indication aussi bien à la taille qu'à la lithotritie.

En résumé, la taille hypogastrique est préférable lorsque les cas de rétrécissement de l'urèthre et d'hypertrophie de la prostate rendent le passage des instruments impossible, dans les cas de calculs trop durs et dépassant 5 ou 6 centimètres, dans le cas aussi de calculs multiples, dans le cas où les malades ne peuvent supporter l'anesthésie pendant plus d'un quart d'heure, enfin, dans le cas de cystite douloureuse. Dans tous les autres cas, et ils sont de beaucoup les plus nombreux, c'est la lithotritie qui sera l'opération de choix, la lithotritie de Bigelow perfectionnée par M. Guyon.

HOPITAL SAINT LOUIS — M. FOURNIER

Traitement abortif de la syphilis.

Existe-t-il un traitement abortif de la syphilis ? un moyen de la juguler, de l'éteindre, *ab ovo*, dans son germe ? De tous temps cette question a hanté l'esprit des médecins, depuis Jean de Vigo en 1508 jusqu'à M. Ricord. Mais les résultats de la pratique avaient si bien déçu les espérances de la théorie que l'idée d'un traitement abortif avait été complètement abandonnée, lorsque les doctrines microbiennes sont venues tout à coup, en ces dernières années, lui donner un regain d'actualité, en faisant du principe de la syphilis non plus quelque chose d'immatériel et d'insaisissable, mais un microbe, c'est-à-dire quelque chose de matérialisé, un être vivant ayant besoin de proliférer pour coloniser. Or, toute prolifération exigeant un temps plus ou moins long, on a songé de nouveau à utiliser ce temps pour enrayer le développement du mal. De là, depuis douze ans, de nombreux essais de traitement abortif, lesquels peuvent être groupés sous deux chefs : 1° faire le blocus du chancre; 2° tuer, détruire le chancre *in situ*.

Pour faire le blocus du chancre, de façon à empêcher le mal de se propager, on a proposé de couper les lymphatiques allant dudit chancre au ganglion, c'était là un point de vue purement théorique ; on a essayé de le bloquer à l'aide de frictions et d'injections mercurielles pratiquées autour du chancre. Mais ce sont là des procédés qui ne pouvaient qu'échouer et qui ne méritent même pas d'être discutés.

D'autres ont cherché à barrer la route au microbe, en s'attaquant directement aux ganglions : soit en les ponc-

tionnant et en leur injectant de la teinture d'iode, ou quelque solution mercurielle, soit en les ouvrant et en les vidant, soit enfin en extirpant complètement les ganglions. Aucune de ces méthodes n'a donné de résultats, et de plus elles sont impraticables, la dernière surtout. En effet, pour barrer ainsi la route à la vérole, il faudrait enlever tous les ganglions qui sont l'aboutissant des lymphatiques en rapport avec le chancre. Or, prenons par exemple un chancre de la verge, il faudrait donc enlever tous les ganglions de l'aine, c'est-à-dire 18 à 20 ganglions, rien que pour la région superficielle, ganglions dont quelques-uns sont très petits, difficiles à distinguer; et de plus l'aine d'un seul côté ne saurait suffire, il faut atteindre les deux régions droite et gauche, car la formule, en pareil cas, est celle du tout ou rien. Tenter une pareille méthode, c'est se condamner à faire une véritable préparation anatomique des ganglions de l'aine des deux côtés.

Non seulement une pareille opération est pour ainsi dire impraticable, mais il n'est pas un malade qui voudrait s'y soumettre, et, de plus, elle est éminemment périlleuse dans une pareille région parcourue par de gros vaisseaux et où l'on rencontre l'embouchure de la saphène dans la crurale. Et, en somme, tout cela pourquoi? Pour un résultat aléatoire, incertain, hypothétique!

Passons donc aux méthodes qui s'adressent directement au chancre et qui ont un but commun : supprimer le chancre comme moyen d'infection. Ces méthodes sont au nombre de trois : la cautérisation du chancre, la cautérisation spécifique et l'excision.

La cautérisation du chancre se fait à l'aide de caustiques chimiques, à l'aide du fer rouge ordinaire ou du thermo ou du galvanocautère. Jadis elle faisait merveille, appliquée dans les quatre premiers jours. Pourquoi? Parce qu'elle s'attaquait en pareil cas à des chancres simples et non pas à des chancres syphilitiques qui demandent une incubation autrement longue que quatre jours, c'est-à-dire plusieurs semaines. Aussi, lorsque le fait a été reconnu, n'a-t-on plus vu les cautérisations faire merveille, mais on ne récoltait que des insuccès. M. Diday a rapporté une série d'observations dans lesquelles il avait cautérisé des chancres à leur début, alors qu'ils ne présentaient encore que l'aspect d'une plaie simple, des chancres datant de trois jours, de deux jours, voire même de vingt-quatre heures, et dans tous les cas, échec complet. Il en a été de même de Langston Parker qui a cautérisé profondément et complètement un chancre datant de deux heures, et qui n'en vit pas moins se développer ultérieurement les accidents de l'infection constitutionnelle.

La cautérisation spécifique, c'est-à-dire à l'aide d'une substance spéciale, facilement absorbable, telle que le sublimé corrosif ou bichlorure de mercure, n'a pas donné de meilleurs résultats, quoique l'idée fût théoriquement ingénieuse.

Reste l'excision du chancre. De très vieille date on avait cherché à extirper les chancres en vue d'arrêter la syphilis à son origine, mais on y avait renoncé à la suite d'insuccès constants, lorsque parut en 1877 un mémoire d'un médecin viennois, Auspitz, lequel rapportait 18 succès sur 33 cas. Devant de pareils résultats on tenta de nouveau l'expérience, et bientôt le docteur Crivelli pouvait réunir dans son travail 454 cas d'excision de chancre, la plupart de date récente.

Mais en quoi consiste l'excision d'un chancre? Dans la séparation par l'instrument tranchant de tous les tissus morbides qui constituent le chancre, séparation devant être pratiquée selon les trois préceptes suivants : 1° séparer de plusieurs millimètres la circonférence du chancre; 2° le disséquer assez profondément sous sa base; 3° ne rien en laisser en complétant l'opération par le râclage et la cautérisation. Tout d'abord nous devons reconnaître que l'opération n'est pas pareille dans tous les cas, et notamment s'il s'agit d'un chancre du frein ou du méat, où l'on serait amené à produire des délabrements intéressant le gland, l'urèthre, etc.

Mais la chose serait-elle même possible, voyons quels en sont les résultats locaux quant à l'opération, généraux au point de vue de la préservation. Le traumatisme se répare facilement et guérit très bien, mais des complications très graves peuvent se produire, comme l'hémorrhagie en nappe de la verge, la reproduction de l'induration sous le chancre excisé, que l'on a vue se faire jusqu'à deux et trois fois de suite au même point et tout à fait analogue à la première.

Quant au résultat général, ce qu'il y a de plus clair au premier abord, c'est que l'on a échoué beaucoup plus souvent que l'on n'a réussi (102 succès seulement sur 454 cas, soit 1 sur 4 à 5 cas). Si ce résultat même de 1 sur 4 à 5 était vrai, ce serait très bien. Malheureusement, il n'en est pas ainsi si l'on vient à peser les observations, car alors on reconnaît que l'énorme majorité des cas ne démontre pas ce qu'ils sont censés prouver. En effet, sur ces 102 cas, il en est un certain nombre appartenant à des médecins, pour qui tout chancre, simple ou non, est un chancre syphilitique, d'où un premier lot de cas à défalquer. De plus sur ces 102 cas, il en est encore un très grand nombre où l'incubation avait été beaucoup trop courte (1 jour à 10 jours) ainsi 10 cas sur les 18 d'Auspitz sont au-dessous de 10 jours et, par conséquent, rentrent dans les chancres simples, puisque l'incubation du chancre syphilitique est au minimum de 3 à 4 semaines. Il est encore une autre série de cas où les malades n'ont pas été suivis pendant un temps suffisant après l'opération pour avoir quelque valeur.

Enfin, dans ces 102 cas, ce n'est que très exceptionnellement que la confrontation a été faite du sujet vérolé avec celui qui avait donné la vérole et l'absence de ce contrôle laisse par suite planer quelque doute sur le diagnostic.

Bref, pour ces diverses raisons, je crois pouvoir dire qu'aucun des cas cités par les auteurs ne porte avec lui une preuve péremptoire du succès de l'excision du chancre comme moyen abortif de la syphilis, aucun d'eux ne répond au programme, ne présente les quatre garanties nécessaires et indispensables que voici :

1° La confrontation de l'homme et de la femme;

2° Une incubation nette et précise de trois à quatre semaines au moins;

3° Une observation complète et raisonnée démontrant que la lésion excisée était bien un chancre syphilitique et que le malade n'a pas eu ultérieurement la vérole;

4° Une surveillance assidue et prolongée des malades pendant six mois au minimum.

Tel est le programme à réaliser le jour où l'on voudra reprendre les expériences et auquel aucun de ces rapports jusqu'ici ne répond, car la conclusion la plus stricte et la plus légitime que l'on puisse tirer des faits publiés comme exemples de syphilis enrayée par l'excision du chancre est la suivante : il est bien possible que, dans quelques-uns des cas en question, l'excision du chancre ait réalisé l'arrêt

de l'infection, mais que, si la chose est possible, elle n'est en rien démontrée par les faits connus aujourd'hui dans la science. D'où il résulte que la vertu abortive de l'excision n'est pas encore démontrée.

Bien plus, dans la presque totalité des cas où l'on s'est efforcé d'établir le probabilité de la syphilis, par la confrontation des sujets, l'excision a toujours échoué, et j'ajoute alors même que l'opération avait été pratiquée dans les conditions les plus favorables, c'est-à-dire dans les premières heures qui avaient suivi l'apparition du chancre, témoin le fait de Rasori où l'excision fut faite *d'une façon certaine*, moins de douze heures après son apparition.

On a dit aussi que si l'excision n'enrayait pas la syphilis elle pouvait l'atténuer en détruisant un nid d'infection et l'on a cité à l'appui des cas où la syphilis avait été bénigne chez des sujets opérés. Cela ne prouve rien, et, en réalité, cette atténuation est une pure chimère.

Tel est l'état actuel de la science sur cette question de la méthode abortive, et ma conclusion est que cette méthode n'a pas encore fait toutes ses preuves; tout ce qu'elle a produit jusqu'à ce jour est loin d'être encourageant, puisque les faits semblent même la condamner absolument. Cependant, je ne dirai pas qu'il faille la rejeter, mais, l'expérience étant, en somme, inoffensive, je crois que nous devons réclamer un supplément d'enquête, un contrôle nouveau, mais à la condition que les tentatives nouvelles puissent servir à quelque chose, qu'elles soient sérieuses et conformes au programme que j'ai tracé tout à l'heure, afin que d'elles jaillisse enfin la lumière désirée sur cette grave question.

DU TRAITEMENT DE L'HÉMOPTYSIE

PAR LA RÉVULSION HÉPATIQUE

Par M. le docteur Hébert (d'Audierne).

M. Yves J..., âgé de vingt-cinq ans, employé des postes et télégraphes, à Paris, est pris brusquement, au milieu de la nuit, quelques heures après son arrivée à Audierne, le 18 août 1888, d'une abondante hémoptysie qu'il attribue à la fatigue du voyage, et dont la soudaineté ne laisse pas que de l'impressionner très vivement.

Ses antécédents héréditaires sont nuls. Comme antécédents personnels, M. J... présente tous les attributs du tempérament scrofuleux. Il porte, à la région latérale gauche du cou, une cicatrice d'adénite chronique suppurée.

Ce jeune homme s'enrhume facilement, tousse tous les hivers et est fréquemment oppressé. Depuis deux années environ, il souffre de troubles dyspeptiques, évidemment symptomatiques d'une tuberculisation pulmonaire commençante.

État actuel. — Pâleur extrême, expression de souffrance du visage; reflet bleuâtre et transparent des sclérotiques; ongles hippocratiques; digestions souvent pénibles et lentes, avec douleurs épigastriques et renvois de gaz de fermentation.

Depuis quelques jours, toux incessante, coqueluchoïde, points de côté, sueurs nocturnes localisées à la tête et au cou. Pouls 80, petit, mou, dépressible; température axillaire 37°5.

Examen de la poitrine. — Déformation du thorax, saillie du sternum en avant; dépression sous-claviculaire très prononcée; saillie des omoplates.

Palpation : pas de résultat appréciable.

Percussion : son obscur sous les clavicules, avec résistance au doigt et douleur à la percussion. Dans le reste des poumons la sonorité est normale.

Auscultation : sous les clavicules et dans les fosses épineuses, inspiration rude et soufflante, expiration prolongée; râles de bronchite disséminés dans toute l'étendue de la poitrine.

Cœur : battements exagérés et souffle anémique.

Au moment de ma visite, le malade avait rejeté par hémoptysie à peu près deux verres ordinaires de sang. Je prescrivis immédiatement l'ipécacuanha à dose vomitive et une application de sinapismes sur le thorax. L'hémoptysie diminua ce jour-là, mais elle ne fut pas arrêtée. Le lendemain elle persistait encore, et ainsi de suite durant six jours consécutifs, malgré l'emploi des hémostatiques ordinaires par la voie stomacale et la méthode hypodermique; du kermès minéral, de la glace par petits fragments, enfin des révulsifs de toute espèce.

Connaissant les bons effets de la révulsion et, en particulier, des vésicatoires appliqués sur la région hépatique pour arrêter les épistaxis rebelles; en outre, mettant à profit la récente communication de M. le docteur Guinard dans la *Gazette des hôpitaux* (1888, p. 836), je me décidai, bien que sans expérience personnelle en la matière, à essayer ce nouveau procédé d'hémostase pulmonaire chez ce jeune homme tuberculeux, en proie à des hémoptysies successives contre lesquelles tous les moyens classiques avaient échoué et qui, par leur abondance et leur persistance, avaient entraîné un état de débilitation inquiétant.

Mais afin de tenter l'expérience dans des conditions d'impartialité absolue à l'égard de cette méthode, je fis suspendre tout traitement, ne permettant pour boisson que de la limonade à l'eau de Rabel, et additionnée de glace.

Cette révulsion eut un succès complet. Six heures environ après l'application d'un large vésicatoire (13 centimètres de hauteur, 20 centimètres de largeur) sur la région hépatique, la toux et l'hémorrhagie pulmonaire s'arrêtaient brusquement pour ne plus reparaître.

Je livre le fait sans commentaires, me réservant d'expérimenter à nouveau, le cas échéant, ce mode de traitement d'une application si simple et dont le résultat a été promptement efficace.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Maladies du larynx, laryngoscopie et technique thérapeutique locale, à l'usage des praticiens et des étudiants (1), par le docteur J. Gottstein.

On pourrait faire, au livre de M. le docteur Gottstein, le même reproche que nous adressions au traité de Moldenhaüer, celui d'ignorer les recherches faites en France. Mais, tel qu'il est, le travail allemand constitue un excellent livre, riche en enseignements, écrit spécialement au point de vue pratique, et par suite fort utile à consulter. C'est, en effet, le fruit de l'expérience d'un praticien, adonné depuis près de vingt années à la spécialité des maladies du larynx. On trouve dans ce traité une libre critique des différentes méthodes opératoires ou thérapeutiques, une indépendance absolue, bref, une originalité qu'on trouve rarement dans un précis de ce genre.

Le docteur Rougier (de Lyon), qui a bien voulu prendre le rôle de traducteur, a enrichi l'ouvrage de notes personnelles, qui réparent quelques oublis et le mettent au courant des derniers faits scientifiques qui se sont produits jusqu'à ce jour.

Traité clinique et thérapeutique des maladies vénériennes (2), par Hermann von Zeissl.

De tous les livres que les traducteurs ont fait connaître aux médecins français, le traité de von Zeissl est certainement un des meilleurs. Sa réputation est d'ailleurs déjà connue et, chose

(1) Gr. in-8°. Prix : 7 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.
(2) In-8°. Prix : 7 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

rare dans un livre écrit en langue allemande, on y trouve une précision et une clarté dont il faut féliciter et l'auteur, et le docteur Rauge, qui nous a traduit tout l'ouvrage.

Il nous est difficile de passer en revue l'un après l'autre les différents chapitres de ce traité; mais s'il nous est permis de juger l'œuvre dans son ensemble, nous dirons que la discussion théorique est le côté le moins développé de l'ouvrage qui se recommande surtout par l'exposé clinique des maladies. Toutes les questions d'actualité y sont cependant posées et résolues avec une certaine originalité et avec des idées toutes personnelles.

Comme le dit l'auteur, peut-être un peu trop modestement : ce livre s'adresse à l'étudiant, au praticien qui ne peut, faute de temps, lire un traité complet sur chaque question. Tous deux y trouveront, aussi condensé que possible, un tableau d'ensemble des maladies vénériennes et de leur traitement.

Traité des maladies des fosses nasales, des sinus et du pharynx nasal, par le docteur Moldenhauer, traduit en français par le docteur Potiquet (1).

Le docteur Potiquet présente au public médical français le traité de Moldenhaüer. Nous devons souhaiter la bienvenue à ce livre qui vient d'Outre-Rhin nous instruire des opinions médicales allemandes. Mais le lecteur, désireux de connaître les opinions de nos maîtres de France, ou tout au moins de les voir discuter, serait rapidement déçu dans son espérance, car l'on croirait volontiers, à la lecture de l'ouvrage du docteur Moldenhaüer, que les maladies du nez sont, chez nous, chose inconnue.

Cependant, on ne peut aller loin dans la lecture du livre, sans remarquer de suite que l'auteur se serait fort bien trouvé de mettre à profit les quelques notions que la science française eût pu lui fournir. Le chapitre d'anatomie eût pu, sans déroger, s'enrichir de quelques emprunts faits à nos livres. Et, pour ne relever qu'un point parmi les autres, nous pensons que l'histoire des kystes et des abcès du sinus eût peut-être été plus complète et plus au courant des découvertes qui ne sont cependant déjà plus d'aujourd'hui et qui semblent inconnues à l'auteur, si le docteur Moldenhaüer eût bien voulu lire et citer les recherches de M. Magitot et de M. Malassez sur cette question.

Aussi, il faut remercier le traducteur d'avoir bien voulu dans ses notes relever çà et là les omissions de l'auteur allemand.

Quoi qu'il en soit de cette critique, qu'on pourrait adresser à tous les livres qui nous viennent d'Allemagne, et qui affectent d'ignorer notre existence scientifique, il convient de reconnaître que l'ouvrage du docteur Moldenhaüer n'est pas sans mérite et qu'un des chapitres qui se recommandent le plus particulièrement au médecin est celui qui traite de l'examen des malades atteints d'affections nasales. La partie technique et thérapeutique de l'ouvrage a été également étudiée avec soin par l'auteur.

Intubation du larynx dans le croup (2), par M. L. Jacques.

Le tubage du larynx paraissait bien mort à la suite de la discussion orageuse de l'Académie de médecine en 1858. M. Bouchut trouva à peine, en la personne de Malgaigne, une voix qui s'éleva en faveur du tubage. Depuis, le procédé, repoussé de France, a fait fortune en Amérique, et il nous revient acclamé, comme bien supérieur à la trachéotomie.

L'intubation serait, en effet, un procédé presque sans rival, si l'on en croit M. le docteur Jacques : facilité d'exécution, innocuité absolue, efficacité au moins égale à celle de la trachéotomie. Voilà ce qui paraît bien militer en faveur du tubage et reléguer, bien loin derrière, toute intervention sanglante. En est-il réellement ainsi? S'il nous était permis, dans l'analyse d'un livre, de critiquer au lieu de rendre compte, nous dirions que l'intubation paraît nécessiter un grand sang-froid, une habileté et une sûreté de main peu ordinaires et une grande rapidité dans l'exécution. Mais nous n'avons point ici à faire le procès de la méthode et notre rôle doit se borner à faire connaître les idées émises par l'auteur du livre que nous analysons.

Après avoir démontré que, d'une façon générale, l'intubation est supérieure à la trachéotomie, M. le docteur Jacques pense que l'intubation doit absolument se substituer à la trachéotomie chez tous les sujets ayant moins de trois ans et demi, car, dans ces cas, la trachéotomie est d'une exécution difficile et ses résultats sont généralement des plus mauvais.

Un des grands mérites de la méthode préconisée, c'est de pouvoir s'appliquer aux cas les plus désespérés, de ne pas augmenter le collapsus et de ne déterminer aucun choc opératoire.

A côté de ces avantages, il convient de signaler quelques inconvénients : c'est d'abord la difficulté de déglutition assez fréquente, c'est le refoulement possible d'une fausse membrane par l'application du tube, accident grave. Il faut noter le rejet fréquent du tube par la toux, d'où nécessité d'une surveillance plus grande de la part du médecin ; la chute possible du tube dans la trachée, si sa forme est défectueuse ; l'inflammation laryngée voisine et même l'ulcération ; la chute des aliments dans la trachée ; la difficulté quelquefois grande de l'extraction, nécessitant « soit une tentative longue et fatigante, soit une série de reprises dans une même séance ».

Tous ces accidents, rares, il est vrai, mais cependant réels, ne sont pas faits pour exciter l'enthousiasme au sujet de la nouvelle méthode, aussi est-ce avec raison que M. le docteur Jacques ne rejette pas la trachéotomie. Elle est indispensable dans certains cas et ne saurait être remplacée par le tubage.

L'étude de cette question n'est pas assez complète pour permettre de porter un jugement définitif; il faut laisser l'expérience nous instruire davantage sur cette méthode. Toutes les pièces du procès sont réunies dans le travail de M. Jacques, et le lecteur, curieux de cette étude, y trouvera rassemblées à côté d'observations nombreuses, la discussion des indications, des avantages et des inconvénients du procédé, et aussi la description minutieuse et précise du manuel opératoire.

A. Ricard.

SOUSCRIPTION

EN FAVEUR DE LA VEUVE D'UN CONFRÈRE

HUITIÈME LISTE

MM. les docteurs Bordas (de la Flèche)	10 fr.
— Corson (de Guingamp)	20
— Luiggi (des Chartrettes)	20
— Ponchon (de Bruxelles)	25
— Surmay (de Ham)	5
— G. Woimant (de Soissons)	10
Anonyme (de Liège)	50
Anonyme	1000
Septième liste	3558
Total	4698 fr.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 6 octobre 1888, sont et demeurent rapportés les arrêtés en date du 17 septembre 1888, fixant au 25 octobre suivant l'ouverture des concours pour l'obtention de bourses de doctorat en médecine et de bourses de pharmacie.

— La composition du jury du concours de l'internat des hôpitaux de Paris est provisoirement fixé comme suit : MM. d'Heilly, Du Castel, Labrie, Le Dentu, Peyrot, Auvard, Félizet.

— *École préparatoire de médecine de Tours.* — M. le docteur Révol est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux anatomiques et physiologiques.

(1) Grand in-8°. Prix : 5 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

(2) Gr. in-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, Félix Alcan.

— *École de pharmacie de Montpellier.* — M. Jadin, pharmacien de première classe, est chargé, pendant l'année scolaire 1888-1889, des fonctions de chef des travaux d'histoire naturelle, en remplacement de M. Gay, dont la délégation est expirée.

— *Faculté des sciences de Clermont.* — M. Poirier, docteur ès sciences, aide-naturaliste au Muséum, est chargé, sur sa demande, pour l'année scolaire 1888-1889, d'un cours de botanique et zoologie, en remplacement de M. Roujou, en congé.

— Un concours s'ouvrira le lundi 26 novembre 1888, à une heure précise, à l'asile Sainte-Anne, pour la nomination à trois places d'interne titulaire en pharmacie, vacantes dans les Asiles du département de la Seine (Sainte-Anne, Villejuif, Ville-Évrard et Vaucluse).

Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la préfecture de la Seine, Bureau du personnel, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures. Le registre d'inscription sera ouvert du jeudi 25 octobre au samedi 10 novembre inclusivement.

— Un concours s'ouvrira le lundi 10 décembre 1888, à midi précis, à l'asile Sainte-Anne pour la nomination à huit places vacantes d'interne titulaire en médecine, dans les asiles d'aliénés du département de la Seine (Sainte-Anne, Villejuif, Ville-Évrard, Vaucluse et le Dépôt des aliénés près la préfecture de police).

Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la préfecture de la Seine, pavillon de Flore, aux Tuileries (bureau du personnel) tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le jeudi 8 novembre jusqu'au samedi 24 novembre inclusivement.

— M. le docteur Lesguillons est adjoint à la mission dont MM. les docteurs Huchard, médecin de l'hôpital Bichat, et Schwartz, chirurgien des hôpitaux, ont été chargés, à l'effet d'étudier l'installation des laboratoires et des hôpitaux et les progrès de la thérapeutique en Allemagne, en Autriche et en Russie.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Gaston Decaisne, ancien chef de clinique adjoint à la Faculté de médecine de Paris, décédé à l'âge de trente-six ans.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Traité clinique des maladies mentales, par le docteur SCHÜLE, médecin de l'asile d'Illenau, etc. 3e édition, 1886, traduite par les docteurs J. DAGONET et G. DUHAMEL, revue et augmentée par l'auteur, préface de M. le docteur H. DAGONET. 2e fascicule, 1 vol. in-8°. — Prix : 5 francs. Prix de l'ouvrage complet. 1 vol. in-8° : 9 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

La mort par la décapitation, par le docteur Paul LOYE, avec une préface de M. le professeur BROUARDEL. 1 beau volume in-8° de 300 pages. — Prix : 6 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 117. — JEUDI 11 OCTOBRE 1888. 61e ANNÉE. JEUDI 11 OCTOBRE 1888. — N° 117.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Lagneau a donné lecture d'un travail sur les conditions démographiques de la diminution et de l'accroissement des familles. Il résulte de ces consciencieuses recherches que la diminution des familles ayant en moyenne trois enfants par ménage, proportion actuelle de la natalité légitime en France, est tellement rapide, qu'à la quinzième génération, après 434 ans, les neuf dixièmes de ces familles n'ont plus de descendance masculine. Donc si notre population s'accroît annuellement encore quelque peu, environ de 3 p. 1000 habitants, ce minime accroissement tient d'une part à la natalité illégitime et d'autre part à l'immigration.

Le reste de la séance a été occupé par les chirurgiens. C'est d'abord M. Chauvel qui, personnellement, puis par l'organe de M. Maurice Perrin, rapporteur, a fixé l'attention de l'Académie sur plusieurs faits intéressants. Dans le travail dont il a lui-même donné lecture, il s'agit du traitement des abcès intra-craniens consécutifs aux suppurations de l'oreille. M. Chauvel conclut à l'intervention par la trépanation dans ces cas. Dans la communication qui a fait l'objet du rapport de M. Perrin et qui a été lue à l'Académie il y a juste un an, il s'agit de deux faits d'intervention tardive pour des projectiles restés enclavés dans les os de la face. A propos de ces faits, M. le rapporteur a fortement appuyé les conclusions de l'auteur, à savoir : 1° que l'extraction immédiate de ces projectiles, quand elle ne doit pas faire courir de dangers, est toujours indiquée; 2° que cette extraction doit être faite tardivement quand, par suite des rigueurs de la guerre ou de toute autre cause, elle n'a pu être pratiquée immédiatement, attendu qu'il ne faut pas compter sur le temps pour rendre ces projectiles inoffensifs.

M. Terrillon a communiqué l'observation d'une malade à laquelle il a enlevé un rein suppuré et tuberculeux. Bien que l'opération ait présenté de sérieuses difficultés en raison de l'ectopie et des profondes altérations de l'organe, la malade a parfaitement guéri et son état général s'est notablement amélioré, ce qui semble confirmer une fois de plus la nécessité de l'intervention chirurgicale contre les tuberculoses locales.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Verneuil.

Plusieurs cas nouveaux d'étranglement herniaire.

Il y a douze jours, je commençais ma leçon sur la hernie crurale étranglée, en vous parlant d'une vieille femme de soixante-quinze ans, qui était entrée dans nos salles avec une hernie crurale datant de quinze ans et étranglée depuis dix jours. Cette femme, après avoir présenté la série des phénomènes de l'étranglement herniaire : absence d'émission de gaz par l'anus, coliques, tranchées, vomissements, etc., avait vu tout à coup ces accidents cesser, sans que, cependant, la hernie eût été réduite.

Cette cessation des accidents n'avait pas donné le change à mon chef de clinique, M. le docteur Guinard, qui, sans chercher à faire aucune tentative de taxis, avait très judicieusement pris le parti d'intervenir immédiatement en pratiquant d'emblée la kélotomie (1).

Vous vous rappelez combien, à propos de ce cas, j'ai insisté sur les dangers du taxis, lorsque l'étranglement est déjà de date ancienne.

M. Guinard avait donc opéré immédiatement et avait reconnu l'existence d'une perforation intestinale de 1 centimètre de longueur, et avait constaté que les parties de l'intestin, voisines de cette perforation, étaient en mauvais état. Aussi cette vieille femme, quoique ne se trouvant pas trop mal le lendemain matin de l'opération, nous donnait-elle, cependant, des craintes sérieuses, et notre pronostic était quelque peu sombre.

Nos prévisions se sont malheureusement réalisées ; cette femme est morte, et, nous avons le droit de dire, par suite de son incurie, puisqu'elle était restée dix jours avec son étranglement herniaire, se décidant seulement au bout de ce temps à venir à l'hôpital. Elle a donc de sa mort toute la responsabilité, car l'opération, très bien faite et avec toutes les précautions voulues, n'a pu la sauver.

Elle a succombé à la suite de phénomènes de congestion pulmonaire et rénale. Les ventouses et les révulsions énergiques auxquelles on a eu recours pour les combattre ont complètement échoué.

(1) Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 1025.

L'autopsie faite avec soin n'a presque rien décelé; nous savons, du reste, que la congestion pulmonaire ne laisse pas toujours des traces. Les reins étaient peu malades, quoique un peu graisseux, enfin, il n'y avait pas, à proprement parler, de péritonite. Bref, l'autopsie ne nous a pas donné la raison de la mort, ce qui n'est pas un fait exceptionnel en pareil cas.

J'ai à vous parler d'un autre cas d'étranglement herniaire, terminé également par la mort. Il s'agit encore ici d'une femme qui a été opérée avant-hier d'une hernie crurale volumineuse, d'une entéro-épiplocèle. L'étranglement datait seulement de vingt-quatre heures. Depuis longtemps, la hernie de cette femme se réduisait mal, le bandage dont elle se servait ne valait rien.

Lorsque sa hernie fut étranglée, elle s'adressa à un de ces praticiens qui ne connaissent que le taxis. Il pratiqua sur cette pauvre femme des tentatives de taxis, sans chloroforme et pendant plus de trois quarts d'heure! malaxant et contondant ainsi, de toutes façons, l'intestin qui n'en pouvait mais. Je ne connais pas le médecin qui a agi ainsi et je ne veux pas savoir son nom, mais j'ai le droit de dire qu'il a tué cette femme par ses manœuvres.

La kélotomie a été pratiquée, dès l'arrivée de la malade à l'hôpital, et l'on a déjà trouvé l'épiploon très altéré et dégageant une odeur putride. Je n'ai pas vu la malade, mais je suis certain que si l'on eût examiné le liquide contenu dans le sac, on y eût trouvé une infinité d'organismes septiques.

Dans de pareilles conditions, l'opération n'avait que bien peu de chances de pouvoir sauver la malade, malgré tous les soins que l'on a mis, après avoir ouvert le sac, à nettoyer l'épiploon et l'intestin; car une antisepsie complète est bien difficile en pareils cas et la réduction entraîne forcément avec elle une partie — si faible qu'elle soit — des matières septiques accumulées dans le sac; cela suffit pour ensemencer le péritoine. C'est ainsi que les malades succombent, non pas à la septicémie intestinale, mais à la septicémie *péritonéale*.

La mort arrive, dans certains cas, par septicémie dans le péritoine, avant même que la péritonite se soit développée. Les accidents locaux résultant de l'intoxication septicémique exigent toujours un certain temps pour se manifester.

C'est ainsi que, par une dose septique considérable, les malades peuvent être foudroyés avant que les phénomènes morbides aient eu le temps de se développer.

Retenez donc bien ceci : chaque fois que vous aurez affaire à une hernie crurale étranglée et que d'emblée les accidents seront intenses, c'est-à-dire que vous vous trouverez en présence d'un étranglement aigu et très serré, vous devez, à moins d'être arrivé dès les premières heures, prendre immédiatement le bistouri et procéder à la kélotomie, sous peine de voir la lésion de l'intestin s'accentuer rapidement et faire perdre toutes chances de succès à l'opération.

Si la hernie crurale est volumineuse, si elle renferme, outre l'intestin, une grande quantité d'épiploon, ou le taxis n'aura aucun résultat, ou bien il vous jettera dans une certaine perplexité. Il peut arriver, en effet, que sous l'influence du taxis pratiqué sous le chloroforme, la tumeur diminue et même qu'une portion de la hernie soit réduite. Mais l'intestin est-il rentré dans la cavité abdominale, ou bien l'épiploon est-il resté seul dans la hernie? En général le médecin part sans opérer. Pendant ce temps, les accidents continuent et lorsque, enfin, vous vous décidez à l'opération, il est trop tard, et les résultats de la kélotomie sont forcément mauvais. Ou bien, dans d'autres cas, vous ne trouvez plus que l'épiploon dans le sac herniaire.

Pour couper court à toutes ces perplexités, je dis de nouveau : si la hernie est volumineuse et que, par un taxis modéré de quelques minutes et sans violences, vous ne soyez pas parvenu à réduire la hernie d'emblée, prenez le bistouri sans perte de temps, sans aucun délai, vous rappelant que, si vous attendez, la mort est là guettant sa proie.

Il est incroyable de voir que ces préceptes, que l'immense majorité des chirurgiens préconisent si vivement depuis trente ans, soient encore aussi peu écoutés, aussi peu suivis. Nous avons beau protester contre le taxis forcé, même contre toute tentative de taxis, dans la majorité des cas, nous sommes encore bien peu écoutés par le plus grand nombre des praticiens. Sachons donc répéter à satiété, s'il le faut, que, dans les petits étranglements herniaires, la kélotomie doit être la règle, l'opération de choix, et le taxis l'exception. Répétons aussi que dans les hernies volumineuses, où la réduction est difficile et les accidents intenses et rapides, la kélotomie doit être faite d'emblée. Quant aux autres cas de hernie, je dis : vous pouvez essayer le taxis, mais très modérément et seulement pendant quelques minutes.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. J. Simon.

Du pronostic chez les enfants (1).

III

Après avoir passé successivement en revue, dans notre précédente leçon, les principales maladies des voies aériennes supérieures chez l'enfant, comparées à ce qu'elles sont chez l'adulte, c'est-à-dire le coryza, les laryngites, le croup et le faux croup, l'œdème de la glotte, les laryngo-trachéites, enfin les bronchites, nous en sommes arrivés à l'emphysème.

L'emphysème, dont l'enfant peut être atteint à la suite d'une rougeole, est-il une affection dont l'enfant restera fatalement atteint pendant toute sa vie? Non, car le mal est curable avec le temps et par un traitement approprié; mais nous devons savoir, par contre, que cette affection s'observe fréquemment chez les enfants dans le cours des maladies aiguës des voies respiratoires, notamment de la bronchite, de la coqueluche. Je dis plus, je dis que l'emphysème est la règle à la suite de la coqueluche. Mais, dans ce cas, le pronostic est généralement bénin et l'emphysème guérit bien. Il n'en est pas de même chez l'adulte, où la guérison, au contraire, n'a pas lieu.

L'emphysème à la suite de pleurésie est plus rare. J'en puis citer un fait très curieux; celui d'un enfant de onze ans, qui, à la suite d'une pleurésie enkystée du côté gauche, contractée au mois de juin 1886 et guérie au bout de deux mois, avait été emmené par ses parents au Vésinet. Le 17 novembre suivant, à huit heures du soir, j'étais appelé en consultation avec M. le docteur Guillermet, et, à mon arrivée, je constatais, sous la clavicule et dans toute la partie antérieure et inférieure du côté gauche, une subma-

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 1051.

tité inégalement répartie et d'intensité différente. J'entendais aussi, à l'auscultation, dans la région correspondante, des râles fins, secs, crépitants, qui n'étaient autres, en réalité, que ceux de la dilatation des petites bronches résultant d'adhérences pleurales. Par contre, dans tout le reste de la poitrine, le murmure vésiculaire était parfaitement pur. Bref, n'était l'état général magnifique de l'enfant et l'apyrexie complète, on eût pu, au premier examen, être impressionné par l'idée de quelque tuberculose irrégulière, tandis qu'en réalité il s'agissait purement et simplement d'un cas de dilatation bronchique, d'emphysème partiel, suites d'une pleurésie enkystée.

En résumé, l'emphysème des enfants peut s'observer dans toutes les maladies des voies respiratoires où la toux revêt un caractère quinteux; mais il disparaît aussi au bout d'un certain temps après la cause qui l'a fait naître, car il ne faut pas oublier que le traitement est généralement fort long.

Pendant longtemps l'étude de l'adénopathie bronchique est restée exclusivement liée à la tuberculose, et ce n'est que depuis un certain nombre d'années que l'on a réellement compris que la question était beaucoup plus vaste, que l'adénopathie intrathoracique était une affection fréquente chez l'enfant, et qui s'accompagnait parfois d'accidents fort alarmants, même en dehors de toute tuberculose.

De là, la division des adénopathies en trois groupes : 1° l'adénopathie inflammatoire, aiguë ou chronique; 2° l'adénopathie tuberculeuse; 3° l'adénie proprement dite ou sclérose des ganglions.

Les adénopathies inflammatoires aiguës ou chroniques sont encore peu vulgarisées. Ainsi, maintes fois vous verrez chez des rubéoliques ou dans la trachéite, dans la trachéo-bronchite, la bronchite subaiguë, la coqueluche, survenir certains phénomènes nerveux, de la dyspnée, de l'oppression, des troubles de la phonation qui ne sont autres que des accidents morbides résultant de la compression des récurrents par une congestion aiguë, rapide, des ganglions intrathoraciques. Ce sont là des symptômes que nous observons maintes fois ici, mais qui guérissent généralement très bien, à moins que l'adénopathie revête le caractère chronique.

Aussi, en somme, le pronostic est-il généralement bénin, sauf toutefois le cas de quelque diathèse ou de quelque hérédité tuberculeuse. Cependant, bien souvent l'aspect maigre et décharné de l'enfant, sa poitrine rétrécie, son dos voûté, sa toux rauque, ses digestions difficiles, compliquées parfois de vomissements, donnent le change et font craindre la phthisie; ou bien, dans d'autres cas, les pommettes rouges, les battements de cœur, font redouter l'existence d'une affection cardiaque; et l'on est volontiers porté à émettre un pronostic grave, contrairement à la réalité. Mais dans tous ces cas, la guérison s'obtient, quoique lentement, c'est-à-dire souvent au bout de deux ou trois ans seulement. Quant au diagnostic différentiel vous y arriverez en constatant sous la clavicule, par exemple, une sonorité normale, l'absence de craquements, l'absence aussi de tous signes suspects dans la région sus-épineuse. Et si, dans votre examen, vous constatez, au niveau de l'angle scapulo-vertébral, la suppression du murmure respiratoire, l'existence d'un souffle plus ou moins intense avec retentissement de la voix, par contre, vous n'entendrez ni râles, ni craquements dans le cas d'adénopathie bronchique.

Le nombre des petits malades atteints d'adénopathie intrathoracique curable est très grand, et je n'ai jamais eu une seule déception, car mon diagnostic fait, je les ai vus guérir par les eaux de Challes, si le mal était très ancien, ou par les eaux du Mont-Dore, lorsque la maladie était récente.

Par contre, l'adénopathie tuberculeuse est incurable; elle imprime à la phthisie un caractère spécial par les accès de toux et d'oppression, par la possibilité d'amener la mort par fonte ganglionnaire tuberculeuse, soit dans les poumons, soit dans la plèvre, soit dans le médiastin, voire même dans le cœur. Nous avons ainsi perdu une petite fille de cinq ans, qui avait des accès d'oppression considérable, une dyspnée intense sans lésion notable des poumons ni des bronches, mais la face était bouffie, le col œdématié, sans qu'il y eût cependant aucun accident albuminurique. Cette enfant succomba très rapidement par la fonte d'un ganglion s'ouvrant dans le péricarde.

Quant à l'adénie, elle est incurable aussi. Nous avons eu dans le service, au n° 1 de la salle Sainte-Marie, une grande fillette de quatorze ans, qui est morte à la suite de tumeurs ganglionnaires énormes du cou et du thorax.

Bronchopneumonie. — Chez le nouveau-né cette affection est presque toujours suivie de mort; très peu de ces petits malades parviennent à guérir. Chez les enfants âgés de deux ou trois ans, le pronostic est encore très grave, mais la mort n'arrive pas fatalement. Mais pourquoi est-elle aussi grave chez eux? Parce qu'elle y est toujours secondaire, se développant, par conséquent, sur un terrain déjà mauvais, déjà préparé, et ayant toujours grande tendance à envahir tout l'arbre aérien.

La bronchopneumonie peut se comporter chez les enfants de trois manières différentes :

1° Elle peut revêtir la forme foudroyante et emporter le malade en deux fois vingt-quatre heures; témoin certaine petite fille de mon quartier, auprès de laquelle je fus mandé pour la première fois un dimanche à six heures du soir. Elle était enrhumée depuis deux ou trois jours, lorsque tout à coup, deux heures avant mon arrivée, le mal s'était aggravé. Déjà l'année précédente elle avait eu une bronchopneumonie. Cette fois la maladie présentait son type classique, le péril était imminent; trente-six heures plus tard l'enfant était morte asphyxiée.

2° Sa forme peut être rapide, survenant, par exemple, à la suite de la rougeole, de la fièvre typhoïde; sa durée ne dépasse guère huit, dix ou douze jours. La dyspnée et l'asphyxie affectent une marche continue, sans détente le plus souvent, aussi le pronostic est-il des plus graves, voire même fatal à l'hôpital, tandis qu'à la ville on parvient encore à sauver quelques malades.

3° Enfin la troisième forme est lente, subaiguë, d'une durée moyenne d'un mois. Les lésions sont disséminées, mobiles; au début, bien qu'il s'agisse parfaitement d'une bronchopneumonie, le pronostic n'est pas possible. Pendant toute sa durée, à partir du huitième jour, elle présente des temps de rémission, une sorte de détente dans la température, une diminution et un déplacement des foyers inflammatoires, des poussées congestives qui sont, en général, de bon augure, quoique la mort puisse encore survenir. Ainsi, à certains moments, la guérison paraît assurée, mais une nouvelle poussée survient, simulant une rechute et en imposant quelquefois pour de la tuberculose. En pareils cas il ne faut ni se décourager, ni désespérer, car ces oscil-

lations, ces alternatives, tiennent à la nature même de la maladie qui est normalement irrégulière dans son processus, et au bout d'un mois vous voyez enfin, dans la moitié des cas, les malades guérir.

De plus, il faut savoir que la convalescence sera longue; un mois au moins encore, et que l'hiver qui suit est dangereux pour ces malades.

Pneumonie franche. — La pneumonie franche, primitive, est ordinairement mortelle chez le nouveau-né, tandis qu'elle est pour ainsi dire toujours curable dans la seconde et la troisième enfance, aussi l'homœopathie a-t-elle toujours beau jeu dans ces derniers cas. Il y a certainement des exceptions, il y a parfois des cas de mort, mais ils sont rares, de même que quelquefois aussi, mais plus rarement encore il est vrai, la pneumonie franche chez le nouveau-né a pu guérir. J'en ai vu quelques cas des plus caractérisés, se terminer par la guérison, mais, je le répète, ils sont extrêmement rares, absolument exceptionnels; chez ces nouveau-nés la pneumonie peut être considérée comme abortive.

D'ailleurs cette forme abortive ne s'observe pas que chez le nouveau-né, on la rencontre aussi chez l'enfant de dix-huit mois, de deux ans et même plus âgé. J'ai vu la pneumonie s'éteindre au quatrième ou au cinquième jour, ou mieux s'arrêtant au premier degré.

Si sa durée habituelle est de sept à huit jours, quelquefois cependant elle peut se prolonger pendant dix et même douze jours. J'ai soigné un enfant de onze ans, atteint de pneumonie si grave, qu'à plusieurs reprises on le crut mort; le neuvième jour, notamment, où l'aspect était des plus mauvais, la température était surélevée. Il s'agissait d'un cas irrégulier, où la maladie dura douze jours. Le douzième jour l'enfant eut une diarrhée épouvantable, il passa pour mort, tandis que, à quatre heures du soir, il était, au contraire, guéri.

En pareille occurrence on redoute quelque anguille sous roche, on redoute de se trouver en face d'une pneumonie développée autour d'un foyer tuberculeux. Il n'en est rien, car s'il s'était agi d'une tuberculose, celle-ci ayant reçu un coup de fouet par la pneumonie intercurrente, l'économie ne resterait pas indemne, la maladie entretiendrait un état consomptif avec fièvre chaque soir, inappétence, etc., tandis qu'au douzième jour, au contraire, on voit tous les accidents disparaître.

Le pronostic reste donc favorable, malgré la persistance du souffle et de l'induration.

Les pneumonies de forme ataxique et de forme adynamique sont plus inquiétantes, car elles peuvent épuiser l'enfant; cependant elles guérissent généralement aussi bien que la forme franche, primitive. Néanmoins, on doit savoir qu'elles peuvent se compliquer de congestion cérébrale, d'hydrencéphalie et de coma. D'autres fois encore la maladie se complique d'accidents albuminuriques, d'anurie; le pronostic ici est plus grave, bien que cependant la guérison ait lieu encore, s'il n'existe aucune lésion du côté des reins ou du cœur.

Ajoutons que la température normale de la pneumonie est de 40 à 41 degrés, et qu'elle n'implique pour cela aucune gravité.

Quant à la pneumonie en masse, qu'il ne faut pas confondre avec la congestion pulmonaire, c'est toujours une affection fort grave, sans cependant qu'elle doive toujours se terminer par la mort. Il en est de même de la pneumonie double, dont le pronostic, grave également, doit toujours être fort réservé.

En résumé, le pronostic est fatal chez l'enfant nouveau-né, il est très grave jusqu'à l'âge de deux ans à deux ans et demi; puis il devient bénin passé cet âge. La défervescence se fait brusquement vers le huitième jour; cependant, dans les cas où le huitième ou le neuvième jour la fièvre persiste, on doit craindre la suppuration.

La pneumonie secondaire est ordinairement fatale. Il y a un genre de pneumonie assez singulier qui survient quelquefois au début d'une autre affection. C'est ainsi que j'ai vu quelques cas de fièvre typhoïde commencer par une pneumonie, qui évoluait à la façon d'une pneumonie ordinaire, et lorsque celle-ci avait disparu, la dothiénentérie évoluait à son tour comme si elle-même était parvenue au huitième jour. En voici un exemple curieux : Un enfant de quatre ans, sujet à s'enrhumer tous les hivers, prend une grippe, laquelle s'implante sur sa bronchite perpétuelle, mais avec un caractère insidieux. L'ensemble des phénomènes et surtout la haute température du début (40 degrés) font porter, au médecin appelé, le diagnostic de fièvre typhoïde. Et comme il ne connaissait pas la constitution de l'enfant, non plus que ses antécédents morbides, il se met immédiatement, à huit heures du soir, à faire à l'enfant des lotions froides. Le lendemain cet enfant avait une pneumonie. C'est alors que je fus appelé à le traiter avec M. le docteur Albert Brochin. Au neuvième jour la pneumonie disparaissait et la fièvre typhoïde évoluait à son tour lentement, permettant au catarrhe de reparaître seulement dans le cours de la troisième semaine. Cependant, la fièvre typhoïde finit par guérir, après cinq semaines d'une haute thermalité persistante (40 degrés), sans pourtant que le pouls fût trop fréquent, le nombre des pulsations ne dépassa pas 120 à 130.

Il y a donc, ainsi que ce fait le démontre, des pneumonies qui se développent au début d'une autre maladie et qui laissent après elles un état insidieux ou ataxo-adynamique plus ou moins prononcé, donnant lieu par suite à un pronostic moins rassurant, plus réservé.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 octobre 1888. — Présidence de M. Hérard.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Deux lettres de MM. Pinard et Ribemont-Dessaignes, qui se portent candidats à la place vacante dans la section d'accouchements;

2° Une lettre de M. Henry Millard (de New-York), qui se porte candidat à une place de membre correspondant (première division).

LECTURES

Des abcès intra-craniens consécutifs aux suppurations de l'oreille et de leur traitement. — M. J. Chauvel, après avoir rapporté deux cas de suppuration méningo-encéphalique consécutive à une otite moyenne suppurée, discute l'opportunité de l'intervention et conclut en ces termes :

1° Les abcès intra-craniens qui succèdent aux suppurations de l'oreille ne se décèlent pas d'habitude par un ensemble de symptômes qui leur soit propre; mais, en tenant compte des phénomènes morbides, il est impossible d'en soupçonner l'existence;

2° Les abcès siègent le plus souvent au voisinage du rocher. Le foyer sera rencontré dans le lobe temporo-sphénoïdal, vers sa partie moyenne ou postérieure, près de sa face inférieure. C'est là qu'il faut l'aller chercher;

3° Quand la myringodectomie et le nettoyage antiseptique de l'oreille moyenne, combinés avec la trépanation de l'apophyse mastoïde, ne produisent pas d'amélioration dans les phénomènes cérébraux; quand la thrombose des sinus et la méningite semblent pouvoir être éliminées et que l'abcès est probable, l'ouverture du crâne est autorisée;

4° Suivant que les symptômes indiquent une lésion du cerveau ou du cervelet, le trépan est appliqué directement au-dessus du méat auditif, à distance égale des deux verticales qui circonscrivent le pavillon de l'oreille ou à un doigt plus en arrière, à hauteur ou près du bord supérieur du pavillon;

5° Le crâne ouvert largement, la tumeur est divisée et un fin trocart, enfoncé dans la substance cérébrale, indique la présence du pus, le siège du foyer et sert de guide au bistouri;

6° L'abcès, largement ouvert, est prudemment nettoyé et drainé avec soin.

Au besoin, une contre-ouverture déclive assure l'écoulement du pus et favorise la cicatrisation.

Néphrectomie sous-capsulaire pour un rein suppuré et tuberculeux. — M. TERRILLON communique l'observation d'une malade à laquelle il a pratiqué l'ablation d'un rein suppuré tuberculeux.

Il s'agit d'une jeune femme de trente ans, qui, depuis dix ans, se plaignait d'une douleur dans le côté droit; on diagnostiqua alors un rein flottant.

Depuis deux ans, les douleurs étaient devenues plus vives; la fièvre, l'affaiblissement s'accentuaient, et la tumeur formée par le rein avait augmenté beaucoup.

On diagnostiqua : rein flottant suppuré, et l'opération fut décidée le 20 janvier 1888. Par une incision latérale qui traversa le péritoine à côté du côlon ascendant, M. Terrillon arriva sur le rein.

L'enveloppe graisseuse indurée était très adhérente et épaissie; on ne pouvait donc pas enlever le rein. . . . . . .

La capsule de l'organe fut ouverte, et on pratiqua la décortication sous-capsulaire proposée par M. Ollier. Deux abcès furent ouverts, et la presque totalité du rein fut enlevée par morceaux.

La plaie, bourrée de gaze iodoformée, se comporta très bien, et la malade guérit en deux mois sans fistule.

Sa santé s'améliora rapidement, et elle engraissa de 25 livres en quelques mois. Actuellement, elle est bien portante et ne se plaint d'aucun accident.

Cependant, le rein examiné par M. le docteur Brault, chef du laboratoire de M. le professeur Cornil, était manifestement tuberculeux, ainsi que les abcès qu'il contenait.

L'examen des nombreux bacilles ne laissait aucun doute.

Ce fait montre combien l'intervention chirurgicale peut être utile dans les affections suppurées du rein, même quand il s'agit de la tuberculose encore localisée à cet organe.

Des rapports de la glycosurie avec le paludisme. — M. VERNEUIL, à propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Bouchard, au nom de M. Mossé (Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 1053), rappelle que M. Mossé conclut à l'absence de relation entre la glycosurie et le paludisme. M. Saurel, avant M. Mossé, avait soutenu la même opinion. Il faudrait, ajoute M. Verneuil, avant de considérer ces conclusions comme définitives, appeler de nouvelles recherches sur tous les points du globe. Ainsi, par exemple, M. Verneuil a appris que, chez les employés de Panama, on avait souvent constaté l'existence de la glycosurie. Un médecin de Bombay, M. Charles Blanc, signale la fréquence du diabète chez les paludiques. Dans divers pays chauds où l'hépatisme est endémique, on a beaucoup de chances de voir le paludisme se compliquer de glycosurie. Ce fait semblerait indiquer que la prédisposition hépatique serait pour quelque chose dans l'apparition du diabète comme complication du paludisme. Dans le même ordre d'idées, en Tunisie, où les calculs sont très fréquents, le paludisme s'accompagne souvent, non pas de glycosurie, mais d'oxalurie, ainsi que l'a démontré un élève de M. Verneuil. Il faudrait donc susciter les recherches, à ce point de vue, dans tous les points du globe, et ne pas considérer l'arrêt négatif de MM. Saurel et Mossé comme définitif.

RAPPORT

Extraction tardive de projectiles enclavés dans les os de la face. — M. MAURICE PERRIN fait un rapport sur deux observations communiquées par M. Chauvel dans la séance du 4 octobre 1887 (Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1887, p. 998), et dans lesquelles il s'agit de projectiles de guerre qui étaient restés enclavés dans les os de la face pendant plusieurs mois, et qui déterminaient des trajets fistuleux et des douleurs rendant la vie de ces blessés intolérable. M. Chauvel pratiqua l'ablation de ces corps étrangers, et tous les accidents disparurent rapidement.

M. Maurice Perrin fait suivre le résumé de ces deux observations de quelques réflexions aboutissant à cette double conclusion : dans les coups de feu de la face, quand le projectile enclavé dans les os peut être retiré sans danger, son extraction immédiate est formellement indiquée. En outre, quand, par suite des rigueurs de la guerre, le projectile n'a pu être enlevé immédiatement, il y a tout intérêt, surtout lorsqu'il détermine des accidents douloureux, à en faire l'ablation même à une époque éloignée de la blessure, ainsi que l'a si heureusement et si habilement fait M. Chauvel sur ses deux blessés.

COMMUNICATION

Étude démographique de la diminution et de l'accroissement des familles. — M. LAGNEAU lit une étude sur ce sujet. Il rappelle que Durand, Doubleday, Alphonse de Candolle, Benoiston de Châteauneuf, Hippolyte Passy, Littré ont constaté que la plupart des familles nobles ou bourgeoises disparaissent promptement, cessent de se perpétuer après quelques siècles d'existence. Lainé, en 1846, n'aurait trouvé que 12 descendants de 314 familles du XIIe siècle. 380 familles nobles, selon Benoiston de Châteauneuf, auraient eu une durée moyenne de 300 ans.

Dans une petite commune d'environ 800 âmes, rapprochant les noms portés sur un terroir de 1555, des noms inscrits actuellement sur les listes électorales, M. Lagneau trouve que des 127 noms de famille de 1555, après 333 ans, il n'en subsiste plus que 14, soit 11 sur 100. Les familles d'ouvriers décroissent donc comme les familles nobles et bourgeoises.

Sachant qu'au commencement de ce siècle, on comptait 4 enfants (4,14) par mariage, et qu'actuellement on n'en compte pas 3 (2,97), M. Lagneau cherche à évaluer l'accroissement ou la diminution des familles suivant qu'elles ont une moyenne de 4 ou de 3 enfants. Dans ce but il tient compte successivement de la durée moyenne d'une génération, depuis la naissance du père jusqu'à celle du fils, soit environ trente et un ans; — de la fréquence des mariages stériles par rapport aux mariages en général, soit au minimum 13 sur 100; — de la proportion des sexes des enfants, soit 105 garçons pour 100 filles; — de la mortalité des garçons de la naissance à vingt-huit ans, âge moyen lors du mariage, soit environ 40 décédés sur 100; — enfin de la proportion des garçons de plus de vingt-huit ans, morts sans s'être mariés, soit 6 décédés sur 100 nés. Il constate ainsi que 100 familles ayant 400 enfants, soit 4 enfants par ménage, aux huitième, douzième et quinzième générations, après 217, 341 et 434 ans, ont deux fois, près de trois et quatre fois plus de garçons contractant mariage, soit 201, 295 et 392 garçons mariés au lieu de 100 à la première génération.

Contrairement pour les familles n'ayant que 3 enfants par ménage, il constate combien est rapide la décroissance de la descendance masculine.

Sur 100 familles ayant 300 enfants, à la cinquième génération, après 124 ans, plus de la moitié n'ont plus de descendance mas-

culine, 49 garçons seulement contractant mariage. A la septième génération, après 186 ans, près des deux tiers de ces 100 familles n'ont plus de descendance masculine, 34 garçons seulement contractant mariage. A la neuvième génération, après 248 ans, les descendants mâles transmettant le nom paternel ne représentent plus que le quart, 25 sur 100 des familles primitives. Enfin, à la quinzième génération, après 434 ans, les neuf dixièmes de ces 100 familles n'ont plus de descendance masculine

Telle est la rapide diminution des familles ayant en moyenne 3 enfants par ménage, proportion actuelle de la natalité légitime en France.

Donc, si notre population s'accroît annuellement encore quelque peu, d'environ 3 pour 1,000 habitants, ce minime accroissement tient d'une part à la natalité illégitime, de 7 à 8 enfants naturels sur 100 enfants en général; d'autre part, à l'immigration de près de 3 étrangers sur 100 habitants.

La séance est levée.

CORRESPONDANCE

A Monsieur le docteur Le Sourd, *directeur de la* Gazette des hôpitaux.

Paris, le 6 octobre 1888.

Monsieur le Directeur,

Je lis dans votre excellent journal, à propos d'une leçon que j'ai faite à l'hôpital Saint-Louis, et que vous avez bien voulu publier, sur le lavage continu de l'urèthre antérieur et le lavage de la vessie sans sonde, une revendication du docteur Vandenabeele.

Dans sa thèse inaugurale, ce confrère avait décrit sommairement un moyen de laver la vessie sans sonde, moyen qui n'était en rien supérieur à ceux que Cloquet et autres avaient proposés longtemps avant lui. Dans mes travaux antérieurs, j'ai fait longuement l'historique de la question en rendant à M. Vandenabeele la part qui lui revient. Depuis qu'il a fait sa thèse, cet auteur n'a rien publié de nouveau sur le sujet qui nous occupe. Quant à moi, j'ai mis sérieusement à l'étude la question, et après m'être donné la peine d'établir la méthode sur des bases précises, en quelque sorte mathématiques, comme l'exigent les progrès de la chirurgie moderne, j'ai imaginé toute une série d'appareils qui m'ont permis d'appeler l'attention sur des sujets pathologiques qui, jusque-là, n'avaient pas été convenablement traités, et d'obtenir un grand nombre de guérisons. Jusqu'alors, c'est à peine si quelques malades affectés de catarrhe vésical ou de cystite légère avaient été traités par les lavages de la vessie, sans sonde. Il ressort de la thèse de M. Vandenabeele que, pour son compte, il n'en a soigné que quatre avec un appareil dont je ne veux en rien lui disputer la priorité, parce qu'il me paraît insuffisant, sinon dangereux.

Quant à l'influence de la pression des liquides sur les rétrécissements de l'urèthre, c'est une question que je n'ai point traitée dans ma leçon et qui est, par conséquent, hors de cause.

Il suffira à vos lecteurs, pour se convaincre que le genre de priorité que j'invoque est autrement sérieux, de parcourir ma leçon. Ils verront que, grâce à la perfection et à l'innocuité de mes appareils, non seulement j'ai guéri les variétés de cystites les plus rebelles aux traitements classiques, mais encore que j'ai inventé tout un système de lavages de l'urèthre antérieur chez l'homme, et que je me suis occupé le premier du lavage de la vessie sans sonde chez la femme.

Ayant déjà fait l'histoire de la question, je ne puis constamment y revenir. Ma leçon avait surtout pour but de faire connaître les résultats nouveaux que j'avais obtenus. Il serait singulier que je ne puisse apporter à la méthode aucun perfectionnement, sans que M. Vandenabeele n'en revendique de suite la priorité.

Veuillez, monsieur le Directeur, agréer l'assurance de mes sentiments dévoués.

M. Lavaux,
Interne des hôpitaux.

PRÉFECTURE DE POLICE.

SERVICE MÉDICAL DE NUIT DANS LA VILLE DE PARIS.

Par M. le docteur Passant.

Statistique du 1er juillet au 30 septembre 1888.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	Total.
1er	7	12	4	23
2e	15	22	3	40
3e	25	37	5	67
4e	26	52	12	90
5e	17	25	9	51
6e	10	29	6	45
7e	16	22	3	41
8e	5	10	0	15
9e	8	18	2	28
10e	20	22	10	52
11e	47	94	43	184
12e	27	51	21	99
13e	37	52	18	107
14e	40	54	12	106
15e	35	76	23	134
16e	5	17	2	24
17e	32	74	12	118
18e	34	85	28	147
19e	40	68	24	132
20e	40	95	51	186
	486	915	288	1 689

MALADIES OBSERVÉES

A. Angines et laryngites.	74
Croup	25
Coqueluche	5
Ophthalmie	2
Otite	1
B. Asthme	33
Affections du cœur	46
Bronchites aiguës et chroniques	65
Pleuro-pneumonie	56
Congestion pulmonaire	11
C. Affections et troubles gastro-intestinaux	142
Cholérine	54
Dysentérie	4
Athrepsie	100
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines	70
Hernie étranglée	14
Rétention d'urine	19
Orchite	8
Chute du rectum	2
D. Métrite, métro-péritonite	52
Métrorrhagie	35
Fausse couche	49
Accouchement, délivrance	154
Accouchement non terminé	24
E. Affections cérébrales	62
Convulsions, éclampsies	40
Névralgie	27
Névroses	81
Epilepsie	19
Aliénation mentale	9
Alcoolisme, delirium tremens	19
F. Rhumatisme	17
Affections éruptives	33
Fièvre intermittente	4
Fièvre typhoïde	27
Hémorrhagies de causes internes et externes	83
G. Plaies, contusions	110
Fractures, luxations, entorses	28
Brûlures	3
Empoisonnements	14
Asphyxie par le charbon	6
— par submersion	3
Suicide	6
H. Mort à l'arrivée du médecin	52
Total	1689

La moyenne des visites est de 18,36 p. 100. Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 18,50 p. 100.

Visites du troisième trimestre de 1887	1 702
Visites du troisième trimestre de 1888	1 689
Différence en moins	13

Les hommes entrent dans la proportion de	29	p. 100.
Les femmes —	54	—
Les enfants au-dessous de trois ans	17	—

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Samedi soir le corps de santé militaire s'est réuni au cercle militaire pour offrir un punch d'honneur à M. l'inspecteur général Didiot, qui vient d'atteindre la limite d'âge. Cette réunion était présidée par notre éminent confrère, M. Maillot, l'ancien président du conseil de santé des armées. On a vivement applaudi à la récompense nationale qui lui a été accordée. Enfin, on célébrait la nomination de M. Colin au grade d'inspecteur général.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Pendant l'année scolaire 1887-1888, 373 élèves ont été reçus docteurs en médecine. Ce chiffre se décompose ainsi :

Hommes : Français, 321 ; étrangers, 50.

Femmes : Française, 1 ; étrangère, 1.

10 Français ont été reçus officiers de santé.

A la fin de l'année scolaire, il restait 3668 hommes en cours d'études.

Les étrangers appartiennent aux nationalités suivantes :

Allemagne, 4 ; Amérique, 131 ; Angleterre, 34 ; Australie, 1 ; Autriche, 4 ; Belgique, 4 ; Bulgarie, 3 ; Danemark, 1 ; Égypte, 9 ; Espagne et colonies, 41 ; Grèce, 19 ; Hollande, 4 ; Hongrie, 1 ; Italie, 8 ; Norwège, 1 ; Perse, 1 ; Portugal, 10 ; Roumanie, 60 ; Russie, 136 ; Serbie, 18 ; Suède, 1 ; Suisse, 18 ; Turquie, 56.

A la fin de cette même année scolaire, 114 femmes étaient en cours d'études :

Françaises, 12 (10 aspirantes au doctorat et 2 à l'officiat de santé); Américaine, 1 ; Anglaises, 8 ; Autrichienne, 1 ; Grecque, 1 ; Russes, 90 (presque toutes Polonaises); Turque, 1.

— Par arrêté ministériel, en date du 9 octobre 1888, un concours s'ouvrira, le 12 avril 1889, devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'École de médecine de Marseille.

— L'administration des hospices civils de Saint-Étienne (Loire) rappelle que, le lundi 10 décembre 1888, un concours public pour une place de chirurgien sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Le concours aura lieu devant le conseil d'administration assisté d'un jury médical; il durera cinq jours et se composera de deux épreuves.

Le chirurgien nommé à la suite de ce concours, entrera en fonction le 1er janvier 1889. Son traitement sera de 1500 francs par an.

S'adresser pour les conditions particulières au secrétaire des hospices de Saint-Étienne, rue Valbenoite, n° 40.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Henri Gautier, interne des hôpitaux de Paris, qui vient de succomber, dans sa vingt-huitième année, à une affection aiguë du poumon.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Psoriasis et arthropathies, par le docteur Bourdillon. 1 vol. in-8°. — Prix : 5 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Étude médico-philosophique sur les pertes séminales involontaires, spermatorrhée, par le docteur Pouillet. 3e édition, 1 vol. in-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Recherches cliniques sur le délire hypochondriaque, valeur séméiologique, par le docteur Journiac. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Rapport sur l'épidémie de fièvre typhoïde de Clermont-Ferrand en 1886, par le docteur V. Nivet. Grand in-8° de 148 pages. — Clermont-Ferrand, typographie G. Mont-Louis.

Conférences sur la dysentérie, faites à l'hôpital de Haïdar-Pacha, par S. E. Mavrogéni-Pacha. In-12, de 112 pages. — Constantinople, imprimerie Mihran.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 118. — SAMEDI 13 OCTOBRE 1888. 61e ANNÉE. SAMEDI 13 OCTOBRE 1888. — N° 118.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Des formes graves de la syphilis. — Comment et pourquoi la syphilis peut être grave. — Pronostic de la syphilis.

Par M. A. MOREL-LAVALLÉE,
Chef de clinique de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis,
lauréat de la Faculté.

I

La syphilis est un état de santé apparente interrompu de temps à autre par des invasions morbides peu durables (Fournier). Elle procède par décharges, par poussées successives séparées par des entr'actes au cours desquels la maladie est larvée, pendant lesquels elle est en puissance, non en action.

La vérole a une évolution méthodique : c'est une maladie *hiérarchique* (Ricord). Elle parcourt son chemin en trois étapes, la première étant fatalement séparée de la deuxième par la *seconde incubation;* la troisième, qui peut manquer, succédant plus ou moins directement (parfois de très loin) à la précédente. De là, sa division en trois périodes, primaire, secondaire et tertiaire.

Les accidents « secondaires » (Ricord) n'intéressent les tissus que d'une façon superficielle; ce sont tous des accidents bénins, disparaissant même sans traitement, cédant vite au traitement. Les accidents tertiaires intéressent tous les tissus d'une façon profonde, les désorganisent, les détruisent; tous comportent un pronostic grave.

Quelles sont, *à peu près*, les limites chronologiques respectives de ces grandes étapes? D'une façon « très élastique », la période secondaire, débutant *vers* le quarante-cinquième jour qui suit l'apparition du chancre, s'étend en général sur les deux, trois, quatre, voire les cinq premières années. Quant à la période tertiaire, elle commence en général *vers* la troisième ou la quatrième année; « au delà, on est en état de tertiarisme en action, ou de tertiarisme *larvé* ». Les accidents tertiaires peuvent se produire indéfiniment, à toute période; « les accidents tertiaires sont des billets à ordre de la vérole à échéance absolument illimitée ».

La spirituelle définition de la syphilis que nous avons, pour inaugurer cette étude, empruntée à M. le professeur Fournier, et le schéma dans lequel il a, avec une netteté mathématique, tracé (qu'on nous passe l'expression) le programme exact du scenario morbide habituel de la vérole, vont nous fournir un étalon presque parfait auquel nous pouvons rapporter et mesurer les nombreuses et différentes manières d'être de la maladie.

Qu'un ou plusieurs des points du précédent programme ne soit pas rempli; que la période tertiaire fasse défaut; que les poussées secondaires soient rares et courtes, et nous aurons affaire à des formes de « syphilis bénigne » (nous ne disons pas *atténuée*, pour ne pas entamer ici la question de la qualité et de la quantité du virus).

Mais réciproquement, toute accentuation du tableau pathologique esquissé plus haut, à plus forte raison toute addition au cadre dans lequel, à l'exemple de notre savant maître de Saint-Louis, nous nous sommes efforcé de renfermer la vérole, aboutira *ipso facto* à la constitution d'une forme *intense*, sinon grave, de la syphilis.

Mais procédons par ordre et reprenons un par un les termes de comparaison.

La syphilis normale ne procède que par poussées d'une durée plus courte que les intervalles de santé. Donc, toutes les fois que les poussées seront nombreuses, prolongées, rapprochées, voire subintrantes, la syphilis sera anomale par excès et nous aurons affaire à une variété grave dont le terme le plus élevé sera la *syphilis continue*.

La syphilis est une maladie méthodique qui parcourt son cycle en trois étapes à peu près distinctes. Lorsqu'elle cessera d'avoir, pour cette division classique, le respect « hiérarchique » dont nous parlions tout à l'heure; lorsque les accidents tertiaires viendront d'une façon précoce se mêler aux symptômes secondaires, nous aurons devant nous une autre modalité grave, la *syphilis maligne précoce*.

Les accidents secondaires sont presque exclusivement cutanés, ils sont bénins, facilement curables. La syphilis sera grave, dès qu'à l'âge secondaire surviendront des manifestations viscérales, dès que l'état général du malade sera atteint d'une façon plus ou moins profonde (*dénutrition secondaire*), dès que la puissance du traitement spécifique fléchira devant la résistance du mal.

Les accidents tertiaires comportent tous un pronostic grave; leur échelonnement sur un laps de temps indéfini atteste la pérennité de la syphilis [observations d'accidents

tertiaires survenus quarante-deux ans, cinquante-deux ans, cinquante-cinq ans après le chancre (Fournier)]. Le fait seul de l'existence d'un accident de cet ordre après vingt ans ou plus de « silence de la diathèse », exclut l'idée de *syphilis bénigne* et impose un pronostic réservé, puisqu'il vient attester la persistance de l'infectieux et qu'il peut être le prélude plus ou moins éloigné d'une lésion viscérale irréparable (syphilome encéphalique, etc.).

Étudions maintenant la part que prennent, dans la constitution de ces formes cliniques graves, les divers modes d'action que possède la syphilis sur l'économie.

Il résulte de ce que nous avons dit qu'une syphilis bénigne est celle qui, après avoir traversé une période secondaire légère et courte, est disparue avant d'arriver au tertiarisme et sans s'être attaquée aux viscères. Si la maladie ne satisfait pas à ces conditions, elle sera *grave*, mais le sera-t-elle également, quel que soit celui de ces trois termes qu'elle ait transgressé ?

Supposons un malade qui, pendant sa période secondaire, n'ait peu ou point de repos ; ses accidents sont légers, mais presque continus ; pendant des mois entiers, il ne se passe pas une semaine sans qu'il ait une ou deux plaques muqueuses ; il a perdu en partie ses cheveux ; il a souffert de périostoses et il est rare que son corps ait été longtemps vierge de tout « bouton ». Et pendant trois, quatre, cinq ans, il en sera ainsi. Est-ce là une forme réellement grave ? En vérité non ; elle est « gênante » pour les malades (Lancereaux), mais si les viscères sont intacts, et que tout s'arrête là, les patients n'auront point lieu de se plaindre outre mesure.

Prenons, au contraire, le cas suivant : période secondaire légère, quasi nulle ; tertiarisme insignifiant : *une* gomme de la peau. Ce n'est rien. Eh bien ! cette gomme, unique produit de l'infection tertiaire, plaçons-la sur le trajet de la sylvienne : est-ce grave ? Évidemment oui, et au maximum de la gravité clinique. Mais au point de vue anatomique, nosologique, l'acte morbide est identique dans les deux cas : que la gomme siège au-devant du tibia, sur une artère cérébrale ou dans le parenchyme pulmonaire, c'est toujours le même processus, et pathologiquement il n'y a pas lieu de considérer l'une de ces localisations comme étant le fait d'une maladie plus grave, puisque dans les trois cas, le syphilome est unique et est supposé être la seule manifestation de la période tertiaire.

Admettons, maintenant que le microbe syphiliogène est démontré, qu'il existe une syphilis atténuée et une syphilis ultra-virulente, et reprenons les deux types déjà étudiés : syphilis secondaire continue, intense, précoce, sans avenir tertiaire, et syphilis secondaire ultra-bénigne, avec un seul accident ultérieur tertiaire, cet accident étant une gomme cérébrale ; la forme « non atténuée » de l'infection, c'est évidemment la première, et, comme en fait de vérole « le présent n'est en rien le miroir de l'avenir », c'est cette même forme *a priori* qui est la plus grave ; et pourtant, dans notre hypothèse, elle aura épuisé son action après quelques années de persécutions exercées contre le malade, tandis que la seconde, après un si long sommeil qu'on l'aura crue éteinte, viendra par un coup formidable terrasser *ex abrupto* sa victime.

La syphilis comporte donc une gravité nosologique, et une gravité clinique, cette dernière résultant à la fois des dangers inhérents à la puissance de l'infection et au siège de ses déterminations. Pouvant intéresser tous les appareils, tous les organes, la vérole ne prête pas plus à un pronostic général que la phlébite, par exemple : une phlébite variqueuse de la saphène n'est rien ; une phlébite viscérale est très grave ; une phlébite septique, même superficielle, est mortelle. De même, une syphilis exclusivement cutanée, même intense, au point de vue pratique n'est rien ; une syphilis viscérale, testiculaire est grave ; une syphilis cérébrale est grave au delà de toute expression. Et pourtant, répétons-le, le processus infectieux qui, restant unique et localisé dans les deux cas, frappe ici la peau et là un viscère, est identique à lui-même. On ne peut malheureusement pas refuser à la vérole la faculté de choisir sa proie dans l'économie, et on ne serait fondé à déclarer grave une syphilis pour le seul fait d'avoir une détermination viscérale plutôt que cutanée que si, au lieu de vouloir limiter son action à la production de syphilomes nodulaires, on lui reconnaissait le pouvoir de créer par elle-même des lésions viscérales diffuses, *totius substantiæ*, telles que la paralysie générale, le tabes ; or, l'accord est loin d'être fait sur ce point. Sans quoi, gomme cutanée ou gomme hépatique, c'est la même facture dans les deux cas. C'est pour toutes ces raisons que, dirons-nous avec Homolle, quand on parle de véroles légères ou graves, malignes ou galopantes, on a en vue une phase de la maladie plutôt que la maladie tout entière, et on a principalement en vue la période virulente.

Laissons là cette étude doctrinale et entrons de plain pied sur le terrain de la pratique. Nous prendrons d'abord la syphilis jeune, la syphilis des premières années, à la période *dite* virulente, parce que c'est à cette époque que la vérole, donnant lieu à des symptômes généraux, déterminant des explosions d'accidents multiples et disséminés, infecte manifestement toute l'économie (1) et se comporte de toute évidence comme une maladie infectieuse; ensuite nous la retrouverons à la période tertiaire.

II

FORMES GRAVES DE LA SYPHILIS.

I. Formes graves de la période dite virulente.	*Syphilis secondaire intense*	Rapidité d'évolution. Confluence des éruptions. Confusion des modalités éruptives.
	Syphilis dénutritive secondaire.	
	Syphilis maligne précoce.	
	Syphilis viscérale précoce.	
II. Formes graves du tertiarisme.	*Syphilis tertiaire intense, continue.*	
	Phagédénisme, sphacèle.	
	Cachexie tertiaire.	
	Localisations graves.	

III

Période dite virulente. — 1. *Syphilis secondaire intense.* — C'est du côté de la peau que se porte tout l'effort initial de l'infection secondaire ; si elle s'y cantonne, si elle borne ses

(1) On sait qu'à cette époque le sang, au moins pour un certain temps, est contagieux (c'est-à-dire *inoculable*, puisqu'à propos de la syphilis on a, bien à tort, confondu ces deux expressions). Jusqu'à quand le reste-t-il? On l'ignore. On ne sait pas davantage si cette contagiosité est, même alors, constante et permanente, ou bien si elle est réveillée ou exagérée au moment des poussées de la « diathèse ». On à surtout donné le nom de *virulente* à la période secondaire, parce que les accidents de cette période sont extrêmement contagieux, tandis que les accidents tertiaires ont la réputation (non contrôlée d'ailleurs) d'être point ou faiblement contagieux.

manifestations au système tégumentaire, quelque redoublées et considérables qu'elles soient, la syphilis ne sortira pas de ses attributions classiques (1); elle n'aura pas (qu'on nous passe l'expression) excédé ses pouvoirs, elle en aura seulement usé jusqu'au bout, pourvu qu'elle n'empiète pas sur les caractères assignés à la période tertiaire. Quels sont donc les signes distinctifs des syphilides (2) de ces deux périodes ?

Les syphilides secondaires, dit M. le professeur Fournier, sont des dermatoses superficielles, bénignes, résolutives; les syphilides tertiaires sont profondes, graves, ulcératives, aboutissant à la destruction ou à l'atrophie interstitielle de la peau. En revanche, tandis que les premières sont profuses, disséminées, parfois même généralisées, les secondes sont relativement discrètes, circonscrites, régionales. Les premières sont polymorphes, les secondes sont monomorphes. Les nombreux et divers éléments des syphilides secondaires sont en général disséminés au hasard, sans discipline éruptive; les syphilides tertiaires sont *méthodiques* (en corymbe, en bouquet, etc.); *la vérole se range, se discipline en vieillissant.*

Nous avons maintenant tous les éléments d'appréciation. Qu'après le chancre, à l'expiration de la seconde incubation, paraisse une roséole, respectant la face et les extrémités, fidèle au type érythémateux pur, rien de mieux; mais si déjà cette éruption est profuse, si déjà les régions palmaires sont tachetées de rouge, si les macules se diffusent en placards coalescents, s'effacent mal sous le doigt, on fera au moins cette remarque que la peau du malade est *sensible* à la syphilis; si cette première éruption se mêle, non pas de quelques-unes, mais de nombreuses papules, de larges papules, rapidement squameuses ou humides (plaques de Legendre, etc.), on dira que le malade est fortement *touché ;* à plus forte raison si l'éruption initiale est presque uniquement composée de papules volumineuses, dures, discoïdes, suintant dans les plis, confluentes; si à cette éruption en succède une autre de même nature ou plus importante ; si les poussées sont rapprochées, subintrantes; si l'éruption est moins franchement résolutive, papulo-tuberculeuse, elle frisera le tertiarisme. Mais sans aller si loin, il est des modalités éruptives secondaires bénignes quant à la nature de leurs éléments, et qui frappent cependant le clinicien par une particularité en apparence insignifiante ; telle l'apparition précoce d'une syphilide papuleuse *en corymbe*, déjà *disciplinée*, de quelques papules superficielles et résolutives, mais groupées, coalescentes, agminées; un tel incident, très rapproché de la roséole, fera involontairement songer au praticien que la syphilis est déjà bien *chez elle* dans l'économie infectée.

Cependant, que tout se borne là, et nous aurons assisté tout au plus à une syphilis intense, mais non à une syphilis grave. La continuité d'efflorescences superficielles, discrètes, de syphilides résolutives à la période secondaire, n'est pas non plus un fait de gravité; non plus que la résistance au traitement de certaines variétés éruptives, telles que la syphilide papulo-granuleuse ou lichénoïde, par exemple; que la syphilide pigmentaire (si on peut assimiler cette dyschromie à une éruption). Mais, il y a plus : il est *de règle* que la syphilis marque sa prise de possession de l'individu par une explosion de symptômes généraux et fébriles, surtout chez la femme ; tout l'être est en souffrance, les globules diminuent, la nutrition est entravée, le malade perd de son poids (en six semaines deux mois, 2, 3, 4 livres ou plus). Mais tout cela va se réparer, les forces et l'embonpoint reviendront, surtout avec le mercure, et si le patient (ordinairement un fumeur) se plaint de ne pouvoir se débarrasser de plaques muqueuses buccales, — comme de quelques papulo-croûtes à la peau ou au cuir chevelu, — le médecin lui dira qu'il est normal que la syphilis frappe le tégument externe et les orifices muqueux, un peu plus ou un peu moins; et normal à tel point que nombre de médecins, estimant qu'il est bon que la vérole *jette son feu*, se réjouissent de la multiplicité des déterminations cutanées de son jeune âge, et y provoquent même par l'administration raisonnée et méthodique de bains sulfureux (1). Il est même une variété d'érythème secondaire, que M. le professeur Fournier regarde en quelque sorte, avec Bazin, comme un bon présage, c'est la *roséole annulaire;* l'apparition de cette forme graphique tardive (deuxième et troisième années) était, pour Bazin, l'indice d'une syphilis modifiée par le mercure.

Ainsi donc une syphilis cutanée *intense* n'est pas pour ce fait une syphilis *grave*, et cela, répétons-le, parce qu'elle peut guérir là et n'aboutir point au tertiarisme; de cela les exemples abondent. Mais, en revanche, cette même période secondaire peut terrasser le malade avec une rapidité parfois foudroyante, et le drame pathologique peut se terminer par une catastrophe presque dès le lever du rideau.

2. *Syphilis viscérale précoce.* — Nous verrons en terminant cette Revue que la syphilis tertiaire est souvent grave, — on pourrait dire le plus souvent, — par ses localisations, et de leur seul fait. La syphilis secondaire peut en faire autant : elle aussi peut frapper peu, *discrètement*, mais d'une façon terrible. Nous arrivons ici à la FORME VISCÉRALE PRÉCOCE, qui peut se réaliser suivant les types suivants : syphilis cutanée souvent bénigne ou insignifiante, puis syphilis cérébrale au bout de quelques mois, paraplégie secondaire (2), myélite transverse précoce, presque immédiate (Obs. Leloir). Résumons ici un cas analogue observé cette année par nous dans le service de notre excellent maître M. Fournier :

Un homme de vingt-cinq ans entre à la clinique de l'hôpital Saint-Louis, porteur d'un purpura généralisé (quoique discret, sauf aux jambes) et d'un œdème blanc mat, datant de quelques jours et surtout accusé aux paupières et aux chevilles. Aucune étiologie vraisemblable, refroidissement, rhumatisme ou autre. Albuminurie colossale. Il existe sur la verge une érosion un peu dure, remontant à trois semaines, mais minime, et sans adénopathie notable que l'œdème permette tout au moins de constater. M. Fournier croit à un chancre induré *possible*. La persistance pendant cinq semaines des lésions purpuriques évoluant par poussées successives ne permet pas de voir s'il se produit, ou non, une roséole. En tout cas, pas de céphalée, d'ostéalgies ni de fièvre

(1) On pourrait donc ajouter encore le qualificatif restrictif de *cutanée* à la forme que nous avons en vue ici et l'appeler *syphilis secondaire intense cutanée*, pour bien la séparer des cas où la syphilis secondaire porte son effort sur l'économie tout entière. (Voir plus loin *syphilis dénutritive*, etc.)

(2) C'est-à-dire des manifestations *cutanées* de la vérole.

(1) Ce qui nous paraît au moins inutile.

(2) Il n'y a pas encore longtemps que les paralysies de la période secondaire, après avoir été d'abord mises sur le compte de simples coïncidences, étaient toutes rapportées à l'*hystérie secondaire*. On sait malheureusement aujourd'hui que la moelle et le cerveau (pour ne parler que d'eux) sont absolument sous le coup des expéditions coloniales infectieuses que peut envoyer dans les viscères, comme ailleurs, le tertiarisme précoce des premiers mois.

secondaire. Traitement : une pilule proto-iodure 5 centigrammes, iodure 2 grammes.

Aucun autre symptôme quelconque pendant trois mois, qu'une albuminurie énorme, constante, persistante, et une couleur mate des téguments ; le purpura a disparu, l'œdème a fort diminué. A ce moment, on constate sur le tronc et le bras *trois* syphilides papuleuses à peine ébauchées, mais quinze jours après se montre au dos *une* syphilide *en corymbe* des plus nettes... Frictions mercurielles. Iodure à hautes doses... Plusieurs semaines après, le malade part à Vincennes, conservant un seul symptôme, l'albuminurie, mais au même degré énorme.

Cette observation est des plus remarquables à cause de la bénignité exceptionnelle des accidents initiaux et cutanés et de la réalisation d'une *forme rénale précoce* de la syphilis. Ce diagnostic nous paraît d'autant plus inattaquable, que nous comprendrions difficilement qu'une albuminurie aussi colossale, de nature non syphilitique, eût permis l'administration continue de doses élevées de mercure et d'iodure, sans hydrargyrie, sans salivation, et sans aucun symptôme autre concomitant et en dépit de l'inapplication du régime lacté (auquel nous n'avons pu arriver).

Il est vraisemblable que ces formes viscérales précoces pourraient se multiplier à l'infini; nous n'y insisterons donc pas davantage, si ce n'est pour dire que l'hérédo-syphilis (commune, non tardive) est toujours *viscérale précoce* et que même, bien qu'*à un moindre degré*, il en est ainsi de la syphilis acquise du premier âge, d'où la nécessité d'un traitement mixte institué de bonne heure.

3. *Syphilis dénutritive secondaire.* — L'anémie, la dénutrition, la perte des forces et du poids qui, habituellement, s'observent d'une façon temporaire et à un degré moyen lors de la généralisation de l'infection spécifique, peuvent s'accentuer d'une manière telle que le malade ainsi touché ne s'en relève pas. Jamais il ne sera plus le même; l'embonpoint et la vigueur sont partis pour toujours, ce sont des sujets « finis », comme d'aucuns le disent eux-mêmes tristement. Quelle est leur destinée ultérieure ? Ils seront sans doute, dans un avenir plus ou moins rapproché, la proie de quelque manifestation profonde du tertiarisme, mais, avant tout, ils sont immédiatement mis en imminence morbide pour toutes les maladies ou infections qui déciment l'humanité, et en premier lieu pour l'infection tuberculeuse. Il est des gens qui sans hérédité, sans antécédents personnels, sont devenus tuberculeux et sont morts quelques mois après leur entrée dans la cachexie syphilitique secondaire; c'est là la phthisie post-syphilitique, tuberculeuse, qu'il ne faut point confondre avec la phthisie syphilitique par syphilome bronchopulmonaire.

La forme que nous venons de décrire peut se rencontrer à l'état isolé, c'est-à-dire consécutivement à une syphilis cutanée légère ou moyenne ; il est possible, en effet, que la vérole, presque sans manifestation extérieure, ruine du coup une existence, par toxhémie, absolument comme on arrive, expérimentalement, à tuer par septicémie foudroyante des cobayes, en leur injectant dans les veines une forte quantité de culture de bacilles de Koch, avant même que les tubercules n'aient eu le temps de se produire. Voici un exemple de cette évolution de la syphilis, encore recueilli dans les salles de notre maître M. le professeur Fournier :

Le 10 juillet 1888, entre à la salle Saint-Louis, n° 35, le nommé Z..., Isaac, âgé de vingt-six ans, casquettier. Il porte au prépuce une cicatrice indurée, consécutive à un chancre syphilitique, soigné il y a *deux mois* par M. Mauriac. Pour toute manifestation de la syphilis il présente actuellement des syphilides *gommeuses* du pharynx et des amygdales : *depuis quinze jours* il souffre violemment de douleurs pharyngées irradiées aux oreilles (1), et toute alimentation solide est impossible. Ce malade n'a eu ni fièvre, ni céphalée, ni douleurs dans les membres ou les os, ni aucune éruption d'aucune sorte ; les ganglions inguinaux sont minimes : nulle autre adénopathie n'existe; or, depuis deux mois, c'est-à-dire déjà bien avant le début des lésions gutturales, cet homme se voyait maigrir d'une façon telle qu'*il n'osait sortir dans la rue de peur d'être la risée des voisins.* Il a perdu dans ce temps TRENTE-HUIT LIVRES (de 151 il est tombé à 113).

Le 25 juillet, c'est-à-dire *quinze jours après*, sous l'influence d'un traitement énergique, auquel il ne sera peut-être pas présomptueux d'attribuer ici le succès (2) (Pilules proto 5 centigrammes *bis*, KI = 3 grammes, attouchements iodés quotidiens, alimentation liquide, sirop de fer, café), les ulcérations gommeuses se sont comblées ; il ne reste aujourd'hui que des syphilides opalines des amygdales; le malade mange comme tout le monde et son poids augmente rapidement.

Cette manifestation de la syphilis secondaire sous la forme *exclusive*, larvée, d'une quasi-anémie pernicieuse suraiguë, est assurément exceptionnelle ; il est également curieux de voir, ce qui est moins rare, survenir, dans les douze ou dix-huit premiers mois de l'infection, des poussées aiguës de dénutrition se traduisant par la perte de trois, six, huit livres et par un notable affaiblissement, — mais par cela seul, — chez des malades n'offrant en même temps aucun accident syphilitique cutané ou viscéral.

Mais généralement, dans la pratique, il est usuel de voir la *syphilis dénutritive* coïncider avec la *syphilis maligne précoce*, en découler, se confondre avec elle.

4. *Syphilis maligne précoce.* — Nous ne voulons point décrire tout au long cette forme, bien étudiée depuis Bazin et Dubuc (1864) et aujourd'hui connue de tous; nous ne l'examinerons qu'à un point de vue général et en en traçant les grandes lignes. C'est une infection intense, suraiguë : les syphilides, polymorphes dès la première éruption, sont d'emblée ulcéreuses, ecthymateuses, voire térébrantes; ce sont de véritables gommes de la peau. Ou bien alors ce sont d'énormes papules, ou même des tubercules (c'est-à-dire *non susceptibles de résolution*), déjà disciplinés, agminés. Les poussées cutanées se succèdent sans interruption et sont même subintrantes. Et il n'y a pas que la peau où le tertiarisme devance son tour : on peut assister à une véritable explosion d'accidents viscéraux ou autres : ostéopériostoses persistantes, orchites, irido-choroïdites. Mais ce qui est surtout effrayant, c'est le formidable mouvement de dénutrition auquel on peut assister : tel de nos malades, observé cette année par nous chez l'éminent professeur de Saint-Louis, avait, en six mois, perdu TRENTE LIVRES de son poids; cet homme, jadis hercule forain, était réduit à se faire camelot! Cette cachexie terrifiante résulte en partie, outre la toxhémie, de l'inanition relative due à la douleur de la déglutition (plaques muqueuses buccales ulcératives,

(1) Caractère assigné par les classiques aux seules ulcérations *tuberculeuses* du pharynx.

(2) Nouvelle preuve qu'il ne faut pas refuser aux syphilis malignes le bénéfice du traitement spécifique, sous prétexte qu'il ne serait pas toléré : un malade, récemment entré dans le service pour une syphilis maligne ulcérative secondaire non diagnostiquée au dehors, a guéri merveilleusement en un mois avec HUIT grammes d'iodure et DIX centigrammes de proto-iodure hydrargyrique.

syphilides gommeuses pharyngo-amygdaliennes), de l'inappétence, du mauvais état de la bouche par incurie, des altérations préalables (alcoolisme, etc.) des voies digestives, toutes choses qui, en outre, rendent excessivement difficile l'emploi des moyens thérapeutiques.

Que vont devenir ces syphilis, se demandera le médecin, ou, pour parler plus humainement, quel sera l'avenir d'individus aussi cruellement frappés? Chez quelques sujets, tout s'amende après quelques semaines, tandis que, chez d'autres (Homolle), l'état général reste mauvais et les poussées éruptives se succèdent presque sans trêve pendant plusieurs mois, et jusqu'à la mort. Oui, certes, il est possible qu'on guérisse entièrement d'une syphilis *intense* précoce; mais après une syphilis *maligne vraie*, même si la vérole *peut*, dans ces cas, s'éteindre pour toujours (et il en est heureusement des exemples), il nous semble difficile que le sujet sorte jamais de cette épreuve absolument indemne comme état de santé, outre ce qu'il peut avoir acquis comme cicatrices cutanées, mutilations faciales, nodosités testiculaires scléreuses, persistantes, etc. Qu'est-il donc alors réservé à ceux qui, comme c'est du reste la très grande majorité, survivent à ce naufrage de leur santé (réserve faite pour les heureux qui en sont plus ou moins quittes désormais avec leur maladie)? Plusieurs ordres de faits se présentent : tantôt ce sont des atteintes viscérales, diverses et multiples, poussant progressivement le patient dans la cachexie tertiaire où il trouvera la mort, soit dans le marasme, soit par une affection aiguë [érysipèle, pneumonie (Lancereaux)]; tantôt les récidives du tertiarisme, se produisant sous la même forme, porteront sur un seul et même organe et ruineront l'économie au prorata de l'importance vitale de ce dernier. Exemples : 1° syphilides gommeuses du pharynx, cinq récidives en un an (observations personnelles); 2° laryngites scléro-gommeuses à poussées rapprochées ou subintrantes, sténose respiratoire, tuberculose pulmonaire, mort (observation personnelle).

La tuberculose, encore ici, est un aboutissant ultime fréquent de la cachexie précoce, indépendamment des complications inhérentes pour chaque malade aux propathies qui ont joué chez lui le rôle de facteurs de gravité de la syphilis : hépatites, chez les buveurs; vascularites, chez les paludiques, etc. A noter seulement ici qu'il ne semble pas que les syphiloses nerveuses se rencontrent avec une fréquence marquée chez ceux qui ont souffert de la *syphilis maligne précoce*.

La forme maligne de la vérole serait *fort rare* de nos jours, à en croire bon nombre d'auteurs, et Jullien en particulier. Nous ne sommes malheureusement pas fondé à souscrire à cette opinion; peut-être est-elle devenue plus fréquente ces dernières années, concurremment avec les progrès croissants de l'alcoolisme; toujours est-il qu'il ne se passe pas de mois où il n'entre dans le service de la clinique de Saint-Louis au moins un malade inscrit au registre des diagnostics avec la mention *syphilis dénutritive* ou *syphilis maligne précoce*. Le nombre de ces cas est même assez fréquent (relativement) pour qu'il nous souvienne avoir entendu dire à notre excellent maître, M. le professeur Fournier, qu'il n'était pas prouvé, pour lui, que la syphilis eût été, lors de sa naissance ou sa renaissance en Europe, notablement plus grave qu'elle ne l'est de nos jours.

Aussi bien une courte statistique en dira-t-elle plus long que toute cette discussion. Nous avons pris, sur le registre des diagnostics du service de la clinique, six mois de 1887 (juillet-décembre) et trois mois de 1888 (mai-juillet). En ne tenant pas compte des enfants, ni des malades entrés plusieurs fois pendant ces neuf mois, voici le relevé des syphilitiques hospitalisés :

	NOMBRE total.	MALADES à l'âge tertiaire.	ACCIDENT primitif seul.	ACCIDENTS de l'âge secondaire.	SYPHILIS GRAVE intense.	SYPHILIS GRAVE maligne.
Hommes.	155	54	19	82	7	9
Femmes.	112	18	4	90	2	3

N'ayant en vue ici que la forme *primitivement* grave de la syphilis, c'est-à-dire les modalités graves de la période dite virulente, nous ne pouvons calculer que sur 82 hommes et 90 femmes. Or, sur ce nombre de cas, la vérole a été grave 16 fois chez l'homme ou 19,5 p. 100 et 5 fois chez la femme ou 5,5 p. 100 (1). Et, si nous négligeons la variété *intense* (7 ou 8,5 p. 100 chez l'homme et 2 ou 2,22 p. 100 chez la femme), comme moins importante et, d'ailleurs, d'appréciation difficile et variable, — il nous reste ceci :

Chez l'homme, la vérole a été *maligne* 9 fois, ou 11 p. 100; chez la femme, 3 fois, ou 3,33 p. 100.

Et l'on verra que nous n'avons pas été prodigue du qualificatif *maligne*, si l'on parcourt quelques-uns des diagnostics : gommes multiples récidivantes du pharynx dans la première année, — phagédénisme guttural précoce galopant, — néphrite persistante, — gommes du pharynx nasal, dénutrition, — syphilis maligne ulcéreuse précoce, — iritis double, synéchies postérieures, cataracte unilatérale, cécité, méningite à forme délirante, dans la première année; — syphilis dénutritive : gommes du pharynx; amaigrissement de 38 livres en deux mois, etc.

A quoi est due la malignité précoce de la syphilis? Cela nous entraînerait trop loin d'étudier les causes de gravité de la vérole en général, mais, ce qui est certain, c'est que toutes nous les retrouverons ou pourrons retrouver ici, puisque, d'une manière courante, qui dit *syphilis grave* entend désigner ainsi une syphilis grave *dès son origine*. Ces facteurs de gravité, les voici tels que les a admis M. Fournier : 1° l'alcoolisme (2); 2° la scrofulo-tuberculose (3); 3° l'âge (et principalement la vieillesse); 4° l'impaludisme; 5° la prédisposition héréditaire ou acquise (surmenage physique et intellectuel, misère, etc.); 6° l'absence ou l'insuffisance de traitement au début de l'infection. Mais il y en a bien d'autres, que nous ignorons; dans beaucoup de cas, la syphilis est grave sans que nous puissions retrouver une des causes précédemment énumérées; à celles-ci en tout cas, toutes inhérentes au terrain, M. le professeur Gémy (d'Alger) ajoute formellement *la qualité de la graine*, facteur de gravité qui, pour lui, prime de beaucoup tous les autres. Cette opinion, qui n'est pas encore admise, croyons-nous, par MM. Lancereaux et Fournier, notre savant et sympathique confrère d'Alger l'a résumée en cet aphorisme : « Si vous devez contracter la syphilis, prenez-la à une source

(1) Ne pas oublier qu'il s'agit ici uniquement des malades qui composent la clientèle usuelle de l'hôpital, c'est-à-dire des « couches sociales » les moins favorisées au point de vue du bien-être, de la tempérance et de l'hygiène.

(2) C'est la cause la plus fréquemment retrouvée à l'enquête, auss l'expression familière de *syphilis alcoolisée* est-elle souvent équivalente à *syphilis maligne précoce*.

(3) Il est nombre de tuberculeux dont l'état ne semble aucunement aggravé par une syphilis bénigne ou ordinaire; Sigmund avait remarqué ce fait. Mais il faudrait engager ici une discussion qui sortirait de notre programme.

largement, longuement et profondément mercurialisée (1). »

Existe-t-il quelque indice, qui, à l'aurore de la syphilis, permette de supposer qu'on aura affaire à une variété grave plutôt qu'à une forme bénigne? « Après les chancres indurés phagédéniques (a dit Bassereau), surviennent les syphilides pustuleuses graves, les affections ulcérées de la peau plus tardives, les exostoses suppurées, les nécroses et les caries. » Le fait est vrai d'une façon générale, et si, au point de vue de la syphilis, le présent n'est en rien l'image de l'avenir, c'est surtout exact pour ce qui est des syphilis bénignes (qui peuvent finir sur le tard par une catastrophe tertiaire isolée); mais on peut dire le plus souvent avec raison : à chancre malin, syphilis maligne; en sachant toutefois : 1° que ce n'est pas là une loi fatale, nécessaire, à beaucoup près (2); 2° qu'il ne faut pas confondre la tendance extensive, phagédénique du chancre, avec certains sphacèles qui peuvent parfois n'être dus qu'à des raisons mécaniques ou ne se produire qu'en raison du siège de la lésion.

Voici, au point de vue d'un pronostic précoce, ce qu'a écrit M. Diday : « *La première syphilide* est le signe le plus précieux auquel on puisse s'attacher; la syphilide, grâce à la forme très variable et très accusée sous laquelle elle se manifeste, arrive à donner une juste idée de ce que sera la syphilis dont elle marque le début. Avec une roséole pure et simple, restant telle pendant toute sa durée, n'affectant en aucun point la tendance à papuler, s'effaçant en dix ou quinze jours, vous avez beaucoup à espérer; mais le contraire n'est pas moins vrai, et, au temps de mes premiers essais, je me rappelle avoir été deux fois sur le point de regretter d'avoir voulu ne lutter qu'avec des médications non spécifiques contre une vérole dont la première poussée à la peau avait été papuleuse et squameuse. »

Quel traitement convient-il d'instituer en présence d'une vérole rapidement maligne; ici les divergences sont grandes, plusieurs auteurs pensant qu'il ne faut pas fatiguer les malades avec un traitement spécifique qu'ils ne supporteraient pas [Vidal] (3), tandis que le plus grand nombre pensent avec M. Fournier que le traitement ioduré et hydrargyrique doit être, au contraire, administré rapidement et *larga manu*, tout en y associant les toniques et reconstituants, dont les partisans de la première théorie voudraient faire temporairement un usage exclusif préalable.

IV

Période tertiaire. — Nous nous sommes assez étendu sur les formes précédentes pour être, sous peine de redites fatales, forcé d'être bref quand nous allons retrouver ici leurs homologues, occupant cette fois leur place normale dans le cadre chronologique.

(1) Leçon d'ouverture de l'année scolaire 1887-1888.

(2) La qualité de la virulence (dit M. Leloir dans ses *Leçons sur la syphilis*) n'est pas, d'une façon certaine, en rapport avec l'aspect mauvais du chancre... On peut supposer que l'aspect plus ou moins grave du syphilome primaire indique seulement que le terrain de culture est *actuellement* propice à la prolifération du parasite et à la production des accidents qui en sont immédiatement la conséquence, mais n'implique en rien un pronostic d'avenir si le terrain de culture est ultérieurement modifié.

(3) Il convient, d'ailleurs, de remarquer que la résistance au traitement spécifique, — ou du moins à la manière et aux doses où il est habituellement employé, — est un caractère fréquent des accidents ulcéreux des syphilis malignes, et que ceux-ci ne peuvent, en outre, se passer de topiques locaux appliqués avec le plus grand soin.

1. *Syphilis tertiaire intense, continue.* — Sauf qu'elle se présentera cette fois après une phase secondaire commune ou moyenne, et qu'elle aura, ou non, succédé à une période intercalaire de plus ou moins grande durée, cette forme ne nous offrira rien de plus à considérer que ce que nous avons pu voir à propos de la syphilis maligne *précoce*. La syphilis tertiaire peut être grave par l'intensité, la gravité, la continuité de ses poussées, et aboutir à la cachexie tertiaire. Elle peut être grave par la modalité ulcérative de ses éruptions, ou, au contraire, par la tendance sclérosante des néoplasies diffuses qu'elle produira d'une façon plus ou moins constante chez tel ou tel individu; — par ses fréquentes récidives *in situ*, par les destructions et mutilations auxquelles elle peut donner lieu. Mais quel qu'en soit le nombre, ses poussées (1) peuvent guérir. Nous avons vu plus haut toutes les conséquences qui peuvent en découler.

2. *Phagédénisme tertiaire.* — Il n'est à proprement parler qu'une modalité de la forme précédente, et si nous lui avons consacré une « en-tête » de chapitre à part, c'est parce qu'il peut, dans certains cas aussi exceptionnels que malheureux, marquer de son sceau *tous* les accidents ulcéreux qui se rencontreront pendant une phase du tertiarisme. En général, si les syphilides sont multiples, le phagédénisme sera térébrant; si elles sont uniques, ou groupées, il revêtira la forme extensive, serpigineuse.

Or, précisément, il convient, au point de vue clinique, de rapprocher du phagédénisme (bien que chaque lésion, chaque élément éruptif ne soit pas, dans les cas qui vont suivre, à proprement parler phagédénique au vrai sens du mot), ces placards ulcéro-gommeux à évolution chronique intermittente, voire continue, subintrante, se reproduisant sans cesse *in situ*, poussant des irradiations serpigineuses en surface ou térébrantes vers la profondeur, et en arrivant à réaliser ce qu'on a appelé la syphilis *mutilante*. La face a le triste privilège d'être le lieu d'élection de semblables processus, dont les malheureuses victimes se voient condamnées à des infirmités dégoûtantes et à une claustration perpétuelle.

Mais il y a plus : la mort elle-même a pu être la conséquence du phagédénisme tertiaire; celui-ci avait donc droit à une place d'honneur dans le cortège sinistre de la vérole maligne.

3. *Cachexie tertiaire.* — On désigne, dit Jullien, auquel nous empruntons les lignes qui vont suivre, on désigne sous le nom de *quaternaire* une période d'épuisement qui survient à la suite des accidents graves et surtout prolongés de la syphilis. Anatomiquement elle est caractérisée par des altérations du sang et des dégénérescences amyloïdes ou graisseuses des viscères; cliniquement elle s'accuse par une série de troubles généraux communs à toutes les cachexies. Cet état, qui ne s'observe pas très fréquemment de nos jours, était commun au xve et au xvie siècle, et les anciens auteurs l'ont presque tous noté (G. Ucay, A. Paré).

Nous ne pouvons décrire cette cachexie, qui répond au *tabes sicca* que van Swieten opposait à la cachexie hydro-

(1) Nous disons « ses *poussées* », parce qu'il s'agit de syphilis tertiaires *graves, malignes;* autrement, rappelons-le, les accidents tertiaires, viscéraux comme cutanés, ont pour caractère distinctif d'être discrets, circonscrits, régionaux, isolés, solitaires.

pique. A moins de lésions locales bien accentuées, elle n'a rien de particulier, et se termine, soit par marasme progressif, soit sous l'influence d'une phlegmasie intercurrente du poumon, de la plèvre, du péritoine.

4. *Localisations graves du tertiarisme.* — L'aspect *bénin* du syphilome primaire n'indique nullement qu'il ne se produira pas plus tard des foyers de culture donnant lieu à des accidents graves, soit par la diffusion et la grande prolifération du microbe, soit *par le siège même des foyers de prolifération microbienne*, a dit avec raison M. Leloir en rajeunissant, sous le style du jour, l'opinion professée par MM. Ricord et Fournier.

C'est une illusion de croire, dit M. Fournier, que la bénignité de la période secondaire présage une égale bénignité de la période tertiaire. Une syphilis qui commence bien n'est pas moins exposée pour cela à mal finir. — Et pour en donner la preuve, il prend au hasard, dans sa statistique personnelle, 100 cas de la variété la plus grave des syphiloses tertiaires, la syphilis cérébrale, et voici ce qu'il a trouvé comme exorde à la vérole dans ces 100 cas.

La période secondaire a été extrêmement bénigne dans 17 cas, bénigne dans 54, moyenne dans 22 et grave dans 7.

Si on fait abstraction des cas moyens, qui n'ont aucune signification ici, on trouve que sur 78 cas de syphilis cérébrale, la syphilis secondaire a été bénigne 71 fois et grave seulement 7 fois; ce qui revient à dire que la variété la plus grave de la forme morbide que nous examinons en ce moment, a pour exorde une syphilis secondaire plus ou moins bénigne 91 fois p. 100. Or, à quoi tient-elle, la « malignité » présente? Ici nous ne pouvons plus invoquer aucun des facteurs de gravité connus de la vérole, car, nous l'avons dit à satiété, il n'est plus question ici de plus grande ou moindre virulence, mais simplement d'une localisation « malheureuse » et qui, placée ailleurs, eût produit une lésion de nulle importance. Nous ne pouvons donc, dans le cas actuel, rechercher que trois choses : 1° Qu'est-ce qui appelle la syphilis tertiaire discrète, solitaire, sur tel organe plutôt que sur tel autre? 2° Peut-on empêcher le tertiarisme en général? 3° Est-il possible de prévenir ses localisations les plus redoutables?

1° Il est de notion commune aujourd'hui, que les manifestations des maladies infectieuses sont sollicitées, *appelées* : *a*) dans les *loci minoris resistentiæ* préexistants; *b*) sur les tissus ou organes traumatisés ou surmenés postérieurement à l'infection. Donc, auront surtout à redouter : *la syphilis cérébrale* les surmenés de l'intelligence, les hommes de cabinet, les gens dont le cerveau est surchauffé (joueurs, etc.); *la syphilis hépatique*, les buveurs; *la syphilis laryngée*, les chanteurs, les crieurs, les alcooliques, et ainsi de suite; de là découle la prophylaxie, c'est-à-dire la solution de la troisième question. Mais, cela dit, il est certain que nombre de localisations tertiaires se produisent sans raison d'être apparente, sans aucune cause d'appel saisissable.

2° Quant à la question de savoir si on peut empêcher la vérole d'arriver au tertiarisme, il faudrait pour la résoudre étudier complètement le traitement de la syphilis. Contentons-nous de dire que, de l'aveu à peu près général aujourd'hui (nous ne parlons pas des « opportunistes » impénitents), le traitement appliqué, dès le début, suivant le mode auquel on a avec une juste unanimité donné, à l'étranger, le nom de *méthode Fournier*, est considéré comme capable de réaliser le maximum de chances susceptibles de prévenir le tertiarisme, c'est-à-dire d'obtenir la guérison relative de la syphilis (1).

Nous en avons fini avec l'étude des *formes graves de la syphilis*. Voyons maintenant si d'une façon générale on peut, au point de vue clinique, « peser » l'avenir d'un syphilitique. M. Fournier estime que, *grosso modo*, la syphilis secondaire est bénigne 19 fois sur 20, soit 95 fois p. 100. Il ne reste donc que 5 cas p. 100 à partager entre les *syphilis intenses* et les *syphilis malignes vraies*. Déjà donc *a priori*, s'il n'y avait à craindre que la gravité « de virulence » de la maladie, on pourrait presque toujours, surtout dans la clientèle de ville, en s'assurant qu'un malade n'est ni alcoolique, ni impaludique, affirmer qu'il a 95 chances p. 100 d'avoir une syphilis « bénigne ». Mais il reste la deuxième manière d'être grave de la syphilis, celle qui dépend des localisations tertiaires; or, celle-là, jusqu'à quel point aurons-nous à la redouter? Conservons l'exemple que nous avions choisi et gardons comme type la syphilis du cerveau, la plus fréquente des localisations tertiaires après les syphilides cutanées (Fournier). Eh bien! dans sa clientèle de ville, sur 2124 malades hommes ayant présenté des symptômes tertiaires, M. le professeur Fournier trouve 187 syphilis cérébrales, soit 8,8 p. 100 (2).

On voit donc en fin de compte que, dans la pratique, ce qui fait la gravité de la syphilis, c'est, non pas son plus ou moins de virulence initiale, mais bien les dangers inhérents aux localisations viscérales tertiaires éloignées; or, celles-ci, des plus fréquentes puisque le passage à la période tertiaire, au moins discrète, est la règle, sont impossibles à prévoir comme nombre, comme siège et comme échéance. — *Il n'est donc pas permis de porter un pronostic sur l'évolution totale de la syphilis.*

HOPITAL SAINT-JOSEPH. — M. Le Bec.

Ankylose angulaire du genou; résection cunéiforme; guérison parfaite.

Marie F..., 17 ans, entre à l'hôpital Saint-Joseph le 8 novembre 1886, pour une ankylose angulaire du genou gauche.

C'est une enfant chétive, pâle, atteinte d'un écoulement purulent des deux oreilles depuis très longtemps. D'un côté, la caisse du tympan est détruite par le pus; de l'autre, la maladie a été améliorée par le traitement à l'acide borique.

Il y a plus de trois ans, elle a eu une tumeur blanche du

(1) En 1874, Jullien avançait, après d'autres auteurs, que les excès du traitement mercuriel n'étaient peut-être pas étrangers à la production de la syphilis cérébrale. Il est à présent d'avis que les statistiques qui l'avaient conduit à cette assertion « ne sont pas plus concluantes que les statistiques opposées » (1886).

(2) Ces chiffres veulent être commentés. De prime abord, cette proportion serait moins terrible qu'elle n'en a l'air, puisqu'elle signifie simplement que le cerveau est atteint chez 8,8 p. 100 des malades *ayant eu des accidents tertiaires*, et qu'il reste à déterminer combien de syphilitiques sont victimes du tertiarisme, problème non encore résolu. Mais on verra, au contraire, que la proportion donnée plus haut ne représente qu'un *strict minimum*, lorsqu'on saura que, dans les 187 cas étiquetés « syphilis cérébrale », il n'en figure aucun pouvant comporter un diagnostic plus précis, tels que *paralysies des nerfs craniens*, *pseudo-paralysies générales*, etc., lesquels sont comptés à part.

genou gauche, qui a été mal traitée, et s'est terminée par une ankylose vicieuse.

Le genou gauche est fléchi à angle droit. La peau qui le couvre est mince, elle porte des cicatrices, traces de pointes de feu, et, à la face interne, deux cicatrices déprimées, qui appartiennent à d'anciennes fistules.

Le tibia est un peu porté en arrière, et légèrement tordu en dehors.

On distingue les condyles et la rotule, qui est fixée dans l'espace intercondylien.

Les mouvements volontaires n'existent plus depuis longtemps; les mouvements provoqués se réduisent à une toute petite oscillation, qui montre que l'ankylose n'est pas osseuse.

Atrophie de la cuisse et de la jambe.

Douleurs nulles, sauf quand on veut étendre la jambe.

État général satisfaisant.

La solidité de l'ankylose et la légère subluxation du tibia en arrière ne permettaient pas de faire une extension, car de plus les tendons des muscles postérieurs de la cuisse étaient fortement tendus et rigides.

Je me déterminai à faire une résection cunéiforme de l'articulation du genou.

Opération le 25 novembre 1886. Application de la bande d'Esmarch, et lavage de la région.

Incision transversale passant par le milieu de la rotule. Dissection et relèvement de la peau avec le tissu cellulaire qui la double. Je découvre ainsi jusqu'à la base des condyles fémoraux. Une sonde cannelée est glissée sous le fémur. Je fais ensuite une section à la scie portant en travers des condyles fémoraux, de telle manière que le plan de la section soit perpendiculaire à l'axe du fémur, et passe par le prolongement de la face postérieure du tibia.

Je fais ensuite une seconde section, passant sous le plateau articulaire du tibia, et bien perpendiculaire à l'axe de cet os.

La jambe est alors redressée, mais ce mouvement est impossible à cause de la tension des tendons. Je fais alors la ténotomie des tendons des muscles droit interne et demi-tendineux. Le redressement est alors facile.

Suture osseuse en deux endroits avec un gros fil d'argent.

Suture de la peau. Deux drains sont placés sur les parties latérales. Le membre est placé dans une gouttière plâtrée, dans laquelle est incorporée la gouttière que M. Lucas-Championnière a imaginée pour les résections du genou.

Pansement à l'iodoforme et au sublimé.

26 novembre. La nuit a été agitée. La petite malade a souffert un peu de sa jambe. On change le pansement qui est un peu taché par le sang. Les drains sont nettoyés. Température 37°3 le matin; 38°1 le soir.

29. La malade va très bien, les douleurs ont disparu, pansement. La plaie est en bon état, sans tuméfaction.

6 décembre. Pansement. Les sutures de la peau sont enlevées. En deux endroits on voit passer les fils d'argent de la suture osseuse. Pas d'inflammation, pas de fièvre.

15. Pansement. Je coupe une partie des fils d'argent, de la suture osseuse, qui sont trop longs. Le fil du côté interne a déterminé un peu de suppuration. — Pas de fièvre ni de douleur.

25. Pansement. La peau est prise. Il y a une quantité insignifiante de pus aux endroits par lesquels sortent les fils d'argent. Pas de douleur ni de fièvre.

4 janvier 1887. Même état local, la quantité de pus se borne à quelques gouttes.

DE LA LIQUEUR DE CASSIS COMME VÉHICULE

Par M. Vigier.

Le parfum délicat de cette liqueur, son faible degré alcoolique, constituent des qualités pharmaceutiques précieuses pour dissoudre certains médicaments et en masquer la saveur.

C'est ainsi que, dans la médication des dyspeptiques par l'acide chlorhydrique, la formule suivante permet d'obtenir un des élixirs les plus agréables et les plus efficaces :

Cassis à 22 degrés.	10 grammes.
Eau distillée	6 —
Sirop simple.	4 —
Acide chlorhydrique pur.	II à V gouttes.

Telle est la composition d'une dose (un verre à liqueur) de cet élixir chlorhydrique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 octobre 1888. — Présidence de M. Polaillon.

COMMUNICATIONS

La suture à distance. — M. **NICAISE**, à propos de la communication faite par M. Després dans la dernière séance, sur la suture à distance (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 1066), rappelle qu'il a communiqué, en 1882, un mémoire de M. Desaix (de Reims) sur la suture médiate. Dans ce mémoire, M. Desaix parle d'une suture analogue à celle que préconise M. Després.

M. **DESPRÉS** fait observer que la suture de M. Desaix est un tout autre procédé que celui qu'il a préconisé, puisqu'il ne fait pas d'avivement; c'est une simple suture médiate.

Du ballon de Petersen dans la taille hypogastrique. — M. **TILLAUX** présente six calculs très volumineux qu'il a retirés de la vessie d'un homme par la taille hypogastrique. Dans ce cas, M. Tillaux a tiré de grands avantages du ballon de Petersen. Celui-ci est surtout utile lorsque la paroi abdominale est très épaisse, lorsque la vessie est elle-même épaissie. Enfin, il rend surtout de grands services dans les cas de cathétérisme rétrograde, puisque, dans ces cas, on ne peut rien injecter dans la vessie ni y introduire aucun instrument. En somme, le ballon de Petersen est très utile dans la taille hypogastrique.

M. **DESPRÉS**, à propos de l'observation de M. Tillaux, dit que c'est à la Société de chirurgie que revient le mérite d'avoir remis en honneur la taille hypogastrique. Il rappelle qu'il a communiqué, en 1874, deux observations de M. Devers dans lesquelles ce chirurgien a fait, avec succès, la taille hypogastrique chez deux enfants, sans le secours du ballon de Petersen. Quand on voit des chirurgiens moins expérimentés que les membres de la Société pratiquer ces opérations sans le secours de ces appareils compliqués et dangereux, on est étonné d'entendre ainsi vanter ces appareils.

Un chirurgien qui connaît bien son anatomie peut entrer dans la vessie sans le secours d'aucun instrument.

M. **QUÉNU** cite deux cas de taille hypogastrique, l'un chez un enfant pour un calcul, l'autre chez un adulte pour une tumeur de la vessie. Dans ces deux cas, le ballon de Petersen lui a rendu les plus grands services. Il a injecté, chez le second malade, 350 grammes dans le ballon, et il a vu qu'il aurait pu en injecter beaucoup plus. La quantité de liquide à employer varie selon les cas.

M. **PÉRIER** a eu l'occasion de pratiquer la taille sus-pubienne pour un cathétérisme rétrograde, par conséquent sans ballon de Petersen. Il a pu y arriver, mais il a constaté qu'il était bien autrement facile de pénétrer dans la vessie avec le secours du ballon de Petersen.

Tétanos céphalique. — M. **TERRILLON** fait un rapport sur une observation présentée par M. Charvot, médecin-major, et relative à un cas de tétanos céphalique. Il s'agissait d'une plaie contuse de la région malaire droite par coup de pied de cheval; au septième jour, paralysie faciale; au neuvième jour, trismus, tétanos céphalique; mort au douzième jour. L'état du blessé semblait des plus simples; il y eut seulement un peu de commo-

tion cérébrale. Pendant cinq jours, aucune complication n'apparaît. Pas de phénomènes cérébraux, pas de fièvre. Le cinquième jour au soir, la température monte à 38. Le lendemain, symptômes manifestes d'une paralysie faciale droite. Le surlendemain, phénomènes nerveux nouveaux, spasmes généralisés intermittents, trismus, vives souffrances. Le jour suivant, le tétanos ne se généralise pas, mais s'accentue davantage. Le spasme convulsif s'accompagne de convulsions dans les muscles du cou et de l'abdomen.

Traitement : injections de morphine, chloral à la dose de 10 grammes; seule, la morphine amenait une détente dans les phénomènes. Les deux jours suivants, accès d'asphyxie, état extrêmement grave, cyanose de la face, etc. Le malade succombe à la fin du quatrième jour du début du tétanos.

L'autopsie n'a rien montré de particulier.

Cette observation ressemble à celle que M. Terrillon a communiquée à la Société en 1887 (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1887, p. 245 et 269). Dans cette observation, le malade n'est mort qu'au dix-neuvième jour. M. Terrillon ajoute quelques réflexions relativement à cette forme spéciale de tétanos, sur laquelle il a fait un travail en collaboration avec M. Schwartz.

M. Charvot, dans son cas, fit sans succès la section du nerf sous-orbitaire. Cette section, ajoute M. Terrillon, devrait être faite dès les premiers jours. Enfin, relativement à l'origine équine du tétanos, M. Terrillon fait remarquer que, dans le cas de M. Charvot comme dans le sien, il s'agissait d'un coup de pied de cheval.

M. VERNEUIL appelle l'attention sur ce fait que, dans ces cas, le tétanos était localisé à un seul côté de la face. Il rapproche de ces faits les expériences d'inoculation de M. Nocard qui, injectant les animaux dans l'un des flancs, déterminait des hémitétanos.

M. TILLAUX dit que la forme céphalique du tétanos est, en somme, très rare. Il cite l'exemple d'un malade de son service qui avait l'air d'un hydrophobique. Il n'avait pas de trismus; sa blessure siégeait au membre supérieur.

M. VERNEUIL a aussi observé un exemple de cette forme hydrophobique qu'il préférerait appeler la forme pharyngée. Il a vu un cas de ce genre à la suite d'une ablation de sein. Dans cette forme pharyngée, M. Verneuil proposerait de pratiquer la trachéotomie.

M. RECLUS a observé un cas de tétanos à l'hôpital Tenon. Dans cet hôpital, deux cas avaient déjà été observés (voir les cas communiqués à l'Académie par M. Richelot, *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 976). Dans tous ces faits, l'incubation a duré sept jours. Chez la malade de M. Reclus, il s'agissait également de la forme pharyngée, bien que le tétanos ait apparu à la suite d'une suture de la vessie. Cette malade est morte le soir même.

M. TILLAUX fait observer que le terme de tétanos hydrophobique lui paraît justifié, en ce sens que ces malades présentent une horreur des liquides.

M. BERGER croit qu'il ne faut pas confondre le tétanos hydrophobique avec le tétanos céphalique. Dans ce dernier, ce qu'il y a de particulier, c'est la paralysie du début.

M. TERRILLON rappelle que cette distinction est établie par tous les auteurs. Mais ce qu'il y a de particulier dans ces cas, c'est la gravité même de cette forme de tétanos, presque toujours mortelle.

Recherche et extraction des petits projectiles de l'oreille. — M. BERGER fait une communication sur la recherche et l'extraction des petits projectiles siégeant dans l'oreille moyenne et même dans l'oreille interne. L'avis général est qu'il n'y a généralement pas à intervenir dans les cas de petits projectiles enclavés dans les tissus, tant qu'ils ne déterminent pas d'accidents. Il n'en est plus de même de la cavité de l'oreille, où ces projectiles amènent des suppurations souvent fort graves. La recherche de ces projectiles est donc indiquée. Pour déterminer le siège de ces corps étrangers, l'appareil électrique de M. Trouvé est une merveilleuse ressource. Cet appareil rend des services non seulement pour leur recherche, mais aussi pour leur extraction. Dans deux cas où il a eu à extraire une balle de revolver du conduit auditif, M. Berger a décollé le pavillon de l'oreille et incisé au thermocautère la paroi postérieure du conduit auditif. Le projectile peut être enclavé très profondément, et son extraction en est d'autant plus difficile. Dans un de ces cas, M. Berger a évidé et morcelé le corps étranger avec une curette à bords très tranchants. Grâce à cet évidement et à ce morcellement, il est arrivé, non sans peine, à l'extraire. Après l'extraction, malgré les manœuvres violentes qu'il eut à faire, les suites de l'opération furent des plus simples. Chez un de ces malades, il y eut une suppuration secondaire déterminée par un fragment de plomb qui était resté.

M. TERRILLON communique une observation identique à celles de M. Berger. Il s'agissait d'un garçon de dix-huit ans qui s'était tiré un coup de revolver dans l'oreille. Les phénomènes primitifs furent nuls. Ce ne fut que trois mois et demi après qu'il commença à présenter des troubles cérébraux. La balle était située très profondément. Il a appliqué sur le bord de l'orifice osseux une couronne de trépan et a fait basculer la balle de façon à la faire sortir par cette couronne de trépan. Les suites de l'opération furent des plus simples. Tous les phénomènes cérébraux ont disparu. La surdité seule a persisté.

M. DESPRÉS félicite MM. Berger et Terrillon de leur habile intervention dans les cas qu'ils viennent de communiquer. Toutefois, il pense qu'il ne faut rechercher et extraire ces balles que quand cette recherche et cette extraction sont faciles et quand il y a des accidents. Or il cite trois cas qu'il a observés, dans lesquels il s'agissait de balles de revolver plus ou moins volumineuses, introduites profondément dans l'oreille et s'étant enclavées, l'une dans les cellules mastoïdiennes, l'autre dans la paroi postérieure du conduit auditif, la troisième dans le rocher. Dans ce dernier cas, il y avait une paralysie faciale. Dans ces faits, M. Desprès s'est bien gardé de multiplier les recherches ni de faire la moindre tentative d'extraction, et ces trois blessés ont guéri sans accidents et dans un temps très court. En général, il vaut mieux laisser ces balles que de les extraire.

M. BERGER fait observer que M. Desprès ne saurait être fixé sur le siège exact qu'occupaient ces balles, puisqu'il ne les a même pas recherchées. Il rappelle qu'il y a eu de nombreux exemples de mort par suite de la présence de balles de revolver dans l'oreille. L'intervention est donc indiquée et, avec les précautions habituelles, elle n'offre d'ailleurs aucun danger.

Corps étranger de la vessie; extraction par les voies naturelles. — M. NICAISE communique une observation de corps étranger de la vessie. Il s'agit d'un homme de soixante-cinq ans, qui s'était introduit dans la vessie une canule d'irrigateur Eguisier. Il vint à l'hôpital dix jours après cette introduction. Il a eu un peu de cystite et un certain ténesme. Le corps étranger occupait le fond de la vessie, à gauche. M. Nicaise était sur le point de pratiquer la cystotomie sus-pubienne, lorsqu'il remarqua que chez ce malade le canal de l'urèthre présentait une largeur extraordinaire. En présence de ce fait, M. Nicaise essaya de retirer le corps étranger par les voies naturelles. Il se servit du redresseur de Colin. Pour s'assurer de la position du corps étranger dans le redresseur, M. Nicaise pratiqua le toucher rectal et put ainsi mieux fixer le corps étranger dans le redresseur. Cette canule a 8 millimètres de large; avec le redresseur, cela faisait 12 millimètres. Malgré ces grandes dimensions, la canule pût être retirée par les voies naturelles sans accidents. A la suite de cette opération, il y a eu une uréthrite assez considérable, puis une épididymite légère. Le malade est sorti complètement guéri. Après l'opération, M. Nicaise a donné de hautes doses de quinine (2gr50). Le malade a été pris d'un érythème généralisé d'origine quinique. Il avait eu déjà cet accident d'éruption quinique en travaillant dans une fabrique de sulfate de quinine.

M. DESPRÉS rappelle, dans un cas de ce genre, avoir retiré le

corps étranger par la taille périnéale, bonne opération selon lui, bien préférable à la cystotomie sus-pubienne, pour ces cas.

LECTURE

M. BAZY lit une observation d'anévrysme cirsoïde de la face dorsale de la main.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La commission du budget vient de repousser le crédit demandé pour la création d'une deuxième chaire de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Paris.

Elle a également réduit de 200 000 francs le crédit affecté aux bibliothèques et collections des Facultés de médecine.

— Par arrêtés ministériels en date du 11 octobre 1888, des concours s'ouvriront à la Faculté de médecine de Nancy :

1° Le 1er juin 1889, pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie, à l'École de médecine de Reims;

2° Le 6 juin 1889, pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à ladite École.

— *Hospices civils de Rouen.* — Le concours pour l'internat en médecine s'ouvrira le jeudi 13 décembre 1888, à trois heures précises, à l'hospice général.

Le concours pour l'internat en pharmacie s'ouvrira le 6 décembre 1888, à trois heures précises, à l'hospice général.

Le registre d'inscription sera clos quinze jours avant l'ouverture de ces deux concours. Pour tous renseignements s'adresser à la Direction des hospices civils de Rouen.

— *Faculté de médecine de Paris.* — INSCRIPTIONS, CONSIGNATIONS ET TRAVAUX PRATIQUES. — I. *Inscriptions.* — Le registre d'inscriptions, ouvert le jeudi 11 octobre, sera clos le samedi 24 novembre, à trois heures.

Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à trois heures de l'après-midi.

1° Inscriptions de première, deuxième et troisième années de doctorat, — de première et deuxième années d'officiat, les samedi 13, mercredi 17, jeudi 18, vendredi 19, samedi 20, mercredi 24, jeudi 25, vendredi 26 et samedi 27 octobre, et les mercredi 7, jeudi 8, vendredi 9, samedi 10 novembre.

2° Inscriptions de quatrième année de doctorat, — de troisième et quatrième années d'officiat, les mercredi 14, jeudi 15, vendredi 16, samedi 17, mercredi 21, jeudi 22, vendredi 23 et samedi 24 novembre.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leur inscription aux jours et aux heures ci-dessus désignés. L'inscription trimestrielle ne sera accordée, en dehors de ces dates, que pour des motifs sérieux et approuvés par le Conseil de la Faculté.

MM. les étudiants sont priés de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscription chez le concierge de la Faculté; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leurs inscriptions.

Les numéros d'ordre pour les inscriptions de quatrième année de doctorat et de troisième et quatrième années d'officiat (soumises au stage) ne seront distribués qu'à partir du mardi 13 novembre 1888.

Avis spécial à MM. les internes et externes des hôpitaux. — MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux, seront tenus de joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le quatrième trimestre 1887-88. — Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché.

Ces formalités sont de rigueur : les inscriptions seront refusées aux internes et externes qui négligeraient de les remplir.

II. *Consignations pour examens.* — Les bulletins de versement des droits de consignation pour tous les examens sont délivrés, à partir du 8 octobre, le lundi et le mardi de chaque semaine, de midi à trois heures.

Les consignations pour examens de fin d'année ne seront reçues que sur présentation d'une autorisation spéciale : sont dispensés de cette autorisation les élèves ajournés en juillet.

III. *Travaux pratiques.* — Les travaux pratiques sont obligatoires ou facultatifs.

Ils sont obligatoires pour tous les étudiants aspirant au doctorat ou à l'officiat.

Ils sont facultatifs pour les étudiants ayant seize inscriptions.

Les droits afférents aux travaux pratiques obligatoires sont soldés en prenant l'inscription trimestrielle correspondante.

Sont admis à prendre part aux travaux pratiques facultatifs, à la condition d'y être autorisés par M. le doyen sur leur demande écrite :

1° Les étudiants ayant seize inscriptions;

2° Les docteurs français;

3° Les docteurs et étudiants en médecine étrangers à la Faculté.

L'autorisation est valable pour la durée de l'année scolaire.

Les droits sont de 40 francs, payables en une fois.

(Des affiches ultérieures feront connaître la date d'ouverture des travaux pratiques.)

IV. *Cartes d'étudiant.* — Les cartes d'étudiant, pour l'année scolaire 1888-89, seront délivrées au secrétariat de la Faculté, aux jours et heures indiqués pour les inscriptions et les consignations.

Travaux pratiques d'histologie. — Le laboratoire des travaux pratiques d'histologie, sous la direction de M. Rémy, agrégé, chef des travaux (École pratique, rue de l'École-de-Médecine), sera ouvert tous les jours, à partir du mardi 23 octobre 1888, de une heure à trois heures de l'après-midi.

Les travaux pratiques d'histologie sont obligatoires, pendant le semestre d'hiver, pour tous les étudiants de troisième année.

Des lettres de convocation seront adressées au domicile de MM. les étudiants.

Médecine opératoire. — M. le docteur Broca, prosecteur, assisté d'aides d'anatomie, fera, à partir du mardi 16 octobre 1888, une série de démonstrations opératoires suivies d'exercices pratiques.

Ce cours ne pourra comprendre plus de quarante-huit élèves.

Il est spécialement destiné aux étudiants que les circonstances obligent à passer prochainement leur examen pratique de médecine opératoire.

MM. les étudiants qui désirent suivre ce cours devront se présenter, le plus tôt possible, à l'École pratique, 15, rue de l'École-de-Médecine, de une heure à quatre heures, au bureau du chef du matériel, qui leur donnera les renseignements nécessaires.

Travaux pratiques d'anatomie pathologique. — Les travaux pratiques d'anatomie pathologique, sous la direction de M. le docteur Brault, chef des travaux, commenceront le lundi 22 octobre 1888.

MM. les étudiants, pourvus de douze inscriptions, sont priés de se faire inscrire à l'École pratique, 15, rue de l'École-de-Médecine (laboratoire d'anatomie pathologique) pour les travaux pratiques concernant l'anatomie pathologique, tous les jours jusqu'au samedi 24 novembre inclus, et de deux heures à trois heures de l'après-midi.

Une carte d'admission leur sera délivrée.

Ils sont prévenus que, dans le cas où ils négligeraient de se faire inscrire aux dates ci-dessus indiquées, les inscriptions ultérieures leur seront refusées.

Exercices de dissection. — Les élèves de seconde année, avant d'être admis à disséquer, doivent subir l'examen préalable d'ostéologie.

Ils sont invités à se faire inscrire, dans le plus bref délai, à l'École pratique, 15, rue de l'École-de-Médecine, au bureau du chef du matériel, de midi à quatre heures.

Les démonstrations d'ostéologie, sous la direction de M. Poi-

rier, agrégé, chef des travaux anatomiques, commenceront le lundi 15 octobre.

Les pavillons de dissection seront ouverts le jeudi 8 novembre, tous les jours de midi à quatre heures.

Les prosecteurs, chefs de pavillon et les aides d'anatomie dirigent et surveillent les travaux des élèves. Ils font une démonstration quotidienne dans chaque pavillon.

A. — Les étudiants de première année ne prennent point part aux travaux anatomiques.

B. — Les exercices de dissection sont obligatoires pour les étudiants de deuxième et troisième années : les inscriptions ne leur sont point accordées sans certificat de dissection, et ils ne peuvent être admis à subir le deuxième examen de doctorat (anatomie) s'ils n'ont disséqué deux semestres d'hiver complets.

C. — Pour les autres étudiants et les docteurs, les exercices de dissection sont facultatifs. S'ils désirent y prendre part, ils devront se munir d'une autorisation du doyen.

La mise en série sera faite dans l'ordre suivant :

1° Élèves obligés, deuxième et troisième années (suivant la date de leur inscription à l'École pratique);

2° Élèves non obligés et docteurs (suivant la date de leur inscription à l'École pratique).

Nota. — Nul ne peut être admis à l'École pratique d'anatomie, s'il ne s'est fait préalablement inscrire au bureau du chef du matériel et n'a reçu une carte d'entrée.

Ce bureau, 15, rue de l'École-de-Médecine, sera ouvert tous les jours, de midi à quatre heures, jusqu'au 15 novembre.

Pour recevoir une carte d'entrée, chaque étudiant devra présenter :

1° Sa feuille d'inscription mise à jour par le secrétariat de la Faculté ;

2° La quittance constatant le paiement des droits.

Passé le 15 novembre, nul ne pourra être admis à l'École pratique d'anatomie sans une décision spéciale.

Délais d'ajournement aux examens. — Les jurys d'examens et de thèse pourront, s'ils le jugent convenable, d'après le résultat de l'examen, imposer aux Candidats un ajournement dont la durée ne pourra être moindre de trois mois ou excéder un an.

Cette disposition est applicable à tous les examens, sauf aux examens de fin d'année, au premier examen de doctorat, et à l'épreuve pratique de médecine opératoire.

Examens de fin d'année. — Les candidats aux examens de fin d'année doivent se présenter au mois de juillet, à moins d'obtenir l'autorisation de se présenter à la session d'octobre-novembre; s'ils subissent un échec en juillet, ils ont le droit de renouveler leur examen en octobre-novembre; s'ils sont refusés en octobre-novembre ou s'ils ne se sont pas présentés à cette dernière session, ils sont renvoyés au mois de juillet suivant et le cours de leurs inscriptions est suspendu pendant l'année scolaire.

Premier examen de doctorat. — Les candidats au premier examen de doctorat doivent se présenter au mois de juillet ou au mois d'octobre, à leur choix. — Tout candidat qui n'aura pas subi avec succès le premier examen en octobre-novembre, au plus tard, sera ajourné à la fin de l'année scolaire et ne pourra prendre aucune inscription pendant le cours de cette année.

Épreuve pratique de médecine opératoire. — Il est imposé aux candidats refusés à l'épreuve pratique de médecine opératoire un ajournement dont la durée ne peut être moindre de six semaines.

Pathogénie et traitement de la kérato-conjonctivite phlycténulaire (ophthalmie des scrofuleux), par le docteur V. Augagneur, chirurgien en chef désigné de l'Antiquaille. In-8° de 30 pages. — Lyon, imprimerie Vitte et Perrussel.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

21

CAPSULES ET SIROP DE HOUDÉ

AU SULFATE DE SPARTÉINE

L'expérimentation physiologique et l'observation clinique s'accordent pour démontrer que le sulfate de **Spartéine** exerce une action prédominante et élective sur le fonctionnement du cœur, en augmentant l'énergie, la durée et la persistance des contractions et en régularisant le rythme cardiaque troublé.

Les **CAPSULES** et le **SIROP de HOUDÉ** au **Sulfate de Spartéine** sont donc tout indiqués, chaque fois que le myocarde a fléchi, lorsque le pouls est irrégulier, intermittent, arythmique, dans les *attaques d'asystolie*, dans *l'asthénie cardiaque*, la *dyspnée du cœur* et la *péricardite*.

Dose quotidienne, de 10 à 15 centigrammes.
Dépôt: A. HOUDÉ, Paris, r. fg St-Denis, 42, et phies.

28

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des Dyspepsies amylacées.
TITRÉE PAR LE Dr COUTARET.

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a reçu l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon. Académie des sciences de Paris. Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liège, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.
Dépôt dans toutes les pharmacies.
GROS : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

38

DRAGÉES GRIMAUD

au FER et à l'ERGOT DE SEIGLE

Incomparables dans le traitement de l'*incontinence nocturne d'urine, les affections chlorotiques, les pâles couleurs et anémies* de toute nature.

Connues depuis de longues années, elles ont valu à l'inventeur les plus flatteuses distinctions.

DOSE : 6 à 10 par jour.

DIPLOME D'HONNEUR à l'exposition d'Hygiène de l'Enfance 1887. — Se trouvent dans toutes les bonnes pharmacies et chez les principaux droguistes en France et à l'étranger.

Prix 5 fr.—Gros : E. GRIMAUD fils, 3, r. Ribera, Paris.

43

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

DRAGÉES DE GÉLIS & CONTÉ

AU LACTATE DE FER

Deux rapports académiques et de nombreuses expériences anciennes et récentes ont démontré leur supériorité sur tous les autres ferrugineux et leur efficacité contre les *Pâles couleurs*, pour fortifier les *Constitutions lymphatiques* et combattre toutes les maladies qui ont pour cause l'*Appauvrissement du sang*.

Dépôt général : LABÉLONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

86

PANCRÉATINE DEFRESNE

Adoptée officiellement par la Marine et les Hôpitaux de Paris.

DÉGOUT DES ALIMENTS.	LIENTÉRIE.
DIGESTIONS DIFFICILES.	GASTRALGIE.
DYSPEPSIE.	GASTRITE, ETC., ETC.

DOSES		
	Pancréatine Defresne :	en poudre, 4 gr. 2 à 4 cuillerées.
	Pilules digestives Defresne	3 à 5 pilules

Élixir et Sirop.

DÉPÔT : 2, rue des Lombards et ttes pharmacies.
DEFRESNE, auteur de la Peptone pancréatique.

31

ANTIPYRINE DU Dr KNORR

Nous offrons par l'entremise des maisons de gros **l'ANTIPYRINE** en boîtes fer blanc de **50** et **100g**.

Exiger notre étiquette, seule garantie de pureté.

Compagnie Parisienne de Couleurs d'Aniline.
31, rue des Petites-Écuries, Paris

79

SAINT-RAPHAEL, VIN TANNIQUE

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire

DOSE: Un petit verre après les principaux repas.
DÉPOT : Dans toutes les bonnes pharmacies.— Vente en gros chez tous les droguistes.

66

BLENNORRHAGIE — CYSTITE
ÉCOULEMENTS AIGUS OU CHRONIQUES DE L'URETHRE OU DE LA VESSIE.

PILULES DE KAVA FOURNIER

Ces pilules guérissent en quelques jours, surtout l'état aigu, sans *fatigue pour l'estomac*, ni *renvois*, ni *diarrhée*, ni *odeur des urines*.

Médaille d'or, Paris 1885.

Exiger sur chaque pilule la signature du Dr FOURNIER, 22, place de la Madeleine, Paris.

96

Gouttes, Gravelles,
Coliques hépatiques, néphrétiques, Cystite

CONTREXÉVILLE

SOURCE DU PAVILLON
seule décrétée d'intérêt public.

Dépôt central : ADAM, bvard des Italiens, 31, Paris.
Exiger la source du **Pavillon.**

82

VALÉRIANATE PIERLOT

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme*.

Le VALÉRIANATE DE PIERLOT doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

15

EAU ANTI-HÉMORRHAGIQUE

de **TISSERANT.**

Employée à l'Hôtel-Dieu de Paris, avec un succès constant, contre les *hémorrhagies (hémoptysies, métrorrhagies, ménorrhagies*, etc.), les *flux muqueux*, tels que *leucorrhées*, *diarrhées simples* ou *dysentériques*, les *catarrhes*, les *affections eczémateuses* et *prurigineuses*, etc.

Phie SAVOYE, boulev. Poissonnière, 4, Paris.

19

SULFUREUX POUILLET

Approuvé par l'Académie de médecine.

Permet d'obtenir *de suite* et *économiquement* une bonne *eau sulfureuse*.

EN BOISSON : 2 fr. 50	une mesure (12 centigrammes) dans un verre d'eau.
EN BAINS : 1 fr.	un flacon pour un bain *incolore et sans odeur*.

Vente en gros : 112, rue du Bac, Paris.

11

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires**, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

70

GRANULES FERRO-SULFUREUX

J. THOMAS

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées*; produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant*, sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique.

Paris, pharmacie J. THOMAS, 48, avenue d'Italie.

47

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM, (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraine le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l urèthre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

65

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.
DÉPOT : Dans toutes les bonnes pharmacies.
VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

55

TAMAR INDIEN GRILLON

Fruit laxatif rafraîchissant.
Contre **CONSTIPATION**
hémorrhoïdes, bile, manque d'appétit, embarras gastrique et intestinal et la migraine en résultant.

NE CONTIENT AUCUN DRASTIQUE.

77

Eau minérale
ARSENICALE, FERRUGINEUSE, MAGNÉSIENNE

FARETTE

Anémie, gastralgie, convalescence, maladies de la peau.

22, rue du Quatre-Septembre, Paris.

111

ÉLIXIR FERRO-ERGOTÉ MANNET

Par cuil. à café : Ergot, 0,05 ; Citr. de fer amm., 0,10.

INDICATIONS : **Chlorose des jeunes filles**, anémie liée à des troubles utérins, **Métrite chronique**, inertie de la matrice, **Incontinence d'urine**, **Métrorrhagies** consécutives à l'avortement et à l'accouchement, **Ménorrhagie** de la puberté, etc.

2, Place Vendôme, PARIS. *G Mannet*

22

ÉLIXIR GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUE

(Amers et ferments digestifs.)

Dyspepsie, anorexie, vomissements de la grossesse, anémie, troubles digestifs de l'enfance, etc. Paris, GREZ, Phien laur. des hôp., 34, r. La Bruyère.

99

TABLETTE ROUSSEAU

BŒUF CONDENSÉ

Aliment reconstituant par excellence ; valeur nutritive sans égale. — *Anémie.* — *Dyspepsies.* — *Convalescences.* — Paris, 3 *bis*, rue Bleue.

N° 119. — MARDI 16 OCTOBRE 1888. 61e ANNÉE. MARDI 16 OCTOBRE 1888. — N° 119.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOPITAL NECKER. — M. LE FORT.

Un crochet à bottines ayant séjourné pendant neuf mois dans la joue à l'insu du malade. — Procédé d'extraction des corps étrangers formant crochet et ne pouvant être retirés par traction directe.

Si l'on connaît par de nombreux exemples, relatés dans les annales chirurgicales, la tolérance des tissus pour les corps étrangers, il est assez rare, par contre, qu'un de ces corps étrangers, lorsqu'il est relativement volumineux, soit retenu dans la profondeur des tissus, sans que le malade en ait réellement conscience.

Le fait suivant, sur lequel j'appelle votre attention dans ma leçon d'aujourd'hui, en est un exemple assez curieux pour mériter d'être cité.

Il s'agit d'un jeune garçon âgé de dix-neuf ans, qui se présentait le 23 du mois dernier à l'hôpital Necker et entrait dans ma salle, réclamant une opération qui le débarrasse d'un morceau de fer, faisant au dehors de la joue une saillie, qu'il nous était d'ailleurs, facile de constater, car elle atteignait environ un centimètre.

Interrogé sur les conditions dans lesquelles l'accident avait eu lieu, ce garçon nous raconta que neuf mois auparavant il avait été frappé à la joue gauche par un individu avec lequel il avait une querelle et que cet individu, en le frappant, tenait un crochet à boutons dont le manche seul lui était resté dans la main. Sur le coup même, notre malade avait éprouvé une vive douleur et il s'était produit une violente hémorrhagie par une plaie en forme de trou étroit et située en avant du masséter gauche, au niveau de l'arcade dentaire inférieure.

Une heure après l'accident, la joue présentait une tuméfaction considérable; le lendemain matin, la tuméfaction persistant et s'accompagnant d'une assez vive douleur, le blessé allait consulter un pharmacien lequel, suivant l'expression même du malade, se contenta « de boucher le trou de sa joue ». Au bout de deux ou trois jours, la plaie était cicatrisée, le gonflement de la joue avait disparu, mais le malade sentait, à ce niveau, une certaine dureté. Toutefois depuis cette époque, il n'éprouva aucune douleur, aucune gêne dans les mouvements de la mâchoire.

Il ne songeait donc plus à sa blessure, lorsqu'il y a près de deux mois, c'est-à-dire un mois seulement avant d'entrer à l'hôpital, la peau correspondant à sa blessure prit une teinte rouge, inflammatoire, se perfora et, par l'ouverture spontanément créée, émergea une petite tige de fer.

Lorsque, le 23 du mois dernier, j'ai vu pour la première fois ce malade, j'ai pu constater l'état suivant : la forme de la joue est normale, il n'existe aucun gonflement, aucune saillie. En avant du masséter, à deux travers de doigt, en arrière de la commissure gauche des lèvres, on aperçoit un petit orifice cutané, qui livre passage à une petite tige de fer, cylindrique, faisant une saillie de 1 centimètre. En arrière, il est facile de constater, par la bouche, l'existence d'une induration un peu étendue des parties molles.

D'après le récit du malade, il n'est pas douteux que cette tige soit la partie métallique du crochet à boutons. Mais, d'autre part, il me paraissait infiniment probable que la forme même de cet objet en empêcherait l'extraction directe et que quelques fibres du masséter seraient accrochées par la partie terminale de l'instrument.

En effet, lorsque, à l'aide d'un davier, j'exerçais une traction directe assez forte sur l'objet en question, je sentais une résistance sérieuse, de sorte qu'il était évident que si je voulais en pratiquer de force l'extraction directe, je ne pourrais y parvenir qu'en déterminant, dans la région, des délabrements importants.

Je songeai alors à exécuter la manœuvre que l'on a conseillée lorsqu'il s'agit de corps formant crochet, tels par exemple qu'un hameçon, manœuvre qui consiste, non pas à tirer sur le corps étranger, mais bien à le pousser à travers les tissus de façon à le faire cheminer jusque sous la peau, à pratiquer sur la saillie qu'il y forme alors une petite incision et à le retirer ensuite par celle-ci. Mais en agissant ainsi j'avais l'inconvénient de traverser d'avant en arrière toute la partie postérieure du masséter restée intacte, aussi j y renonçai, préférant avoir recours à une autre manœuvre, à un procédé qui m'avait déjà réussi, quelques années auparavant, dans un cas analogue.

Ce moyen consiste à agrandir par une petite incision d'un demi-centimètre à un centimètre au plus, faite à la peau, l'ouverture d'entrée des corps étrangers; à faire ensuite

basculer la partie libre de ce corps en prenant pour centre du mouvement son extrémité cachée dans la profondeur des tissus, puis à l'extraire non en tirant sur lui, mais en le poussant, au contraire, la pointe en avant à travers le trajet par lequel ledit corps a pénétré dans la région.

Les choses ainsi décidées, je fis, en arrière de l'ouverture d'entrée et à partir de cette ouverture même, une incision cutanée d'un demi-centimètre; je saisis fortement avec un davier la partie de la tige faisant saillie au dehors et je m'efforçai de l'attirer le plus possible à moi, en même temps que, avec le pouce de la main gauche, je poussais le plus possible la peau en arrière. Je fis ainsi saillir 3 centimètres de la tige métallique. Puis, lorsque je me sentis arrêté par le crochet, j'abaissai fortement en bas la portion libre; la tige, d'horizontale qu'elle était, devint verticale, et le crochet, situé d'abord en arrière, se trouva placé en haut. Continuant alors mon mouvement en arc de cercle, je déprimai et refoulai le plus possible avec la tige les parties molles superficielles. L'ouverture d'entrée qui était en avant fut reportée en arrière du point où se trouvait l'extrémité profondément située sous les parties molles, la tige revint de la position verticale à l'horizontale, mais dans une situation inverse, en ce sens que la partie faisant saillie hors la peau se trouvait en arrière et le crochet en avant.

J'avais ainsi effectué une véritable version et il me suffit de pousser d'arrière en avant pour faire sortir le crochet, dont la longueur totale était de 4 centimètres et demi. L'opération était terminée; j'appliquai mon pansement ordinaire à l'eau alcoolisée camphrée et, quatre ou cinq jours après, le malade était complètement guéri.

A propos de ce malade, je vous citerai un autre fait, fort curieux également, qui s'est passé il y a une dizaine d'années. Ce cas, pour lequel j'ai eu l'occasion d'imaginer cette manœuvre n'était pas non plus sans présenter de réelles difficultés en raison de la nature même du corps étranger et de la région où il s'était implanté.

Il existe un tire-bouchon d'invention anglaise, dont le mécanisme diffère essentiellement de tous les tire-bouchons ordinaires. Il consiste en une tige d'acier terminée comme d'habitude du côté du manche par une tige cylindrique transversale, tandis que, à l'extrémité opposée, cette tige s'aplatit, s'évase d'un seul côté, en forme de fer de pelle légèrement concave, de manière à pouvoir l'insinuer par pression entre le bouchon et le goulot de la bouteille.

Lorsque cette sorte de pelle, placée sur le côté de la tige, a pénétré au delà du bouchon, on la tourne de force sur son axe de manière qu'elle vienne se placer tranversalement au-dessous du bouchon. Une forte traction débouche alors la bouteille. Mais pour donner plus de fixité à l'instrument, le bord de la pelle qui doit rencontrer le bouchon est muni d'un crochet parallèle à la tige et qui s'enfonce de bas en haut dans le bouchon.

Or, certain jour, une dame possédant un de ces tire-bouchons, voulut s'en servir elle-même pour déboucher une bouteille qu'elle tenait de la main gauche; elle le poussa violemment, mais si malheureusement que l'instrument glissa hors de la bouteille et pénétra à une assez grande profondeur dans le premier espace intermétacarpien.

Appelé immédiatement auprès d'elle, par M. Collin qui, en qualité de voisin, lui avait donné les premiers soins pour arrêter l'hémorrhagie, je constatai que l'instrument avait dû pénétrer dans toute la profondeur de l'éminence thénar et qu'il ne devait pas être loin de l'artère radiale à son passage dans le premier espace.

Dans ces conditions, retirer directement l'instrument était chose impossible, en raison même de sa forme en crochet aigu, car il eût joué sur les parties molles le rôle qu'il était destiné à jouer sur les bouchons. Je songeai donc à l'extraire en lui faisant exécuter un mouvement de bascule.

Pour faciliter la manœuvre, je fis, après avoir endormi la malade, une petite incision à la peau de l'espace interdigital. Je saisis ensuite l'instrument par le manche, et, grâce au mécanisme que j'ai décrit tout à l'heure, je lui fis exécuter un mouvement en demi-cercle, lequel, par suite de la dépression des parties molles, sous la pression du manche, eut pour effet de changer complètement la direction de l'instrument. Le crochet, au lieu de regarder du côté de la peau, se trouva tourné, au contraire, vers l'articulation carpo-métacarpienne; et l'extraction, opérée par version, bascule et propulsion, fut obtenue avec la plus grande facilité.

Aucun incident consécutif ne vint contrarier la guérison qui fut rapide et complète.

ASILE SAINTE-ANNE. — M. BALL.

Paralysie générale d'origine traumatique.

Je me propose de vous faire, aujourd'hui, une leçon exclusivement clinique. Le hasard des réceptions a réuni dans le service quatre malades qui offrent une forme très particulière de paralysie générale, je veux parler de la paralysie générale d'origine traumatique. Je vais vous présenter successivement leurs observations.

Le premier malade, qui vient de l'hôpital Laënnec, est le plus intéressant. C'est un homme âgé de quarante-six ans, fortement musclé, bien proportionné et bien portant jusqu'alors. On peut lui reprocher d'être le fils d'un alcoolique et aussi d'être le cadet de dix enfants, car vous savez que je fais jouer un certain rôle au grand nombre des enfants dans la prédisposition aux troubles mentaux.

Quoi qu'il en soit, ce père de famille paraît avoir joui d'une bonne santé jusqu'au jour où, travaillant dans sa cuisine, il est tombé sur un carreau cassé et s'est profondément entamé l'avant-bras gauche. Le nerf cubital gauche a été sectionné dans sa partie moyenne. Le blessé a été transporté à l'hôpital chez un chirurgien qui n'a pas opéré la suture du nerf, et il en est résulté la conséquence ordinaire, c'est-à-dire l'affaiblissement et l'atrophie progressive des muscles qui lui empruntent l'innervation. On constate, en effet, l'atrophie des muscles interosseux, de l'adducteur du pouce, des muscles de l'éminence hypothénar et une anesthésie presque complète du bord cubital de l'avant-bras et des régions innervées par le cubital. Voilà pour la chirurgie.

Mais ce qui est remarquable, c'est que cet homme a commencé, bientôt après, à éprouver des troubles psychiques. Il a pris de la tendance à traîner sur les syllabes et à les répéter, de l'empâtement de la parole, du tremblement fibrillaire. Les mouvements se sont affaiblis dans les membres supérieur et inférieur, et c'est au milieu de ces phénomènes qui indiquent la marche ascendante de la péri-

phérie au centre, que le malade a commencé à perdre la mémoire et à confondre les dates.

Puis, deux événements sont venus s'ajouter aux précédents. D'abord, le malade, après une sorte de malaise, de bouillonnement intra-cranien, a été pris d'excitation maniaque, bientôt suivie d'assoupissement. Une seconde fois, il a eu un autre accès de délire avec hémiplégie faciale passagère, ce qui indique bien une poussée congestive vers le cerveau. Aujourd'hui, vous constaterez chez lui le myosis, un des phénomènes les plus communs de la paralysie générale. De son délire des grandeurs il n'a gardé qu'un optimisme béat, avec affaiblissement des facultés intellectuelles.

Vous savez qu'il y a longtemps qu'on a signalé le phénomène de l'ascendance. Une sciatique peut donner naissance à une paralysie générale; on a même vu un seul nerf atteint de névralgie devenir le point de départ de la terrible encéphalopathie.

Mais, dans le cas qui nous occupe, il ne s'agit pas d'un trouble de la sensibilité dont les effets peuvent être différemment interprétés, il s'agit d'une grosse et brutale section de nerfs ayant entraîné une paralysie générale dont les caractères ne sont pas contestables.

Le deuxième malade, dont j'ai à vous parler, était ce qu'on appelle, dans l'administration des postes, un *postier*, c'est-à-dire qu'il était chargé de préparer en chemin de fer le paquet de lettres ou de journaux destiné à chaque gare. Il y a deux ans, pendant qu'il était occupé à ce travail, il fut victime d'une collision : trois voyageurs furent blessés, et notre malheureux postier, projeté contre un angle saillant, reçut une violente contusion à la région occipitale droite. Il me semble qu'il existe, chez lui, à cet endroit, un enfoncement des os du crâne, mais je n'oserais pas l'affirmer.

Déjà, avant son accident, il entendait un peu haut, comme on dit; depuis il est devenu tellement sourd que je ne puis causer avec lui. Pourtant, si l'on tenait compte des travaux des physiologistes, touchant les localisations cérébrales, le centre auditif ne correspondrait nullement à la région qui a été frappée. Celle-ci paraît plutôt devoir être le siège de la vision. M. Galezowski a rapporté le fait d'un enfant qui, étant tombé sur un clou qui a pénétré dans la région occipitale, a perdu, à l'instant même, la vue des deux côtés.

Après avoir enduré de violents maux de tête, le blessé a pu reprendre son travail, à la condition de le couper par de fréquents congés. Mais bientôt, obligé d'y renoncer, il a fait un premier séjour à Épinay, et est venu ensuite échouer à Sainte-Anne, où nous avons diagnostiqué le début non douteux d'une paralysie générale.

Je vous ferai remarquer qu'il y a une très haute importance pratique dans les lésions de cette espèce. La Compagnie a accordé à cet homme une indemnité de 10 000 francs, qui paraissait suffisante au moment de l'accident. Mais aujourd'hui, les conséquences du drame s'étant aggravées, il est certain que c'est devenu une indemnité dérisoire. Ainsi donc, dans les accidents de chemin de fer, il faut tenir compte, non seulement des phénomènes immédiats, mais aussi des conséquences tardives.

Le troisième malade était un cultivateur des environs de Metz. Un jour qu'il conduisait une charrette, un choc violent le fit sauter du haut de son siège dans un fossé, et il fut pris presque aussitôt d'un accès de manie aiguë. Deux mois furent alors arrachés des pages de sa vie et, chose singulière, lorsqu'il se réveilla dans un asile allemand, cet homme qui, avant son accident, parlait également bien le français et l'allemand, avait perdu la mémoire de l'allemand. Il revint en France, fut transporté à l'hôpital Laënnec, puis à Sainte-Anne, où il est mort de paralysie générale.

Nous avons également ici une femme atteinte de la même maladie, remontant d'une manière évidente à une chute de voiture.

Enfin, le dernier cas, plus singulier, mérite quelques détails. Il y a deux ans environ un orage très violent éclatait sur Paris. Tandis que, dans le voisinage de ma maison, un incendie se déclarait à la suite d'une conflagration de gaz, je fus appelé auprès d'un homme pour les motifs suivants : il travaillait près de sa fenêtre lorsque tout à coup il vit arriver sur lui un globe de feu. Il y a, en effet, des cas où l'électricité se présente à nos yeux sous la forme globuleuse et se promène dans les appartements, semblant éviter les obstacles comme un corps solide; ordinairement elle disparaît en éclatant.

Notre malade, très effrayé, donna, selon son expression, « des coups de poing dans l'éclair ». Mais il fut saisi en même temps d'un accès de manie aiguë. C'est dans ces conditions que je le fis conduire dans mon service à Laënnec, où il se livra à toutes sortes d'extravagances. Cependant cet homme se trouvait atteint, depuis quelque temps, d'une grande faiblesse de mémoire, et, de plus, il était devenu irritable et difficile à vivre. Ces accidents ont pris depuis un développement rapide, et, à l'heure qu'il est, c'est un paralytique général du type dément.

La folie traumatique a été étudiée de tout temps; tous les auteurs s'accordent à en reconnaître l'existence; il reste à se demander comment les troubles se produisent.

On a prétendu que la folie traumatique avait des caractères déterminés : une première période caractérisée par une violente excitation et par un accès de manie après l'accident; une deuxième période où les idées de persécution, de suicide et le délire des grandeurs occupent la scène; enfin, une troisième période où le malade finit dans la démence après une évolution rapide.

Il est permis de supposer d'après ce tableau que, parmi les cas qui ont été décrits comme folie traumatique, beaucoup étaient, en réalité, des cas de paralysie générale d'origine traumatique.

On a dit que l'ictus cérébral précédait presque toujours l'aliénation mentale. Un homme perd sa fortune : ictus moral; un autre reçoit un coup sur la tête : ictus physique.

Du reste, l'enfoncement de la table interne du crâne amène souvent des troubles épileptiques, et souvent aussi on a vu des malades de cette espèce guérir par la trépanation. Je me souviens d'avoir eu, autrefois, dans mon service, un cuirassier qui avait reçu dans la région occipitale une blessure si profonde, qu'il était resté quatre heures sans connaissance. Duchenne (de Boulogne), qui me faisait alors l'honneur de fréquenter mon service, découvrit qu'il suffisait de chatouiller la plaie pour donner au malade une attaque d'épilepsie. Mais tout le monde accourait pour réaliser l'expérience, ce qui était très fatigant pour ce malheureux : aussi s'est-il promptement éliminé, et je trouve qu'il a eu raison.

Les coups de règle sur la tête, chez les enfants, peuvent occasionner des accidents cérébraux. Esquirol rapporte le cas d'un cocher chez lequel un coup sur la tête avait déterminé une tumeur de la dure-mère.

Dans les cas, assez nombreux, où il n'y a rien eu de semblable, j'émettrais volontiers l'hypothèse d'un changement

moléculaire dans les méninges. Vous savez que le fer travaillé cristallise à la longue et se casse; c'est pourquoi les ponts en fil de fer sont extrêmement dangereux. Il doit se faire, à un moment donné, un trouble analogue dans l'orientation des cellules corticales, trouble qni aboutit à une lésion anatomique.

Mais bien des gens ont des lésions très graves, et ne deviennent jamais fous; d'autres deviennent fous sans avoir de lésion apparente du côté de l'encéphale. C'est ce que j'ai constaté chez une femme qui a eu du délire des persécutions en même temps qu'une arthrite suppurée du genou; le jour où la suppuration a cessé, la raison est complètement revenue.

Que conclure de ces considérations? Qu'il existe des cerveaux prédisposés qui constituent un terrain merveilleusement préparé pour recevoir le délire. Et, en effet, qu'on étudie l'histoire de ces sujets, on trouvera que leurs antécédents n'étaient pas absolument corrects.

Ainsi donc, j'estime que le traumatisme détermine surtout la paralysie générale.

Parmi les paralytiques dont la folie reconnaît cette cause, il en est de précoces qui entrent dans le domaine de la médecine mentale aussitôt après l'accident, et il en est de tardifs dont le délire couve pendant des années avant d'éclater.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 octobre 1888. — Présidence de M. Siredey.

COMMUNICATIONS

Des folliculites et périfolliculites décalvantes. — M. **BROCQ** ne veut envisager qu'un groupe assez restreint de faits dans lesquels l'alopécie irrémédiable se produit avec beaucoup de rapidité et est un des symptômes majeurs et en quelque sorte l'aboutissant fatal de la dermatose.

Ces faits sont caractérisés : 1° par un processus inflammatoire folliculaire et périfolliculaire; 2° par une destruction complète de la papille pileuse donnant lieu à une alopécie définitive; 3° par la formation d'un tissu ayant plus ou moins l'apparence d'un tissu de cicatrice; 4° par une certaine tendance qu'ont les lésions à se systématiser et à se grouper.

Il semble qu'au point de vue purement clinique et objectif on peut en distinguer trois principales variétés :

1° La pseudo-pelade, dont M. Brocq a donné la description succincte en 1885 et dans laquelle le processus inflammatoire périfolliculaire et folliculaire n'est caractérisé que par une rougeur modérée et une légère tuméfaction du cuir chevelu : le cuir chevelu alopécique est peu ou point cicatriciel;

2° L'affection décrite par M. Quinquaud, dans laquelle il se forme des folliculites suppurées; mais ces folliculites restent discrètes, distinctes les unes des autres, et aboutissent à une cicatrice lisse et souple;

3° Le sycosis lupoïde, dans lequel les folliculites et périfolliculites forment une masse inflammatoire rouge, pustuleuse, croûteuse et squameuse, avec épaississement des tissus, et dans lequel la lésion s'étend périodiquement en laissant au centre, après son évolution, un tissu cicatriciel quelque peu irrégulier, induré, presque kéloïdien dans certains cas, entouré de la zone d'activité.

L'affection que l'on désigne en France, à l'hôpital Saint-Louis en particulier, sous le nom d'acné kéloïdienne ou sycosis kéloïdien de la nuque, pourrait peut-être aussi être rattachée à ce groupe de faits.

M. **JUHEL-RENOY** observe un malade, âgé de trente-cinq ans, qui, depuis l'âge de quinze ans, est atteint de folliculite et de périfolliculite. Tous les topiques, tous les moyens employés pour guérir cette affection sont restés sans résultat.

Pleurésie hémorrhagique primitive. — M. **TROISIER** rappelle que la pleurésie hémorrhagique n'est pas toujours symptomatique. Il existe une variété de pleurésie aiguë dans laquelle l'exsudat est sanguinolent d'emblée, par le fait de l'intensité du processus phlegmasique. C'est la pleurésie hémorrhagique primitive, pleurésie hémorrhagique fibrineuse de M. R. Moutard-Martin. Une seconde variété de pleurésie hémorrhagique est caractérisée par une hémorrhagie secondaire provenant des vaisseaux des néo-membranes, c'est l'hématome de la plèvre. Laënnec a bien établi cette distinction. La première variété est souvent curable; elle évolue rapidement, et une seule ponction suffit pour amener la guérison.

M. Troisier cite un fait de ce genre. Le malade dont il rapporte l'observation, âgé de vingt-quatre ans, a été atteint de pleurésie droite il y a deux ans et demi. Cette maladie est survenue brusquement. Elle s'est accompagnée de phénomènes généraux graves rappelant une maladie infectieuse : hyperthermie, prostration des forces, albuminurie, sueurs abondantes, dyspnée excessive. La thoracentèse devint rapidement urgente; on enleva 1 litre de liquide franchement sanguinolent et très fibrineux. La résorption du liquide restant se fit très rapidement, la fièvre tomba, et le malade sortit de l'hôpital complètement guéri trois semaines après la ponction. Il est aujourd'hui bien portant.

S'agissait-il d'une pleurésie tuberculeuse? La rapidité de l'évolution et la guérison définitive ne sont pas en rapport avec cette hypothèse.

M. **FÉRÉOL** a donné ses soins à un malade qui était atteint de cirrhose hépatique; il fit, dans l'abdomen, deux ponctions qui furent suivies d'une prompte guérison. A peine guéri de sa cirrhose, ce malade fut atteint d'une pleurésie du côté gauche. Une ponction permit de reconnaître que cette pleurésie était hémorrhagique. L'épanchement se reproduisit; M. Féréol fit une seconde ponction, et le malade a guéri sans présenter aucun signe de tuberculose.

M. **R. MOUTARD-MARTIN** n'a jamais rencontré, en clinique, un seul cas de pleurésie hémorrhagique par inflammation fibrineuse, et, dans les recherches qu'il a faites pour sa thèse, il n'a pu en recueillir un seul exemple anatomiquement démontré. Cela tient surtout à ce que ces malades guérissent souvent sans que l'on se doute que leur épanchement était sanguin.

Traitement de la lithiase biliaire par l'huile d'olive à hautes doses. — M. **CHAUFFARD** rappelle que les médecins de la Nouvelle-Orléans emploient ce mode de traitement : ils font prendre aux malades atteints de coliques hépatiques deux grands verres d'huile d'olive et leur recommandent de rester couchés sur le côté droit. Ces malades ont alors cinq ou six selles et expulsent, disent-ils, de nombreux calculs biliaires. Dans nombre de cas, on en avait compté jusqu'à soixante, variant du volume d'un pois à celui d'un haricot. Ils admettent une action directe de l'huile sur les calculs, en amenant le ramollissement. Les malades sont très soulagés après l'expulsion de ces calculs. Un médecin, M. Touatre, a expérimenté ce mode de traitement sur lui-même et s'en est trouvé si bien qu'il en recommande l'application. M. Chauffard a fait, à ce sujet, un certain nombre de recherches et d'expériences, et voici les résultats qu'il a obtenus : ce traitement est mieux supporté par les malades qu'on pourrait le croire; dans un premier cas il y a eu, à la suite de ce traitement, une notable amélioration; dans un second cas, aucun résultat; dans un troisième, amélioration considérable; dans un autre, les coliques hépatiques et l'ictère, qui existaient depuis assez longtemps, ont complètement disparu. Enfin plusieurs autres malades ont été plus ou moins améliorés. En résumé, il semble qu'avec ce traitement on soulage les malades. Leur fait-on rendre des calculs? Si on tamise les garde-robes, on y trouve des corps ovoïdes, taillés à facettes, de dimensions variables, colorés par le pigment biliaire;

ces corps sont assez mous, se laissent facilement écraser et diffèrent complètement des calculs biliaires. Ceux-ci ne sont pas altérés quand on les conserve dans l'huile. Ces concrétions, expulsées par les malades soumis à ce traitement, ne sont donc pas des calculs biliaires, ainsi d'ailleurs que l'a montré l'analyse chimique. Toutefois, il n'en faut pas moins reconnaître que ce traitement procure du soulagement aux malades.

M. RENAULT demande à M. Chauffard si cette méthode serait applicable aux malades atteints d'ictère chronique, malades qui, on le sait, digèrent très mal les matières grasses.

M. CHAUFFARD répond en citant l'exemple d'un malade du service de M. Hayem, qui était atteint d'un ictère datant depuis assez longtemps et qui, à la suite de ce traitement, a été immédiatement débarrassé de ses douleurs et de son ictère.

Traitement des kystes hydatiques du foie. — M. DEBOVE croit utile de rappeler que les anciennes méthodes de traitement de ces kystes donnent souvent de bons résultats, que la laparotomie, trop souvent conseillée et pratiquée aujourd'hui, n'est pas la seule ressource à employer contre les kystes hydatiques du foie et qu'il faut la réserver pour les cas extrêmes. Il cite une première observation, dans laquelle il s'agit d'une femme atteinte d'un kyste hydatique volumineux qu'il ponctionne, dont il retire 500 grammes d'un liquide caractéristique, qu'il lave en y injectant 500 grammes de liqueur de van Swiéten, liqueur qu'il retire dix minutes après. Pas d'accidents consécutifs. Après quelque temps, nouvelle tumeur, nouvelle ponction donnant du sang. Le malade s'améliore, la tumeur après cinq ou six mois avait complètement disparu. Chez un autre malade, M. Debove fit, après la ponction et l'évacuation du kyste, une injection avec une solution de sulfate de cuivre à 5 p. 100. La guérison fut complète et définitive : ce malade avait eu un érysipèle grave de la face à la suite de sa ponction.

M. Debove fait observer que le lavage au sublimé a été employé à l'étranger et, paraît-il, avec un succès presque constant. Il rappelle que plusieurs auteurs ont conseillé de faire une ponction exploratrice avec la seringue de Pravaz : c'est là pour M. Debove un procédé inutile et pouvant être dangereux. Il préfère recourir d'emblée à la ponction évacuatrice. Toutefois l'un de ces auteurs, Baccelli (de Rome), a obtenu de très bons résultats en agissant ainsi; il fait une ponction avec l'aiguille de Pravaz, s'assure du diagnostic en aspirant un peu de liquide et, sans changer l'aiguille, avec la même seringue injecte dans le kyste de la liqueur de van Swiéten. Cette petite quantité de liqueur de van Swiéten, mélangée au reste du liquide hydatique, suffirait pour tuer les hydatides et amener la guérison.

M. TROISIER demande depuis combien de temps sont guéris les malades de M. Debove.

M. DEBOVE répond qu'il a attendu un an après la guérison de sa première malade, avant d'en communiquer l'observation.

M. TROISIER rappelle avoir communiqué un cas de guérison, datant aujourd'hui de deux ans, après une ponction simple.

M. GÉRIN-ROZE a observé un cas de guérison après une ponction simple, datant de douze à quinze ans. Il est établi, aujourd'hui, que la ponction simple peut être suivie d'une guérison définitive.

M. Gérin-Roze trouve M. Debove trop sévère pour l'emploi de la seringue de Pravaz à titre de ponction exploratrice. Cette ponction ne donne jamais lieu à aucun accident, si l'on a soin de recourir aux précautions antiseptiques.

M. DEBOVE répond qu'il ne conteste pas la possibilité d'une guérison définitive à la suite de la ponction simple. Loin de là, c'est là un fait acquis. Mais il insiste sur les dangers de la ponction exploratrice, très souvent suivie d'accidents graves, quand elle est pratiquée dans le voisinage des séreuses.

La séance est levée.

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE ET DES BEAUX-ARTS

Mesures préventives à prendre contre la contagion de la pelade.

M. le ministre de l'Instruction publique vient d'adresser, en date du 10 octobre, aux préfets et recteurs, les circulaires suivantes :

I

MONSIEUR LE PRÉFET, l'Académie de médecine s'est préoccupée des mesures à prendre dans les divers établissements scolaires pour prévenir la contagion de la pelade sans cependant entraver l'instruction d'enfants ou de jeunes gens atteints d'une maladie dont la transmission n'est pas fatale et dont l'évolution est souvent assez longue.

La haute autorité de cette assemblée témoigne suffisamment de l'importance qu'il convient d'attacher aux prescriptions formulées par elle. Je les signale à votre attention toute particulière, en vous priant de les faire appliquer, dès la rentrée des classes, dans les écoles primaires publiques (supérieures, élémentaires et maternelles) de votre département et de les porter à la connaissance des maîtres et des maîtresses, par la voie du *Bulletin de l'instruction primaire*.

Pous les écoles maternelles et les classes enfantines, tant qu'un certificat médical n'aura pas attesté la guérison, la non-admission ou l'exclusion seront la règle, parce que la rigueur de ces mesures n'a pas pour les enfants de cet âge la même gravité que pour ceux qui sont plus avancés et parce qu'il est impossible de compter en rien sur leur concours.

Dans les autres écoles, les instituteurs seront autorisés à admettre les élèves atteints de pelade, après avoir préalablement reçu un certificat médical attestant la possibilité de recevoir le sujet et sous la réserve de l'observation des prescriptions ci-dessous.

Les enfants peladiques devront être séparés pendant les classes et isolés pendant les récréations. Si la présence d'un de ces malades, admis ou conservés par tolérance, venait à occasionner des cas nouveaux, la tolérance cesserait aussitôt.

Pour préserver les sujets sains, les contacts immédiats seront évités en obligeant les peladiques à maintenir leur tête couverte ou au moins la surface malade. Les autres élèves seront prévenus de n'employer aucun objet appartenant à leurs camarades et particulièrement les objets qui ont été en rapport avec la tête et la face de ceux-ci. L'échange des coiffures, cause fréquente de transmission, sera sévèrement interdit.

Recevez, Monsieur le Préfet, l'assurance de ma considération très distinguée.

Le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts,
É. LOCKROY.

II

MONSIEUR LE RECTEUR, j'ai l'honneur de porter à votre connaissance les prescriptions formulées par l'Académie de médecine, en vue de prévenir la contagion de la pelade dans les établissements scolaires, sans cependant entraver l'instruction de jeunes gens atteints d'une maladie dont la transmission n'est pas fatale et dont l'évolution est souvent assez longue.

Des instructions en ce sens ont été adressées à MM. les préfets pour ce qui concerne les établissements d'enseignement primaire public (écoles supérieures, écoles élémentaires, écoles maternelles); il vous appartient d'assurer l'exécution de ces mesures dans les écoles normales de votre ressort.

Les directeurs de ces établissements seront autorisés à admettre les élèves atteints de pelade qui leur présenteront un certificat du médecin de l'école, attestant la possibilité de recevoir le sujet et sous la réserve de l'observation des prescriptions ci-dessous :

Les jeunes peladiques devront être séparés pendant les classes et isolés pendant les récréations. Si la présence d'un de ces malades, admis ou conservés par tolérance, venait à occasionner des cas nouveaux, la tolérance cesserait aussitôt.

Pour préserver les sujets sains, les contacts immédiats seront évités en obligeant les peladiques à maintenir leur tête couverte ou au moins la surface malade. Les autres élèves seront prévenus de n'employer aucun objet appartenant à leurs camarades et particulièrement les objets qui ont été en rapport avec la tête et la face de ceux-ci. L'échange des coiffures, cause fréquente de transmission, sera sévèrement interdit. Les objets de toilette du malade lui seront exclusivement réservés ainsi que sa literie, spécialement les oreillers et traversins.

Recevez, Monsieur le Recteur, l'assurance de ma considération très distinguée.

Le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts,
E. Lockroy.

SOUSCRIPTION

EN FAVEUR DE LA VEUVE D'UN CONFRÈRE

NEUVIÈME LISTE

MM. les docteurs Albert Bloch (de Paris)	40 fr.
— Boucheron (de Paris)	10
— Bouyer (de Saintes)	20
— Dionis du Séjour, médecin-major	5
— Gouguenheim	30
— Juteau (de Chartres)	10
— Lanoaille de Lachèse	10
— C. Leverdier (de Montreuil-l'Argillé)	5
— A. Manson (de Toul)	10
— A. Mathieu (de Paris)	10
— Morel d'Arleux (de la Queue-en-Brie)	20
— Pierchon (de Halluin)	5
— A. Porez (de Le Nouvion-en-Thiérache)	5
— C. Rougé (de Limoux)	5
— L. Sentex (de Saint-Sever-sur-l'Adour)	5
— Willemin (de Vichy)	50
M. Préterre, rédacteur en chef de l'*Art dentaire*	20
Anonyme (Ruelle)	25
— (Terrasson)	4
— (Touraine)	10
Huitième liste	4698
Total	4997 fr.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La composition écrite du concours de l'internat aura lieu à la date fixée, le 19 octobre à midi, dans la salle Saint-Maurice de l'Hôtel-Dieu annexe (bâtiments de l'ancien Hôtel-Dieu, entrée rue de la Bucherie, 31).

La lecture des copies sera faite, comme par le passé, dans l'amphithéâtre de l'administration centrale, avenue Victoria.

L'administration porte, en outre, à la connaissance de MM. les candidats, que le nombre des places d'internes à mettre au concours pour l'année 1889 est invariablement fixé à 46.

— Le jury du concours de l'externat, sauf modifications, se compose de MM. Gaucher, Ballet, Hirtz, Champetier, Picqué et Reynier.

— Par décrets, en date du 5 octobre 1888, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. le docteur Gailleton, maire de Lyon.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Rebatel, membre du conseil général du Rhône; Tripier, professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

— Par décret, en date du 12 octobre 1888, ont été promus dans le corps de santé militaire et ont reçu, par décision du même jour, les affectations ci-après indiquées, les médecins dont les noms suivent :

Au grade de médecin principal de première classe. — MM. les médecins principaux de deuxième classe Bazille, en remplacement de M. Lortat-Jacob, retraité; désigné pour l'emploi de médecin-chef de l'hôpital de Bordeaux; — Beltz, en remplacement de M. Papillon, promu; désigné pour l'emploi de médecin-chef de la place de Toul; — Schaumont, en remplacement de M. Aron, promu; désigné pour l'emploi de médecin-chef de l'hôpital du Dey, à Alger.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Bertelé, en remplacement de M. Bazille, promu; désigné pour l'emploi de médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte d'Angers; — Jossot, en remplacement de M. Beltz, promu; désigné pour l'emploi de médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte d'Arras; — Oberlin, en remplacement de M. Schaumont, promu; désigné pour l'emploi de médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Saint-Étienne.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Colnenne, en remplacement de M. Bertelé, promu; désigné pour le 60e d'infanterie; — Petit, en remplacement de M. Jossot, promu; désigné pour le 114e d'infanterie; — Chatain, en remplacement de M. Oberlin, promu; désigné pour le 8e d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecin aides-majors de première classe Février, en remplacement de M. Collin, décédé; désigné pour le 84e d'infanterie; — Benac, en remplacement de M. Colnenne, promu; maintenu au 17e d'infanterie; — Guégan, en remplacement de M. Petit, promu; désigné pour les hôpitaux de la division d'Alger; — Monnot, en remplacement de M. Chatain, promu; maintenu au 102e d'infanterie.

— Par décision ministérielle, en date du 12 octobre 1888, les officiers du corps de santé militaire, dont les noms suivent, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir :

M. le médecin-principal de première classe Chabert, pour les fonctions de directeur du service de santé du 10e corps d'armée.

MM. les médecins principaux de deuxième classe Ferron, pour l'hôpital de Bordeaux; — Dumayne, pour l'hôpital de Bayonne.

MM. les médecins-majors de première classe Joly, pour l'hôpital de Toulouse; — Mouton, pour les hôpitaux de la division de Constantine; — Florance, pour le 141e d'infanterie; — Nevière, pour le 96e d'infanterie; — Boyer, pour le 112e d'infanterie; — Labrevoit, pour le 52e d'infanterie; — Dantin, pour l'hôpital d'Amélie-les-Bains; — Charropin, pour le 8e d'artillerie; — Bayard, pour le 2e régiment étranger; — Febvre, pour le 69e d'infanterie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Sockeel, pour le 19e chasseurs à cheval; — Grémion-Menuau, pour l'emploi de médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte d'Épernay; — Zimmermann, pour le 10e d'infanterie; — Lecomte, pour le 6e chasseurs à cheval; — Girard, pour le 2e bataillon d'artillerie de forteresse.

MM. les médecins aides-majors de première classe Raynal, pour le régiment de sapeurs-pompiers de Paris; — Baptiste, pour le 9e cuirassiers; — Amiet, pour le 37e d'artillerie.

— *Hôpitaux de Lyon.* — Le concours de l'internat vient de se terminer par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Fabre, Dor, Bonnet, Lyonnet, Tournier,

Rivière, Tillier, Guyenet, Destot, Philippe, Laurençon et Chaix.

Internes suppléants : MM. Bouchet, Chatin, Odin, Morand, Frécon, Chalon, Ferré, Sérullaz, Ollier, Sallès, Levrat, Garai et Stourme.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. le professeur Tourdes est admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite, pour cause d'ancienneté d'âge et de services, et nommé professeur honoraire.

— *École de médecine de Clermont-Ferrand.* — M. le professeur Imbert-Goubeyre est admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite, pour cause d'ancienneté d'âge et de services.

— *École de médecine de Marseille.* — M. le docteur Nepveu est nommé professeur d'anatomie pathologique.

M. le docteur Roux est nommé professeur de thérapeutique.

M. le docteur Fallot est nommé professeur d'hygiène et de médecine légale.

— *Écoles de médecine navale.* — Dorénavant les candidats devront justifier du baccalauréat ès lettres et ès sciences restreint, pour la médecine; et du baccalauréat ès sciences complet, pour la pharmacie.

S'ils n'ont pas d'études antérieures dans une Faculté ou dans une École de médecine, ils devront compter au plus vingt-trois ans d'âge dans le cours de l'année de leur inscription.

— *Faculté des sciences de Toulouse.* — M. Caralp, docteur ès sciences, est nommé maître de conférences de géologie.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Guieysse, médecin du chemin de fer du Nord, et Quiquandon (de Vernet-la-Varenne).

— M. Ouvrard soutiendra, devant la Faculté des sciences de Paris, le vendredi 19 octobre 1888, à neuf heures, pour obtenir le grade de docteur ès sciences physiques, une thèse intitulée : « Recherches sur l'action des phosphates alcalins sur quelques oxydes métalliques. »

Le Directeur-gérant : Dr É. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

75

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

St dép. dét. à Paris, Phie LEBEAULT, 53, Réaumur.

ENTREPOT GÉNÉRAL : **5, rue Bourg-L'Abbé, Paris.**

72

MÉDICATION ANTI-BACILLAIRE

Phthisies, tuberculoses, adénites.

PERLES D'IODOFORME DE CLERTAN

Chaque perle contient, sous une enveloppe gélatineuse mince, transparente et très soluble, cinq centigr. d'iodoforme en solution dans l'éther.

Dose moyenne : 4 par jour, 2 à chaque principal repas.

PERLES DE CRÉOSOTE DE CLERTAN

Chaque perle contient, sous une enveloppe gélatineuse mince, transparente et très soluble, cinq centigr. de *créosote pure* de hêtre, en solution dans l'éther. — Dose moyenne : 4 par jour, 2 à chaque principal repas.

Fabrication et gros : Maison L. FRERE, 19, rue Jacob, Paris, et dans toutes les pharmacies.

80

PANSEMENT ANTISEPTIQUE MÉTHODE LISTER

M. DESNOIX, pharmacien, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, prépare toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode de Lister.

1° La gaze antiseptique **0** fr. **50** le mètre ; 2° le catgut nos 1, 2, 3, 4, **1** fr. **25** le flacon ; 3° le taffetas dit *protective*, **1** fr. **25** le mètre ; 4° le macintosh, 5 fr.

Tous ces produits, préparés d'après les formules et les indications du docteur LISTER, offrent toutes les garanties aux chirurgiens.

Sparadrap chirurgical des hôpitaux de Paris, Toile vésicante (action prompte et sûre), Sparadrap révulsif au thapsia, Bandes dextrinées pour bandages inamovibles, Coton hydrophile, Coton hydrophile phéniqué, Coton à l'acide salicylique, Lint à l'acide borique, etc., etc.

11

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour **les adultes convalescents ou valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

70

LES BONBONS DE FER DIASTASÉ

du Dr V. BAUD

CONTIENNENT 1 CENTIGR. 1/2 DE CITRATE DE FER

Le nouveau mode de préparation que nous appliquons au **Fer,** accroît beaucoup son efficacité curative et fait disparaître les actions locales irritantes de sa forme chimique, en lui substituant une loi de la nature, qui le rend plus apte à exercer sans troubles son action digestive et d'assimilation.

Notre méthode consiste à provoquer un mouvement de germination dans la graine de cresson ; à obtenir qu'elle absorbe et assimile une solution médicamenteuse titrée. Pendant ce travail vital, elle développe une abondante diastase, principe de la salive et de la digestion.

Reste à dragéifier ces graines en évitant de compromettre les principes diastasiques, et, selon l'expression du savant **Bouchardat,** le malade peut avaler son médicament dans son laboratoire. (*Voir la brochure*). Paris, 22 et 19, r. Drouot.

Dr V. Baud

77

Eau minérale

ARSENICALE, FERRUGINEUSE, MAGNÉSIENNE

FARETTE

Anémie, gastralgie, convalescence, maladies de la peau.

22, rue du Quatre-Septembre, Paris.

21

PASTILLES HOUDÉ

AU CHLORHYDRATE DE COCAÏNE

Grâce à l'anesthésie qu'elles produisent, nos **Pastilles de chlorhydrate de cocaïne** ne tardent pas à procurer le plus grand soulagement et à calmer les douleurs dans les **maladies de la gorge,** dans les **enrouements,** les **extinctions de la voix,** dans les **laryngites** et les **angines.**

Elles contribuent à faire disparaître les **picotements, chatouillements,** et à **tonifier les cordes vocales ;** très utiles pour combattre le mal de mer, vomissements, les maladies de l'œsophage et de l'estomac en facilitant la déglutition.

DOSAGE. — Chacune de nos pastilles renferme 2 milligrammes de chlorhydrate de cocaïne.

MODE D'EMPLOI. — De 6 à 12 par jour suivant l'âge ; les prendre une heure avant les repas.

Dépôt : A. HOUDÉ, 42, r. fg St-Denis, Paris et phies.

42

POUGUES SAINT-LÉGER

Les seules eaux alcalines reconstituantes

Maladies de l'estomac et des intestins, gravelle, diabète, appauvrissement du sang, métrites, leucorrhée, dysménorrhée, chlorose, anémie.

Des caisses sont mises, à titre gracieux, à la disposition de MM. les docteurs. Adresser les demandes, 22, Chaussée d'Antin, Paris.

36

PEPTONE COLLAS

Préparée avec la **Pepsine Boudault.**

SEULE ADMISE DANS LES HOPITAUX.

La **Peptone COLLAS** est entièrement **assimilable.** Elle a même été injectée directement dans les veines, sans qu'on en ait retrouvé la trace dans les urines.

Elle se présente sous la forme d'une poudre très légère, très soluble dans l'eau, le bouillon et le vin. Son goût, analogue à celui de la viande rôtie, s'harmonise très bien avec celui du bouillon. La **Peptone Collas** représente comme valeur nutritive dix fois son poids de viande.

Pharmacie COLLAS, *8, rue Dauphine, Paris.*

111

ÉLIXIR FERRO-ERGOTÉ MANNET

Par cuil. à café : Ergot, 0,05 ; Citr. de fer amm., 0,10.

INDICATIONS : **Chlorose des jeunes filles,** anémie liée à des troubles utérins, **Métrite chronique,** inertie de la matrice, **Incontinence d'urine, Métrorrhagies** consécutives à l'avortement et à l'accouchement, **Ménorrhagie** de la puberté, etc.

2, Place Vendôme, PARIS.

J. Mannet

33

VARICES, HÉMORRHOÏDES

HAMAMELIDINE LOGEAIS

Elle a pour *adjuvant indispensable* ds le cas de *Varices* l'usage de compresses de **Mixture Logeais à l'Hamamélis** et dans le cas d'*Hémorrhoïdes* celui de **Bougies américaines à l'Hamamelis.**

DÉPÔT : Phie LOGEAIS, av. Marceau, et tes phies.

92

PIN D'AUTRICHE DE JOSEPH MACK

PINUS PUMILIO

ESSENCE pour inhalation et fumigation contre affection des voies respiratoires.

EXTRAIT pour bain anti-rhumatismal.

SOLUTION pour frictions fortifiantes et anti-rhumatismales.

CELLULES contre maladies des bronches, poumons et catarrhes vésicaux.

SIROP ET PATE contre Toux, Rhume et maladies catarrheuses.

Inhalateur perfectionné viennois, Flanelle, Ouate, Plastrons, Gants pour frictions.

Dépôt : Phie M. TALLON, Exiger la signature, 49, avenue d'Antin, Paris. — Envoi franco d'échantillons gratuits.

Joseph Mack

69

AFFECTIONS UTÉRINES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

LIQUEUR DE LAPRADE

à l'albuminate de fer.

Spécifique de l'irrégularité de la menstruation.

47

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la secrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l urèthre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

10

QUINA-BONBON DIASTASÉ

Chaque bonbon contient sucre et cacao, quinquina jaune et diastase — dans les proportions d'un petit verre de vin de quinquina. Vivement recommandé dans la thérapeutique infantile.

Prix de la boîte : *2 fr. 25.*

DÉTAIL : M. Solirène, phien, 17, r. Soufflot, Paris.

VENTE EN GROS : M. Yves Marchier, pharmacien à Privas (Ardèche).

46

VICHY, PASTILLES DIGESTIVES

Fabriquées à Vichy, avec les Sels extraits des Eaux. Elles sont d'un goût agréable et sont prescrites contre les aigreurs et les digestions difficiles.

Boîtes de 1, 2 et 5 fr.

SELS DE VICHY POUR BAINS

Le rouleau pour un bain, 1 fr. 25.

SUCRE D'ORGE DE VICHY

Excellent Bonbon digestif. Boîtes de 1, 2 et 3 fr.

Exiger sur les produits ci-dessus les marques de la Compagnie.

A Paris, 8, boulevard Montmartre ; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré, où se trouvent à prix réduits toutes les eaux minérales naturelles sans exception.

66

SIROP DE DIGITALE DE LABÉLONYE

Ce Sirop, à la fois excellent sédatif et puissant diurétique, est employé depuis trente ans avec un succès constant par les médecins de tous les pays contre *Maladies du cœur,* diverses *Hydropisies, Bronchites nerveuses, Coqueluches, Asthmes* et *Catarrhes chroniques,* enfin dans tous les *troubles de la circulation.*

Dépôt général : LABELONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

39

Méd. aux Exp. : Vienne, Philadelphie, Paris, Sydney.

INHALATIONS D'OXYGÈNE

APPAREIL DE LIMOUSIN

INHALATEUR, location, 5 francs par semaine. Gaz, 0 f. 10 le litre. — Appareil complet pour fabriquer et respirer, avec boîte, **130** francs.

Phie LIMOUSIN, 2 *bis*, rue Blanche, Paris.

33

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

VIN DE BAYARD À LA PEPTONE PHOSPHATÉE

contient moitié de son poids de viande et 0gr, 20 *de chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée.

N° 120. — JEUDI 18 OCTOBRE 1888. 61e ANNÉE. JEUDI 18 OCTOBRE 1888. — N° 120.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Laborde a achevé aujourd'hui l'exposé de ses expériences sur la toxicité des alcools. Il a terminé par l'étude de l'essence de noyau, substance tellement dangereuse qu'en l'expérimentant il a failli en être victime. Ce travail, fort important aussi bien par son côté physiologique que par l'intérêt social qui est son but principal, a donné lieu à une discussion quelque peu passionnée dans laquelle trois questions distinctes ont été touchées : c'est, en premier lieu, le danger, pour la santé publique, des alcools et des liqueurs livrés à la consommation et la nécessité qui s'impose d'y apporter remède et d'appeler sur ce point l'attention des pouvoirs publics. Sur ce côté social de la question, tout le monde est d'accord et les conclusions de M. Laborde seront acceptées à l'unanimité.

Le second point, plus spécial et purement clinique, soulevé par la communication de M. Laborde, est de savoir si l'absinthe donne lieu à des accès d'épilepsie ou à des accès d'hystérie. Les expériences sur les animaux déterminent de l'épilepsie, témoin les belles expériences de MM. Magnan et Laborde; les observations chez l'homme révèlent de l'hystérie, témoin les observations de M. Lancereaux. Cette question reste en litige.

Le troisième point, d'ordre physiologique, est celui des injections intra-veineuses déjà en discussion dans la dernière séance. M. Dujardin-Beaumetz est venu compléter les objections qu'il avait déjà soulevées la semaine dernière contre la méthode des injections intra-veineuses, méthode qui, selon lui, s'éloigne trop de la réalité clinique. M. Laborde a de nouveau défendu cette méthode, avec toute l'énergie et toute l'ardeur dont il est capable. Il a trouvé un puissant appui en M. Bouchard, qui a apporté en faveur des injections intra-veineuses, comme méthode expérimentale, des arguments si précis et si probants que la question paraît, après cela, définitivement jugée, tout au moins au point de vue de la physiologie expérimentale. Cette discussion a occupé presque toute la séance et a fortement captivé l'attention de l'Académie.

Au début, M. de Valcourt (de Cannes) a fait une intéressante communication sur la curabilité de la scrofule et de la tuberculose osseuse par les bains de mer dans les stations d'hiver.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. J. Simon.

Du pronostic chez les enfants (1).

IV

Nous avons terminé, dans notre leçon de mercredi dernier, tout ce qui a trait au pronostic de la pneumonie chez les enfants; aujourd'hui je traiterai, pour en finir avec les maladies des voies aériennes, de la pleurésie, pleurésie aiguë primitive ou secondaire, pleurésie chronique, pleurésie suppurée, primitive ou secondaire également.

Pleurésie aiguë. — La pleurésie aiguë ne se rencontre pas très fréquemment chez l'enfant; en tous cas lorsqu'on l'observe et qu'elle est primitive, elle est loin d'avoir la gravité qu'elle présente chez l'adulte et guérit généralement bien, dans l'espace de trois semaines ou d'un mois au plus. Ici je ne parle pas seulement des enfants âgés de plus de deux ans, mais même de ceux qui n'ont pas atteint cet âge. Quant aux enfants nouveau-nés, aux enfants à la mamelle, aux enfants d'un an, il n'en est plus de même, car chez eux la pneumonie est toujours extrêmement grave, je dirai même fatalement mortelle.

Si donc, en somme, l'on dit que la pleurésie fait de l'adulte un candidat à la tuberculose, en laissant après elle presque toujours une tare fâcheuse, vous voyez que chez l'enfant elle n'a ni la même importance, ni la même gravité. Je parle toujours, bien entendu, de la pleurésie aiguë, primitive.

J'ajoute que cette pleurésie guérit bien sans déterminer d'accidents fonctionnels du côté du cœur, alors même qu'elle siège à gauche et que l'épanchement a amené un déplacement du côté du cœur.

Mais, d'autre part, si au bout de quatre semaines de maladie, l'épanchement pleural ne présente aucune diminution, si vous ne constatez aucune détente dans les phéno-

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 1078.

mènes généraux, si le sommeil est moins bon, l'appétit diminué, si la fièvre persiste avec température de 38 à 39 degrés le soir, sueurs nocturnes, pâleur, décoloration des tissus, amaigrissement, vous devez redouter la formation de pus, la purulence de l'épanchement.

En résumé donc, on peut dire que toute pleurésie, dont l'évolution est régulière, a toutes chances de guérison chez l'enfant qui a dépassé l'âge d'un an, mais que toute pleurésie dont l'évolution est irrégulière présente une grande tendance à la suppuration.

Ceci s'applique surtout à la pleurésie secondaire qui passe beaucoup plus facilement à l'état de pleurésie suppurée que la pleurésie primitive où la suppuration est rare. Ce qui ne veut pas dire le moins du monde que toutes les pleurésies secondaires suppurent fatalement; il en est de même des pleurésies concomitantes qui toutes, non plus, ne suppurent pas forcément. C'est ainsi que, chez un enfant atteint de coqueluche ou de bronchopneumonie, il se fasse quelque épanchement pleurétique, qu'une pleurésie se surajoute à l'état morbide antérieur, pleurésie et épanchechement peuvent très bien guérir sans avoir suppuré.

Mais avant de traiter cette question des pleurésies suppurées, et pour en finir avec la pleurésie aiguë primitive, je dirai que, dans celle-ci, l'épanchement présente une certaine tendance à s'enkyster, et que j'ai vu, d'autre part, des adhérences étendues provoquer de la dilatation des petites bronches et donner lieu à tous les signes stéthoscopiques de quelque cavernule récente.

Les pleurésies secondaires sont de deux espèces : 1° ou bien elles sont un épiphénomène survenant dans le cours ou à la fin de la bronchite, de la grippe, de la congestion pulmonaire, de la rougeole, de la fièvre typhoïde, par exemple, et guériront en général fort bien; 2° ou bien d'autres fois elles succèdent à la pneumonie, à la bronchopneumonie, à la scarlatine et se terminent par la suppuration du liquide épanché.

Mais dans le cas de suppuration quel sera le pronostic? Il ne faut point, de prime abord, trop s'alarmer en présence d'un épanchement devenant purulent chez les enfants et surtout ne pas dire que le cas est extrêmement grave, d'autant plus que la maladie peut guérir, je dirai même que la pleurésie suppurée guérit bien le plus souvent.

Dans l'espace de trois ans, j'en ai observé sept cas, qui tous sept ont très bien guéri, d'où j'ai le droit de conclure que la pleurésie suppurée peut guérir et guérit même dans la majorité des cas. J'ai perdu deux enfants atteints de pleurésie suppurée, mais l'un d'eux était un enfant à la mamelle, or vous savez que j'ai toujours considéré la pleurésie comme très grave chez l'enfant qui n'avait pas dépassé l'âge d'un an, à plus forte raison cette gravité existe-t-elle s'il y a suppuration. Le second cas est celui d'un enfant qui avait la coqueluche et qui a succombé à cette affection.

Parmi les enfants guéris, je vous citerai celui de la rue Boissy-d'Anglas, atteint de scarlatine, puis d'épanchement pleurétique suppuré. On fait la ponction et l'évacuation du pus; deux ou trois jours après l'épanchement est revenu aussi considérable que la première fois, on pratique alors l'empyème et on laisse un drain à demeure; l'enfant avait de la fièvre, il était dans de mauvaises conditions d'hygiène, néanmoins il guérit, lentement, il est vrai (deux mois et demi après l'opération), mais il guérit.

Je vous citerai un autre cas de scarlatine avec pleurésie secondaire, épanchement également suppuré à gauche chez un enfant de la rue Parmentier (Neuilly), âgé de cinq ans : ponction exploratrice, ponction évacuante, empyème, lavage complet avec six litres d'eau boriquée chaude, drain à demeure, enveloppement avec de l'ouate salicylée; l'opération ne dura pas moins d'une heure et demie, elle fut suivie d'une guérison parfaite et immédiate.

Dernièrement, rue de la Trémoille, j'ai été appelé à donner mes soins à un enfant de onze ans, atteint de pleurésie secondaire survenant au neuvième jour d'une pneumonie. L'enfant est levé trop tôt par ses parents, la pleurésie suppure. Je fais une ponction exploratrice, puis j'évacue le liquide purulent. Huit jours plus tard, l'épanchement a reparu, nouvelle ponction, lavage boriqué avec l'appareil Potain. Huit jours après, nouvel épanchement, troisième ponction, thoracentèse, lavages du foyer avec l'eau boriquée. Trois semaines plus tard la guérison, enfin obtenue, était complète.

J'ai une autre observation d'une petite fille de huit à neuf ans qui, à la suite d'une pneumonie, eut une pleurésie du côté droit; l'épanchement devint purulent et l'enfant était si faible, si décharnée, que, tout en pratiquant l'empyème, M. Monod redoutait qu'il y eût derrière la pleurésie quelque tuberculose. Il n'en était heureusement rien, l'opération fut très bien faite et fut suivie d'une guérison rapide.

Parmi les cas récents, j'ai encore celui d'une fillette de treize ans, habitant Andresy, que j'ai soignée avec M. le docteur Lagoguey. Cette enfant, fébricitante, non réglée, en proie à une sorte de fièvre de consomption, anémique, avait tout l'aspect d'une phthisique parvenue à la dernière période; l'épanchement pleural suppuré siégeait à gauche, le pus était enkysté très haut, presque sous la clavicule, formant un véritable abcès. La pleurésie n'avait guéri qu'en laissant deux fistules extérieures, les lavages étaient insuffisants pour obtenir la guérison. M. Tillaux, appelé en consultation, ouvrit largement la poche, donnant ainsi une issue facile au pus, facile aussi pour des lavages complets du foyer. Non seulement l'enfant a parfaitement guéri, mais, depuis l'été dernier, elle est grosse et grasse et absolument méconnaissable.

Une autre question se présente ici : lorsque, après la ponction du foyer purulent, on a placé un drain dans la cavité pleurale, combien de temps ce drain doit-il rester en place? Un jour, je suis mandé auprès d'un enfant de onze ans, un petit Anglais, volontaire, ayant une mère extrêmement faible de caractère, pour une pleurésie suppurée. Aucune ponction n'avait été pratiquée, mais la poche purulente s'était ouverte spontanément, d'abord dans le huitième espace intercostal, en avant et à gauche. Puis un second foyer s'était formé qui, à son tour, s'était ouvert, spontanément aussi, dans le cinquième espace intercostal. Enfin, un troisième enkystement de sa pleurésie s'était fait dans le quatrième espace intercostal du même côté et en avant. J'ouvre le troisième foyer, j'y fais, comme lavage, une injection boriquée trop forte, l'enfant est pris d'accidents éclamptiques et dans l'une de ses attaques envoie promener mon drain, j'en place un autre et, au bout d'un mois, l'enfant était guéri.

Bref, et voici ma réponse à cette question : combien de temps un drain doit-il rester en place? Il n'y a pas de règle fixe; quand un drain est placé, vous ferez des tentatives répétées tous les mois pour le retirer. Je vous rapporterai, en terminant, l'observation de notre petite malade de la salle Sainte-Marie qui, depuis deux ans, portait un drain

dans son foyer pleural. Après le succès obtenu chez le petit Anglais dont je viens de parler, je lui retirai son drain ; elle a parfaitement guéri.

FRACTURE DES DEUX OS DE LA JAMBE

MARCHE DOUZE JOURS APRÈS.

Par M. le docteur BOURGOUGNON (de Montrichard).

Le 28 avril 188., on trouvait étendu sur le bord de la route entre neuf et dix heures du soir, à quelques centaines de mètres de chez lui, le nommé François H., cultivateur au village des Haies, près du bourg de Faverolles. Il était en état d'ivresse et n'a jamais pu dire depuis ce qui lui était arrivé. Ramené à son domicile, ce n'est que le surlendemain qu'il songea à appeler le médecin.

A mon arrivée, je trouve mon client, un homme grand et fort, âgé de quarante-cinq ans, assis sur une chaise auprès de sa cheminée, et tenant à pleines mains sa jambe ; il en fait jouer les fragments et fait entendre « la crépitation », me disant qu'il croyait bien « que ça devait être cassé ». En effet, je constate avec la plus grande évidence une fracture des deux os de la jambe droite, à leur partie moyenne ; tout le membre, en outre, était gonflé, rouge et enflammé. Je fis mettre des sangsues et promis de revenir dans les vingt-quatre heures.

A ma seconde visite, l'enflure ayant disparu, j'appliquai un appareil très simple avec des bandes et des attelles, prescrivant un repos absolu, que le malade me promit de garder.

A ma visite suivante, je constate, avec étonnement, que notre homme avait quitté son lit et était allé s'asseoir sur sa chaise, auprès de la cheminée. Après lui avoir expliqué tous les dangers que sa conduite pouvait lui faire courir, je refais le pansement qui était défait, et je promets à mon malade, pour le faire patienter, que d'ici peu de temps, je lui mettrai un appareil avec lequel il pourra se lever dans la chambre.

Quand je revins, je trouvai mon patient encore levé. C'était plus fort que lui, disait-il. Tout discours étant inutile, je lui applique immédiatement un appareil silicaté.

Le lendemain, passant par là, je vais pour le voir. Porte close. Je m'informe, et un voisin m'apprend que mon fracturé, décidément peu patient, était monté à cheval, dès le matin, pour aller relever ses vignes. Or, il y avait juste douze jours que l'accident était arrivé. Peu après, il vint à la ville un jour de foire, et se garda bien, par peur de reproches, de me rendre visite.

Cet homme a parfaitement guéri, sans être boiteux ; trois mois après, il était encore porteur d'une portion de son appareil. Il trouvait que « ça lui soutenait la jambe ».

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 octobre 1888. — Présidence de M. HÉRARD.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Un pli cacheté de M. H. Dubois, de Pau (Accepté) ;

2° Une lettre de M. Doléris, qui se porte candidat à la place vacante dans la section d'accouchements.

COMMUNICATIONS

Causes qui déterminent la création des sexes. — M. CHARPENTIER, à propos de la communication faite par M. Lagneau dans la dernière séance, fait observer que, de toutes les recherches faites sur les causes qui déterminent la création de tel ou tel sexe, il résulte qu'à l'heure actuelle, on n'a aucune donnée sur ce sujet.

Il semble que l'âge absolu ou relatif des parents a une certaine influence sur la production du sexe de l'embryon, de même que le degré plus ou moins prononcé de la vigueur sexuelle du père. Ainsi, il paraît assez nettement établi que, quand l'homme est de dix ans plus âgé que la femme, et que celle-ci se trouve à l'âge de la plus haute activité reproductrice, il naît plus de garçons que de filles.

De plus, le facteur fécondant, qui est le plus énergique au point de vue du sexe, possède la propriété d'engendrer plus d'individus de son propre sexe. Enfin, le coït pratiqué tardivement après la menstruation (8 jours au minimum) favoriserait la production de garçons.

La proportion générale est de 106 garçons contre 100 filles.

Enfin Bidder, dont les recherches ont porté sur un total de 11,871 acouchements, arrive aux conclusions suivantes :

1° Les très jeunes primipares engendrent plus de garçons.

2° Les primipares d'âge moyen, c'est-à-dire en pleine floraison génitale, engendrent plus de filles.

3° Passée cette période, les femmes engendrent plus de garçons.

4° Les résultats sont les mêmes chez les multipares, mais l'âge où apparaît la diminution du chiffre des garçons est un peu plus avancé chez elles.

En un mot, il semblerait, d'après Bidder, que le sexe tient à la qualité mâle ou femelle de l'ovule. Les ovules mâles seraient plus nombreux et plus aptes à être fécondés dans le jeune âge et dans un âge avancé. C'est au contraire pendant la période de pleine floraison de la femme que les ovules femelles se trouveraient plus nombreux et plus aptes à être fécondés.

M. LAGNEAU fait remarquer qu'en outre des documents présentés par M. Charpentier, il existe des travaux anciens qui ont montré que les jeunes époux ont des filles plutôt que des garçons et que dans les ménages où les maris sont plus âgés que les femmes, les garçons prédominent.

Il ajoute, en terminant, qu'il serait intéressant de continuer sur les animaux les recherches commencées par Girou de Buzareingues.

M. CHARPENTIER ajoute que de nombreuses thèses ont été publiées dans ces derniers temps sur ce sujet ; c'est d'après ces documents que Frisch a fait son mémoire dans lequel M. Charpentier a puisé les résultats qu'il vient de communiquer.

Curabilité de la scrofule et de la tuberculose osseuse par les bains de mer dans les stations d'hiver. — M. DE VALCOURT (de Cannes) fait une communication sur ce sujet.

Dans ce travail M. de Valcourt fait ressortir les grands avantages que l'on retire des bains de mer, même pendant l'hiver, dans les cas de scrofule et surtout de tuberculose osseuse, tumeurs blanches, coxalgie, etc. Il cite plusieurs observations dans lesquelles l'intervention chirurgicale (drainage, grattage, résections), jointe au traitement général par l'air, le séjour sur l'eau ou même les bains, à Cannes, lui ont donné des guérisons promptes et radicales.

LECTURE

De la toxicité des alcools. — M. LABORDE achève l'exposé de ses expériences sur la toxicité des alcools. Il rappelle que dans la séance où il a donné la première série de ses expériences, M. Dujardin-Beaumetz lui a reproché d'avoir étudié l'action physiologique des alcools au moyen des injections intra-veineuses. Ces reproches sont mal fondés, surtout lorsqu'il s'agit, comme dans l'espèce, de produits éminemment diffusibles, et dont il fallait assurer la pénétration dans l'organisme.

M. Beaumetz a ajouté que l'absinthe, absorbée par l'estomac, ne produit pas les mêmes résultats que lorsqu'elle est employée en injection intra-veineuse : par l'estomac, elle ne produit pas l'attaque d'épilepsie qu'elle détermine lorqu'elle est administrée en injections intra-veineuses.

Cependant lui-même, en 1878, au Congrès international pour l'étude de l'alcoolisme, déclare, en parlant de l'essence d'absinthe, que, « quelle que soit la voie par laquelle pénètre le poison

(estomac, rectum, veine, etc.), les accidents sont toujours les mêmes ».

D'ailleurs, la clinique démontre péremptoirement le caractère convulsivant et épileptisant de l'absinthisme aigu. MM. Magnan, Motet, Challand, rapportent un nombre considérable d'observations à cet égard. Actuellement, dans le service de M. le docteur Deny, à Bicêtre, se trouve un jeune homme qui, à l'âge de vingt-trois ans, prit seize verres d'absinthe de suite. Il eut immédiatement une attaque convulsive suivie d'un état de mal qui dura deux jours. Ce malade guérit de ces accidents, mais ils se reproduisirent à la suite de nouveaux excès. Il n'a aucun signe d'hystérie et aucun accident névropathique.

Ceci dit, M. Laborde revient à sa communication et continue par l'étude de l'essence de noyau.

Essence de noyau (aldéhyde benzoïque et benzo-nitrite). — Parmi les essences, il en est une qui est considérée comme inoffensive et qui, cependant, produit des accidents convulsifs tétaniformes très caractéristiques. C'est la liqueur de noyau qui contient 5 grammes d'essence ou de bouquet par litre. Ce bouquet est formé de benzo-nitrite et d'aldéhyde benzoïque. Par des injections intra-veineuses ou stomacales on détermine chez le chien des accidents tétaniques très nets pouvant amener la mort. Le mécanisme de la mort paraît intéressant : en effet, à l'autopsie le cœur est en systole et c'est peut-être à cette sorte de tétanisation du cœur que la mort est due. Cela offre de l'intérêt, car on peut ainsi expliquer certaines morts subites chez l'homme dans l'alcoolisme aigu. Cependant chez l'homme on trouve parfois, dans ces cas, le cœur non pas en systole mais en diastole; il y aurait alors de l'inhibition cardiaque. Il y a donc vraisemblablement des poisons variés dont l'étude complète serait à entreprendre.

Mais cette essence agit non seulement par ingestion ou injection, elle agit aussi par ses vapeurs. Il suffit, en effet, de flairer le flacon d'essence pour être pris presque immédiatement de céphalalgie et de vertiges. Plusieurs des aides de M. Laborde, ses préparateurs, un garçon du laboratoire, un confrère qui était venu assister à quelques-unes de ses expériences ont présenté des accidents; mais c'est lui surtout qui a été le plus intoxiqué. Il a commencé par avoir des vertiges, de la céphalalgie, du tremblement, de la dyspepsie. Mais comme tout disparaissait dans l'intervalle de ses expériences, il s'en tourmentait peu. Actuellement tout ce qui l'entoure est absolument imprégné d'essence, les murs du laboratoire, ses vêtements, son registre d'expériences, et lui-même comme tout le reste. Un jour il présenta des accidents foudroyants. En sortant du laboratoire, il fut pris d'un véritable ictus vertigineux avec lipothymie, sueurs profuses, palpitations avec angoisse précordiale et tremblement. Il ne perdit pas connaissance, mais il resta appuyé contre un mur sans bouger peut-être un quart d'heure jusqu'à ce qu'un garçon de la Faculté vint lui prêter secours.

Il y a un an de cela; il n'est pas encore guéri, quoiqu'il ait absolument cessé ces expériences. Dans les produits éliminés par sa respiration, dans ses urines, il reste encore des traces de l'aldéhyde benzoïque. Il conserve, en outre, encore actuellement, de la dyspepsie alcoolique; ses vertiges ont à peu près disparu. L'amélioration sembla se produire sous l'influence d'une diurèse due à l'ingestion de raisins.

Dans les distilleries d'essences, des accidents semblables se montrent chez les employés. C'est l'absinthe qui paraît la plus dangereuse. M. Laborde a vu un jeune homme qui s'occupait surtout de la distillation de l'essence d'absinthe. Outre les phénomènes qu'il a présentés, il y a eu de véritables crises épileptiformes avec chute et obnubilation.

On le voit donc, les émanations de ces essences, absorbées par la voie pulmonaire, sont des plus dangereuses. Elles sont une menace pour les distillateurs, comme l'ingestion stomacale est un danger pour les consommateurs.

Modifications de l'action toxique des divers alcools par la purification. — Les substances que vient d'étudier M. Laborde sont les plus toxiques; seules de la série, elles provoquent des convulsions; au-dessous d'elles, on doit ranger à des degrés divers :

1° Les substances pouvant être mortelles, mais sans produire les convulsions. Ce sont par exemple :

L'aldéhyde cinnamique, qui est un contracturant;

Le cinnamate d'éthyle.

Et parmi les essences-bouquets :

Le wisky (d'Irlande), le gin (de Londres), le genièvre (de Hollande), le sherry-brandy, le duchbitter, l'essence de kirsch.

2° Les substances qui ne sont pas habituellement mortelles :

Les benzoates d'amyle et de méthyle, l'acétate d'amyle, les butyrates d'éthyle et d'amyle, les succinates d'éthyle et de méthyle, le formiate, le malate et le valérianate d'éthyle, l'énanthytate d'éthyle, le malate de méthyle, l'acétal et le méthylal, l'acide amyltartrique, etc.

3° Enfin les substances à peu près inoffensives :

Les essences ou bouquets de rhum, de cassis, de cognac-brandy, de curaçao, de kummel, de marasquin, de bénédictine, d'anisette de Paris, de grenadine, etc.

De ce qui précède M. Laborde tire les conclusions suivantes :

Physiologiquement et expérimentalement, nous savons maintenant que l'industrie fabrique et offre à la consommation publique des produits éminemment toxiques et dangereux, qu'elle dissimule sous le masque alléchant d'un arôme agréable. Nous savons que l'alcool lui-même, élément fondamental, obligé, de toutes ces préparations, contient, soit grâce aux procédés défectueux de distillation, soit grâce à l'addition préméditée et réalisée, les produits les plus toxiques et jusqu'aux convulsivants.

Hygiéniquement que convient-il de faire?

La première question qui se pose est la suivante : la purification des alcools, quels qu'ils soient, est-elle capable de les débarrasser des produits impurs qu'ils renferment?

En second lieu, est-il possible de déceler par des procédés appropriés les produits toxiques surajoutés?

A priori, étant donnés les moyens très perfectionnés de purification par la distillation, il était aisé de prévoir la possibilité d'obtenir un produit d'une pureté réelle et constante. Voici à ce sujet ce que nous ont donné les recherches expérimentales.

Le résultat essentiel de nos expériences, celui qui s'applique pratiquement, c'est que l'alcool éthylique, quelle qu'en soit la provenance, donne lieu à des phénomènes physiologiques identiques : une rectification complète rend égaux, pour ainsi dire, devant la physiologie, tous les alcools d'industrie, avec la réduction au minimum de leur nocuité.

Rectifier, purifier les alcools, voilà donc le grand moyen de parer au danger et la solution fondamentale du problème.

Mais, là où la solution apparaît, commencent les difficultés de la mise en pratique, car alors se pose la seconde question.

Comment reconnaître et apprécier l'état et le degré de purification nécessaire des alcools en circulation et déceler leurs impuretés?

Quels que soient les efforts faits dans ces derniers temps pour arriver à l'aide de procédés chimiques extemporanés à la solution pratique de cette question, de manière à fournir une base à la répression légale et à la législation sur la matière, il y a, à ce sujet, un desideratum, que nos recherches expérimentales permettent de mettre en lumière. Il manque aux procédés actuels un critérium expérimental. Jusqu'à ce que le réactif physiologique soit trouvé, on aura l'indice d'une impureté quelconque, mais non la preuve de la fraude et sa nature vraie.

Mais ce que je tiens ici à répéter c'est que nous sommes en présence d'un attentat général, permanent, à la santé publique, particulièrement criminel, puisqu'il indique de la part du coupable la préméditation savante, qu'il spécule sur une nécessité de l'alimentation, en s'efforçant de favoriser et d'alimenter l'entraînement passionnel le plus irrésistible, source de déchéance pour l'individu et pour sa race.

Aussi les principes de défense sociale s'imposent-ils ici dans

leur application la plus absolue, et la répression légale doit-elle s'exercer dans toute sa rigueur.

DISCUSSION

M. DUJARDIN-BEAUMETZ applaudit comme tous ses collègues aux expériences de M. Laborde et en accepte entièrement les conclusions. Comme lui, il considère tous les produits dont il a parlé comme toxiques et admet la nécessité absolue d'apporter un prompt remède au danger social qui résulte de ces intoxications. Il ne se sépare de son collègue que sur un seul point de technique expérimentale; il veut parler des injections intra-veineuses. C'est, suivant M. Beaumetz, un mauvais moyen de juger la valeur thérapeutique et l'action toxique de certaines substances que de les introduire directement dans le sang. Par exemple, si l'on veut ainsi comparer les sels de soude et les sels de magnésie, on voit qu'on peut impunément injecter dans les veines 20 grammes de sulfate de soude, sans déterminer d'accidents, tandis que l'injection intra-veineuse de 3 à 4 grammes de sulfate de magnésie entraîne la mort. En conclura-t-on que les sels de magnésie sont toxiques alors que les sels de soude sont inoffensifs? De même pour les sels de potasse, dont les Anglais font un si grand usage et qui, injectés dans le sang, déterminent les plus graves accidents chez le chien. Il en est de même aussi de l'iodure de potassium, dont l'action est toute différente selon qu'on l'injecte dans le sang ou qu'on l'introduit par la voie stomacale; 1gr25 d'iodure de potassium en injection intra-veineuse suffit pour entraîner la mort; or, on sait qu'on a donné impunément jusqu'à 15 grammes et même jusqu'à 30 grammes par jour de ce médicament, par la voie stomacale. Toute substance introduite dans le sang exerce sur celui-ci une action directe et en modifie la composition; c'est là un fait qui a été prouvé, non seulement par les expériences sur les animaux, mais aussi par les tentatives qui ont été faites sur l'homme. On se rappelle que M. Oré (de Bordeaux) a proposé d'obtenir l'anesthésie par l'introduction du chloral dans les veines; or, ce procédé a donné lieu à des accidents graves, même mortels, par suite de cette action directe sur le sang. L'injection intra-veineuse n'est donc pas un procédé expérimental rationnel.

Relativement à l'influence de l'absinthe sur la production d'attaques épileptiques, M. Dujardin-Beaumetz a assisté aux belles expériences de M. Magnan et a constaté comme lui la production de ces attaques épileptiformes chez le chien. Mais en est-il de même pour l'homme? M. Beaumetz laisse à M. Lancereaux le soin de répondre à cette question.

M. LABORDE maintient que M. Dujardin-Beaumetz commet une grave erreur en jugeant, ainsi qu'il le fait, la valeur des injections intra-veineuses. L'introduction directe dans le sang d'une substance toxique quelconque produit des effets immédiats, tandis que, par la voie stomacale, il n'y a pas d'action immédiate sur le sang, mais il faut bien toujours que cette substance y arrive dans le sang, quel que soit, d'ailleurs, le procédé expérimental employé pour l'introduire dans l'économie. Or, l'expérimentateur est pressé, curieux; il doit agir, ainsi que le disait Claude Bernard, en conquérant; c'est pourquoi l'injection intra-veineuse est la voie qu'il doit préférer comme étant la plus directe, la plus prompte et la plus sûre. Les exemples choisis par M. Dujardin-Beaumetz tournent à sa propre condamnation, car c'est précisément grâce aux injections intra-veineuses qu'on sait que les sels de potasse sont toxiques, tandis que les sels de soude ne le sont pas. C'est là une découverte qui a bien son importance. D'ailleurs, pour répondre aux objections de M. Beaumetz, M. Laborde fait observer que, dans ses expériences, s'il a choisi les résultats fournis par les injections intra-veineuses, il les a confirmés en employant tous les autres procédés, aussi bien la voie stomacale que la voie sous-cutanée. Aussi se croit-il en droit de considérer ces résultats comme absolument formels et à l'abri de toute contestation. Il est tout prêt, d'ailleurs, à recommencer ses expériences devant une commission de l'Académie et en particulier devant M. Beaumetz.

M. LANCEREAUX n'a pas fait suffisamment d'expériences sur les animaux pour critiquer ou contester celles de M. Laborde, mais, depuis longtemps, déjà il observe et étudie cliniquement l'alcoolisme. On lui a souvent reproché de mettre beaucoup trop de choses sur le compte de l'alcoolisme et, cependant, il déclare n'avoir jamais vu l'alcoolisme produire l'athérome artériel ni de lésions rénales. Quant à l'épilepsie chez l'homme, il affirme n'avoir jamais vu un seul cas d'épilepsie qui puisse être mis sur le compte de l'alcoolisme, à moins qu'il n'existe une lésion cérébrale matérielle expliquant cette épilepsie. Il reconnaît que l'absinthe détermine des accidents convulsifs, mais il n'a jamais remarqué que ces convulsions fussent épileptiformes; elles sont hystériformes.

En 1864, M. Lancereaux fut appelé auprès d'un garçon de pharmacie qui avait avalé de l'essence d'absinthe; or, ce garçon avait des attaques convulsives présentant tous les caractères de l'hystérie et non ceux de l'épilepsie. Depuis lors, il a vu un autre garçon ayant avalé plusieurs verres d'absinthe, et qui a présenté des accidents identiques à ceux du premier. Il a souvent observé, dans les hôpitaux, des malades ainsi intoxiqués par l'absinthe et qui, tous, ont été atteints d'attaques hystériques et non épileptiques. En résumé, il n'a jamais vu l'épilepsie vraie apparaître sous l'influence de l'absinthe. Si on l'observe chez les animaux, cela doit tenir au procédé expérimental employé, ou à d'autres conditions différentes de celles qu'on observe chez l'homme.

M. BOUCHARD prend la défense des injections intra-veineuses, tout au moins au point de vue de la méthode expérimentale, car, en thérapeutique, leur emploi est jusqu'ici très restreint et se borne pour ainsi dire à l'indication remplie par M. Hayem pour combattre la déshydratation dans le choléra. M. Bouchard pense qu'en cela M. Hayem a eu raison, mais actuellement il laisse de côté ce qui a trait à la thérapeutique humaine; il ne veut envisager les injections intra-veineuses qu'au point de vue d'une méthode d'étude expérimentale. Contrairement à M. Dujardin-Beaumetz, il pense que c'est un moyen précieux, le seul moyen capable de fixer d'une façon précise les effets physiologiques d'une substance quelconque. C'est à l'aide des injections intra-veineuses seules qu'on arrive à déterminer la dose exacte, nécessaire pour produire les accidents toxiques et la mort. Par la voie stomacale on ne peut savoir ce qui agit, ni quelle quantité du médicament a été absorbée, une partie est arrêtée dans le foie, une partie est éliminée, une partie pénètre dans le sang; il est donc impossible de savoir exactement quelle dose a pénétré dans le sang et y a exercé une action directe. Par la voie sous-cutanée, l'absorption se fait avec une grande lenteur, et on ne peut savoir au juste quelle quantité se trouve en contact avec le sang au moment où se produit l'effet physiologique. Au contraire, par la voie veineuse, on obtient une action directe et l'on constate que c'est toujours la même dose pour le même poids d'animal qui produit le même effet au même moment, que c'est toujours la même dose qui amène la mort. La question est donc ici serrée de plus près. Ce n'est pas encore l'idéal, car l'idéal ce serait de pouvoir déterminer la dose du médicament ou du poison dont est imprégnée la cellule d'où part l'effet physiologique. Cela, jusqu'ici, n'est pas possible. Mais c'est quelque chose de savoir qu'il faut 17 centigrammes de potasse par kilogramme d'animal pour déterminer la mort. Pourquoi donc repousser une méthode aussi précise, la plus précise dont nous disposions dans l'état actuel de nos connaissances? Connaître la différence de l'action physiologique des sels de potasse et de celle des sels de soude, ce n'est pas là une simple satisfaction de curiosité, il y a là un réel intérêt. Il est de quelque utilité de savoir que 18 centigrammes d'iodure de potassium introduits dans le sang déterminent la mort, alors que 4 et 5 grammes d'iodure de sodium restent inoffensifs. En thérapeutique, nous employons des poisons; or il est intéressant de savoir à quelle dose ces poisons deviennent toxiques. Nous savons ainsi que tous les sels de potasse sont toxiques; les sels de soude ne le sont que par l'acide auquel ils sont associés, témoin l'arséniate de soude.

M. Bouchard défend donc la méthode des injections intra-veineuses, au moins pour le physiologiste; elle renseigne mieux que l'analyse chimique elle-même. C'est là le seul procédé expérimental vraiment rigoureux; car il n'est malheureusement pas possible, avec les moyens dont nous disposons, de mesurer la dose de poison convulsivant, présente dans la cellule nerveuse au moment même où a lieu la convulsion. Seule, aujourd'hui, l'injection intra-veineuse permet de reconnaître, d'apprécier et de déterminer la dose toxique d'une substance.

M. Laborde répond à M. Lancereaux que c'est bien le véritable syndrome épilepsie qu'il a observé à la suite de l'injection intra-veineuse de liqueur d'absinthe. Mais il s'agit ici naturellement d'absinthisme aigu. Quoi qu'il en soit, ajoute M. Laborde, nous sommes d'accord sur le fond convulsions, qu'il s'agisse de convulsions hystériformes ou de convulsions épileptiformes. Or, il est bien évident que l'action convulsivante des alcools ne tarderait pas à être constatée cliniquement si on ne débarrassait pas ces alcools des substances convulsivantes qu'ils contiennent. L'observation d'ailleurs en a déjà été faite en Écosse et dans d'autres pays.

M. Labbé, à propos des tentatives d'anesthésie par injection intra-veineuse de chloral qu'a faites M. Oré et que vient de rappeler M. Dujardin-Beaumetz, fait observer que d'un commun accord cette méthode doit être abandonnée. Mais il n'en est pas de même, pour M. Labbé, des injections intra-veineuses de chloral dans le traitement du tétanos. Il rappelle avoir fait à ce sujet des expériences avec M. Budin, alors son interne, expériences qui, si elles n'ont pas donné des résultats définitifs, ont au moins montré que c'était là un moyen sûr d'obtenir la résolution immédiate des attaques convulsives du tétanos. C'est donc là un moyen à conserver à l'actif de la thérapeutique chirurgicale, d'autant plus que, lorsque M. Oré a fait ses expériences, on ne connaissait pas encore la méthode antiseptique et que, grâce à cette méthode, les injections intra-veineuses peuvent cesser d'être dangereuses.

La séance est levée.

MINISTÈRE DE LA GUERRE

Service de santé militaire. — Concours d'admission en 1888.

Liste, par ordre de mérite et par catégorie, des 60 candidats admis à l'emploi d'élève du service de santé militaire, pour être attachés aux hôpitaux militaires ci-après désignés.

I. ÉTUDIANTS EN MÉDECINE A 16 INSCRIPTIONS

1. Austic (Gabriel-Jean), Saint-Martin, à Paris. — 2. Beigneux (Louis-Baptiste-Octave), Bordeaux. — 3. Verdierre-Cauquil (Paul-Antoine-Émile-Bazile), Gros-Caillou, à Paris. — 4. Barré (Henri-Jacques), Saint-Martin. — 5. Vialaneix (François-Charles-Édouard), Gros-Caillou.

II. ÉTUDIANTS EN MÉDECINE A 12 INSCRIPTIONS

1. Vèzes (Jean), Gros-Caillou. — 2. Allard (Jules-Henri-Frédéric), Gros-Caillou. — 3. Roulet (Léonard), Bordeaux. — 4. Cadet (Auguste-Émile-Marie), Saint-Martin. — 5. Nermord (Louis-Marie-Gustave), Saint-Martin.

III. ÉTUDIANTS EN MÉDECINE A 8 INSCRIPTIONS

1. Pichon (Georges-Charles-Eugène), Nancy. — 2. Iversenc (Edmond-Jean-Joseph-Marcelin), salles militaires de l'hospice mixte de Montpellier. — 3. Merciolle (Maurice-Jean-Marie), Gros-Caillou. — 4. Busquet (Paul-Jacques), Bordeaux. — 5. Laporte (Jean-Édouard), Bordeaux. — 6. Patte (Pierre-Louis-Amédée), Nancy. — 7. Le Goïc (Victor-Émile), Bordeaux. — 8. Fayot (Albert-Victor), Nancy. — 9. Baissas (Jean-Pierre-René), Desgenettes, à Lyon. — 10. Thomas (Louis-Maurice-Isidore), Nancy. — 11. Brico (Adolphe-Charles-Joseph), Lille. — 12. Teissier (Charles), Montpellier. — 13. Coup (Edmond-Marie-Jean-Baptiste), Gros-Caillou. — 14. Althoffer (André-Charles), Saint-Martin. — 15. Sendrol (Émile-Prosper-Louis), Saint-Martin. — 16. Mauroux (Pierre-Flavien-Prosper-François), Bordeaux. — 17. Moinet (Georges-Auguste-Paul), Gros-Caillou. — 18. Pouy (Jean-François), Saint-Martin. — 19. Marsais (Gaston-Louis), Gros-Caillou. — 20. Boullet (Joseph-André), Bordeaux.

IV. ÉTUDIANTS EN MÉDECINE A 4 INSCRIPTIONS

1. Viguié (Gaston), Montpellier. — 2. Dettling (Georges-Édouard), Nancy. — 3. Verse (Léonce-Clément-Louis), Montpellier. — 4. Pécheux (Henri-Constantin), Saint-Martin. — 5. Voulgre (Denis-Joseph-Antoine), Saint-Martin. — 6. Le Mitouard (Alfred-Gustave-Marie), Gros-Caillou. — 7. Denoy (Julien-Élie), Montpellier. — 8. Albouze (Eugène-Philippe), Saint-Martin. — 9. Biétrix (Adolphe-Émile-Henri), Desgenettes. — 10. Raynaud (Paul), Desgenettes. — 11. Coupry (Théodule-Jean-Georges), Bordeaux. — 12. Roqueplo (Antoine-Anatole-Joseph), Marseille. — 13. Bronner (Jacques-Léonard-Maurice), Saint-Martin. — 14. Azaïs (Jean-Pierre-Marie-Charles), Montpellier. — 15. Lions (Louis-Paul), Saint-Martin. — 16. Boucorbeille (Louis-Justin-Jean-Baptiste), Montpellier. — 17. Beauxis-Lagrave (Romain-Eugène-Dominique), Montpellier. — 18. Rouquette (Paul-Joseph), Bordeaux. — 19. Burgez (Auguste-Eugène), salles militaires de l'hospice mixte de Besançon. — 20. Mataval (Odilon-Augustin), Montpellier. — 21. Mac-Auliffe (Victor-Jean), Gros-Caillou. — 22. Le Roux (Auguste), Gros-Caillou. — 23. Bonnette (Pierre-Saint-Hilaire), Saint-Martin. — 24. Vallet (Joseph-Marie-Gabriel), Desgenettes. — 25. Visbecq (Fernand-Maximilien-Hippolyte), Gros-Caillou. — 26. Jaulmes (Louis-Sully), Montpellier. — 27. Eybert (Julien-Ferdinand-Paul), Saint-Martin. — 28. Dercle (Charles-Ursmar), Lille. — 29. Fohanno (Léon-Jean-Eugène-Constantin), Rennes. — 30. Zostivirst (Jean-Marie-Désiré), Rennes.

Ces élèves devront se présenter, le 10 novembre prochain, à MM. les médecins-chefs des hôpitaux auxquels ils sont affectés.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 12 octobre 1888, M. Blin, médecin principal de deuxième classe de l'armée active, retraité, a été nommé au grade de médecin principal de deuxième classe dans le cadre des officiers de réserve.

— Par décret, en date du 12 octobre 1888, ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de première classe. — MM. les médecins principaux de première classe de l'armée active, retraités : Poncet, Massaloup et Lortat-Jacob.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée active, retraités : Champenois, Lanoaille de Lachèze et Mabboux.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Baylin, Lahaye, Semelaigne, Chambor, Le Roy de Langevinière, Tabournel, Roi, Raison, Deladrière, Soyer, Foubert, Houtang, Fauvel, Frottier et Desforges.

Au grade de pharmacien principal de première classe. — M. Bouillard, pharmacien principal de première classe de l'armée active, retraité.

— Par décret, en date du 15 octobre 1888, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin principal. — M. Guyot, médecin de première classe.

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe Offret, Dubut et Castagné.

— Par décret, en date du 15 octobre 1888, a été nommé dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. le docteur Noury, médecin de deuxième classe de la marine, démissionnaire.

— Par arrêté ministériel, en date du 16 octobre 1888, la chaire de clinique des maladies mentales et nerveuses de la Faculté de médecine de Montpellier est déclarée vacante.

— La distribution des prosecteurs et des aides d'anatomie dans les pavillons de l'École pratique de la Faculté pour le semestre d'hiver est arrêtée de la manière suivante :

Pavillon I : prosecteur, M. Villemin ; aides d'anatomie, MM. Leguen, Isch-Wall, Chipault.

Pavillon II : prosecteur, M. Hartmann ; aides d'anatomie, MM. Chevalier, Calot, Faure.

Pavillon III : prosecteur, M. Delbet ; aides d'anatomie, MM. Pfender, Dagron, Delagénière.

Pavillon IV : prosecteur, M. Lejars ; aides d'anatomie, MM. Thiéry, Rieffel, Arnould.

Pavillon V : prosecteur, M. Potherat ; aides d'anatomie, MM. Mordret, Regnauld, Philippe.

Pavillon VI : prosecteur, M. Boiffin ; aides d'anatomie, MM. Lyot, Roques de Fursac, Lafourcade.

— *École de médecine de Grenoble.* — M. le professeur Breton est admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à une pension de retraite, et nommé professeur honoraire.

— M. Monod, directeur de l'Assistance publique au ministère de l'intérieur, a inauguré, il y a quelques jours, le sanatorium de Banyuls-sur-Mer, destiné aux enfants scrofuleux et rachitiques.

— M. le docteur Donnet (de Limoges), ancien député, vient d'être élu sénateur.

— M. le docteur Pigeolet vient d'être élu président, pour 1889, de l'Académie royale de médecine de Belgique, par 30 voix sur 33 votants ; par 29 voix sur 32, M. le docteur Deneffe a été proclamé premier vice-président de ladite Académie.

— *Amphithéâtre d'anatomie.* — MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que les travaux anatomiques ont commencé le lundi 15 octobre 1888.

Des conférences sur l'histologie normale et pathologique sont faites par M. le chef du laboratoire.

MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement des microscopes.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Duborgia (de Chatou) ; Finot, ancien président de la Société médicale du IXe arrondissement, et Sagot, ancien interne des hôpitaux de Paris, décédé subitement à Magny-sur-Yonne, le 8 octobre 1888, à l'âge de soixante-sept ans.

— Le poste de médecin communal d'Orléansville (Algérie) est vacant. S'adresser au maire de cette localité.

— La souscription inscrite en tête de notre neuvième liste (*Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 1102) est de M. *Adolphe* Bloch et non de M. *Albert* Bloch.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 121. — SAMEDI 20 OCTOBRE 1888. 61e ANNÉE. SAMEDI 20 OCTOBRE 1888. — N° 121.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Du traitement chirurgical des myomes de l'utérus (1).

Par M. le docteur L. SECHEYRON,

Ancien interne des hôpitaux et des maternités de Paris, professeur suppléant à l'École de médecine de Toulouse.

III

HYSTÉRECTOMIE VAGINALE ; SES INDICATIONS DANS LES FIBROMES UTÉRINS.

L'hystérotomie vaginale appliquée aux myomes a des limites. Ces limites sont établies par le nombre, la situation et surtout par le volume des fibromes à enlever. Un ou plusieurs fibromes dépassant le volume d'une tête d'enfant, enfouis dans le parenchyme de l'organe, surtout au niveau de son fond, ne peuvent guère être extirpés avec facilité. L'opération, fort laborieuse, longue, serait d'une durée qui ne permettrait guère l'espérance du succès; bien plus, les dégâts apportés dans la constitution de l'utérus, des ligaments larges, seraient de nature à imposer l'extirpation radicale de l'utérus.

Malgré tous les désirs de la chirurgie conservatrice, il convient de faire des sacrifices, soit d'emblée, soit dans le cours de l'opération. Si une intervention menace d'être longue, surtout s'il est permis de constater la présence de nombreux petits fibromes, agglomérés les uns à côté des autres, l'extirpation totale de l'utérus devient légitime.

Cette extirpation radicale peut être critiquée et rejetée avec apparence de raison. Les critiques peuvent, en effet, montrer des résultats très heureux d'une extirpation incomplète. Des fibromes assez gros donnant lieu à des pertes abondantes, nécessitant une opération presque d'urgence, ont, pour ainsi dire, cédé devant une extirpation incomplète. C'est ainsi que, tout récemment, la discission du col est entrée dans le traitement des hémorrhagies dues aux fibromes. C'est ainsi encore qu'un chirurgien de talent nous a rapporté avoir vu disparaître des hémorrhagies fort graves, après une simple incision de la muqueuse au niveau du fibrome.

Il serait irrationnel de prétendre guéries ces malades. Les résultats de ces opérations incomplètes ont été heureux; mais le danger persiste toujours tant que le fibrome ne sera pas enlevé.

Si, dans la pratique, après avoir procédé à l'extirpation d'un ou de deux fibromes d'un petit volume, pomme d'api, par exemple, on trouve derrière les premiers de nouveaux fibromes; si l'utérus, en un mot, est bourré de plusieurs petits fibromes, la conduite la plus logique est de procéder sur place à l'extirpation de l'utérus. Il y a grandes chances pour que les métrorrhagies reconnaissent pour cause, non point un ou deux myomes déterminés, mais l'ensemble de leur masse.

On évite ainsi de recourir à des opérations successives, opérations graves, parce qu'elles exposent la malade à courir à chacune d'elles les chances d'infection, de septicémie, inhérentes à toute opération de cette nature.

Il serait cependant nécessaire de faire quelques restrictions, en raison de l'âge de la malade, de ses désirs de maternité. Si la femme est apte à concevoir, il faut tout tenter, même le résultat incertain d'une opération incomplète.

Là où s'arrêtent les limites de l'extirpation simple des myomes, commencent celles où l'hystérectomie vaginale est applicable. Ces limites ne peuvent être précisées avec grande rigueur; car, il faut encore tenir compte de la situation du myome, en outre, du nombre et du volume. Tel myome qui, placé au segment inférieur peut être extirpé seul, devient la cause d'une hystérectomie vaginale s'il est situé au fond de l'utérus.

Le myome de la face antérieure de l'utérus est également plus grave et plus dangereux au point de vue opératoire que celui de la face postérieure. Les délabrements de cette région, grâce au voisinage de la vessie, des uretères, peuvent devenir plus souvent l'origine d'une extirpation utérine que ceux de la face postérieure.

En résumé, l'hystérectomie vaginale pour fibromes du corps doit être parfois totale. Cette suppression de la matrice, souvent en pleine activité sexuelle, exige des indications précises.

Les indications se tirent de la gravité des symptômes, et surtout du nombre, du volume et de la situation, de la forme sous laquelle se présentent les fibromes. Un fibrome volumineux, du volume d'une tête de fœtus, situé très haut

(1) Voyez *Gazette des hôpitaux* 1888, p. 925.

près des cornes de l'utérus, pour lequel des délabrements utérins et pelviens trop considérables devraient être produits pendant l'extraction, le morcellement, doit être enlevé par le vagin et avec l'utérus tout entier.

L'utérus bosselé par de petits fibromes interstitiels, sous-muqueux, sous-séreux, donnant lieu à des symptômes incompatibles avec la vie, est également justiciable de cette opération. De toute nécessité, il faut que la masse utérine ne dépasse pas un trop grand volume, celui d'une tête de jeune enfant environ. Grâce au morcellement, des tumeurs plus considérables pourraient être enlevées, même avec chances de succès, mais les manœuvres du morcellement seraient trop longues; et une des conditions de succès consiste dans la rapidité opératoire.

La nécessité de terminer l'opération est absolue, sous peine de faire encourir à la malade les plus grands dangers : hémorrhagies consécutives, septicémie par suite d'énucléation, de persistance d'une large plaie.

« Mieux vaut terminer quand même l'opération que de l'interrompre, » écrit Hégar.

L'opération large qui s'impose est l'ablation totale de l'utérus par le vagin, lorsque la tumeur n'est pas trop volumineuse, et que son évidement pourra être pratiqué.

L'hystérectomie vaginale est, dans ces conditions, une opération plus difficile que dans le cancer. Deux procédés lui sont applicables suivant le volume de la tumeur, le nombre des fibromes.

Dans les cas les plus simples, l'ablation de l'utérus est pratiquée rapidement; dans les cas compliqués, il faut procéder au morcellement de la masse.

Nous donnerons successivement les procédés de M. Péan. Ce chirurgien est le premier en France qui, repoussant à un dernier plan les indications de la castration ovarienne, ait posé l'indication et pratiqué l'hystérectomie vaginale dans ces conditions.

Manuel opératoire. — Toutes les précautions antiseptiques sont prises quelques jours à l'avance et avec soin : le vagin est irrigué une ou deux fois par jour avec des solutions antiseptiques; le matin de l'opération, le vagin est bourré de gaze iodoformée.

La malade est placée sur un lit un peu dur, dans la position dite de la taille. Trois aides aident l'opérateur : l'un chloroformise; les deux autres tiennent fixées les jambes fléchies et relevées sur les cuisses, les cuisses sur le bassin. Ils ont également à remplir un rôle pénible et délicat : celui de maintenir les rétracteurs vaginaux.

Les instruments, placés à l'avance dans les solutions antiseptiques, sont rangés dans des plateaux, sur une table, à côté de l'opérateur. Celui-ci est assis en face et au-dessous de la malade.

Les instruments nécessaires sont :

a. Plusieurs rétracteurs plats, trois : deux grands et un petit. Les meilleurs sont ceux qui sont presque à angle droit, d'une longueur de 10 centimètres, et dont l'extrémité est fort légèrement courbée. Cette courbe, de 1 centimètre d'étendue, assure la fixité du rétracteur.

b. Deux paires de ciseaux longs, droits et courbes.

c. Un bistouri long, monté sur un long manche.

d. Une dizaine de pinces fortes, à mors longs ou carrés, dont plusieurs à mors dentés, s'il est possible, droits ou légèrement courbes. Ces pinces sont indispensables, sans leur secours, il serait impossible de procéder au morcellement, s'il devenait nécessaire.

e. Deux douzaines environ de pinces longuettes — modèle des pinces à polypes.

f. Les instruments nécessaires pour les sutures au fond du vagin.

L'opération se décompose en plusieurs temps :

1° Abaissement de l'utérus et désinsertion vaginale;
2° Morcellement et extirpation de parties fibreuses (découverte du champ opératoire);
3° Dissection péri-utérine;
4° Hémostase des ligaments larges;
5° Bascule et extirpation de l'utérus;
6° Soins consécutifs post-opératoires.

1° *Abaissement de l'utérus et désinsertion vaginale.* — Ce temps est fort simple; une forte pince de Museux, à mors larges, coudés à angle droit, saisit une lèvre du col et attire l'utérus. Facile, lorsqu'il s'adresse à des utérus de petit volume, ce temps devient impossible si l'organe est comme enclavé dans le petit bassin.

Si la traction reste sans effet, de toute nécessité, il faut opérer sur place, les rétracteurs étant bien placés, deux de chaque côté des grandes lèvres, un à la fourchette ou à la partie antéro-supérieure du vagin.

La désinsertion vaginale est précédée parfois d'une section transversale du col pratiquée au bistouri ou aux ciseaux.

Avec ou sans discission cervicale, la désinsertion vaginale est facile. Elle s'effectue avec des bistouris à lame courte et à manche long.

2° *Morcellement et extirpation de quelques parties myomateuses.* — Cette manœuvre opère un dégagement du champ opératoire et assure l'exécution prompte des autres temps de l'hystérectomie. On procède à une hystérotomie et à un morcellement, selon les règles énoncées dans la première partie de cette Revue (1er septembre 1888).

Parfois, suivant qu'il a été dit à plusieurs reprises, le chirurgien ayant cru entreprendre une hystérotomie simple, est obligé de recourir à l'opération radicale. Loin d'être nuisible, la manœuvre préparatoire du morcellement ne fera que servir le chirurgien.

3° *Dissection péri-utérine.* — Cette dissection s'effectue avec le bistouri, le doigt, la pointe mousse des ciseaux. Elle est très lente, exige une longue patience, afin que le travail d'un long quart d'heure ne soit pas détruit d'un coup maladroit. Afin d'être plus nette, la description du temps du morcellement a dû être séparée de la dissection péri-utérine; en réalité, dans la pratique, on doit procéder aux deux temps presque à la fois.

4° *L'hémostase des ligaments larges* contemporaine et adjuvant des deux dernières manœuvres, mérite une description particulière.

A propos des fibromes, comme à propos du cancer, une même discussion entre les procédés s'est élevée. L'hémostase doit-elle être effectuée avec des ligatures ou des pinces? Les théories cèdent devant la pratique. En définitive, l'opérateur, juge de la situation, doit recourir au procédé le mieux approprié à la circonstance.

La ligature des ligaments larges est possible dans quelques rares hystérectomies pour fibromes. Lorsque l'augmentation de volume de l'utérus n'est pas trop considérable, les deux procédés peuvent réussir. Les ligatures sont

assez faciles à poser avec une sorte d'aiguille de Deschamps fortement recourbée. L'aiguille est passée à travers un cul-de-sac perforé, et vient traverser le ligament large à une hauteur variable, ou bien elle est passée au-dessus du bord supérieur. Les ligatures partielles multiples sont préférables à la ligature totale qui, en se desserrant, a donné lieu à de cruels mécomptes.

En thèse générale, la ligature s'applique mal aux utérus de gros volume à extirper : dans ce cas, les ligaments larges sont élevés, étalés; le placement des ligatures devient fort pénible. Surtout, dans ce cas, la ligature totale doit être proscrite. Elle étreindrait mal les tissus.

Au Congrès de chirurgie de cette année, M. le professeur Demons a préconisé la ligature dans l'hystérectomie vaginale pour gros fibromes, réservant l'application du pincement pour les utérus petits, faciles à extirper.

L'opinion de l'éminent chirurgien bordelais a été combattue par M. Péan. Le chirurgien de l'hôpital Saint-Louis a montré tous les services que pouvait rendre le pincement successif, et par étages, des ligaments larges dans les hystérectomies rendues difficiles par la grosse masse à extraire. Là, où les ligatures sont difficiles à placer, les pinces, d'un maniement simple, permettent de détacher peu à peu l'utérus de ses ligaments.

Pour donner tous ces bons résultats, la manœuvre des pinces doit être bien comprise. Dans l'emploi multiplié des pinces et en nombre indéterminé, dans leur placement les unes au-dessus des autres, consiste la vraie manœuvre du pincement. Le procédé qui se limite à l'application d'une, deux pinces, sur chaque ligament, est défectueux et ne se rattache que d'une manière très éloignée à la méthode générale d'hémostasie telle qu'elle doit être entendue. On comprend sans peine qu'avec un emploi si restreint des pinces, l'extirpation des gros fibromes soit à peu près impossible : le procédé dit de la ligature lui est supérieur dans ce cas malgré toutes ses difficultés, ses lenteurs.

Comme l'utérus bourré de fibromes est presque toujours d'un assez gros volume, il est rationnel d'admettre l'emploi presque exclusif du pincement. Fort rarement, il sera donné de rencontrer un utérus d'un assez petit volume, pour que le pincement puisse être suivi de la ligature des ligaments larges. Dans les cas où l'application d'une à deux pinces suffit pour embrasser chacun des ligaments larges, il peut être procédé, après le détachement de l'utérus, à des ligatures multiples de fort catgut ou fil de soie ou de caoutchouc placées au ras des pinces.

L'opérateur s'assure que les ligatures sont bien placées, bien serrées, les pinces sont enlevées. Les moignons des ligaments larges sont rapprochés l'un de l'autre, et viennent combler en partie la large ouverture de l'espace péritonéo-vaginal, vide de l'utérus; puis, ils sont suturés entre eux et au fond du vagin.

5° *Bascule et extirpation de l'utérus.* — Ce temps, effectué en partie pendant l'hémostase des ligaments larges, est assez difficile dans l'hystérectomie pour fibromes, à cause de la masse à extraire, assez volumineuse en général.

Très souvent la bascule, le renversement de l'utérus en arrière dans le cul-de-sac de Douglas, est impossible sans la réduction préalable de la masse à extirper. Le morcellement de l'utérus, des myomes qu'il contient, est ici nécessaire. Il ne peut encourir le reproche fait au morcellement de l'utérus cancéreux, donnant lieu à un écoulement de suc cancéreux pouvant infecter la plaie péritonéo-vaginale. Le morcellement est une excellente manœuvre qui diminue les lenteurs de l'opération et la rend, en définitive, possible.

6° *Soins opératoires consécutifs.* — L'opération est terminée après l'extirpation de l'utérus; mais, en ce moment, commence toute une série de soins consécutifs se rapportant au pansement et dont l'observation exacte est de la plus haute importance.

Au fond du vagin est placé un faisceau de pinces : les unes à mors forts, longs, droits de préférence, placées sur les ligaments larges; les autres en plus grand nombre, sont des pinces dites longuettes, servant au pincement des surfaces saignantes. Le nombre des pinces laissées à demeure, les premières pendant trente-six, quarante heures, les dernières pendant vingt heures environ, est parfois considérable : le faisceau se compose de quinze, vingt à trente pinces. On s'assure bien exactement que le fond du vagin est bien sec, qu'aucun point ne laisse suinter de sang.

Le pansement est simple : il suffit de placer quelques bourdonnets de gaze iodoformée dans le vagin, surtout au niveau de la paroi postérieure, près de la fourchette, pour soutenir le faisceau de pinces.

Les pinces sont enroulées avec soin de gaze iodoformée.

Si l'on craint des difficultés dans le cathétérisme, il sera bon de placer au préalable une sonde à demeure munie d'un fosset.

La malade est reportée sur son lit; la tête un peu élevée, un petit coussin au niveau de la vulve pour soutenir le faisceau des pinces.

Elle sera placée dans une chambre isolée, chaude, confiée à des garde-malades rompues aux pratiques de l'antisepsie.

L'opération est loin d'être simple, l'hystérectomie vaginale pour fibrome offre souvent beaucoup plus de difficultés que l'opération pour le cancer. Elle ne peut être entreprise que par les chirurgiens très versés dans la pratique gynécologique. Afin de donner la mesure des difficultés dont la rencontre est fréquente, il nous sera permis de présenter une observation où toute l'expérience et l'habileté d'un opérateur tel que M. Péan furent bien nécessaires.

Fibromes multiples du corps de l'utérus; hystérectomie vaginale; guérison. — X..., âgée de cinquante-cinq ans; réglée à quatorze ans; vierge. A l'âge de dix-neuf ans, paraplégie complète, qui dura quatre ans, causée par mal de Pott, traitée par Nélaton. Depuis cette époque, elle marche, mais avec difficulté. Depuis plus de vingt ans, ménorrhagies, puis métrorrhagies continues, tellement abondantes depuis un an que la malade est tombée dans une faiblesse extrême; elle ne pouvait plus marcher ni manger; souvent le pouls faisait défaut, et il fallait recourir aux piqûres ou aux inspirations d'éther pour le relever. Il y a six semaines, quand nous la vîmes pour la première fois, la peau était cireuse, les téguments transparents, et l'estomac rejetait tous les aliments, même liquides. Ce n'est que peu à peu, grâce aux toniques, aux hémostatiques, aux calmants, que nous avons pu faire céder la dyspepsie, les pertes sanguines et les douleurs. Comme elle était vierge; comme les parois du vagin étaient étroites, rigides; comme il y avait du vulvisme, nous faisons la divulsion de la vulve et du vagin pendant le sommeil chloroformique, dix jours avant l'opération; et nous faisons prendre à la suite des injections de sublimé. Quatre jours après, perte sanguine qui nous oblige à hâter l'opération. Vulve rasée; vagin lavé au sublimé. Malade couchée dans le décubitus latéral gauche. Vagin rétracté par des aides. Col attiré avec des pinces de

Museux, disséqué sur tout son parcours dans sa portion vaginale, puis sectionné bilatéralement de façon à pouvoir introduire le doigt dans la cavité du corps de l'utérus et reconnaître s'il était possible d'enlever la totalité des fibromes par morcellement. Nous constatons que le col a doublé de longueur dans sa portion sus-vaginale, ce qui rend l'exploration difficile, et que celui-ci a une longueur de 18 centimètres. Voyant que la tumeur ne pourrait être enlevée seule par morcellement, sans trop altérer l'utérus, je complète la dissection du col jusque dans les culs-de-sac péritonéaux; je saisis la base des ligaments larges avec des pinces à mors longs, droits et courbés sur le plat et sur le champ; puis je détache le bord latéral droit de l'utérus. Je prolonge l'incision latérale de ce côté, ce qui met à découvert un énorme fibrome de 12 centimètres de diamètre, implanté à la fois dans les deux faces et dans le fond. Je l'enlève par morcellement avec les bistouris et les ciseaux droits et courbes, et avec les pinces dentées et fenêtrées de mon modèle. J'excise alors le col de l'utérus pour mieux abaisser le fond, et pour mettre à nu deux autres lobes qui sont à leur tour enlevés par morcellement. Grâce à cette diminution de volume, grâce à des crochets et à des pinces, je parviens à abaisser le corps de l'utérus, à pincer progressivement la partie moyenne et le fond de cet organe, à le détacher du ligament large droit au-dessous des pinces, et à l'attirer par bascule du côté du vagin par le cul-de-sac postérieur du péritoine. Je vois alors la partie supérieure de ligament large gauche, sur laquelle je mets des pinces à mors courbes pour le détacher du bord correspondant de l'utérus dans toute sa hauteur. L'utérus est ainsi enlevé sans perte de sang. Je vois alors l'ovaire et la trompe droite, devenus kystiques, engagés dans la plaie péritonéo-vaginale; je les lie, je les excise, et je retire les pinces qui comprimaient leur implantation. Je laisse en place les pinces appliquées sur le ligament large gauche, et je rapproche légèrement les parois opposées de la plaie péritonéo-vaginale avec quelques points de suture métallique. Pas de sang perdu au cours de l'opération, ce qui est heureux en raison de l'épuisement extrême des forces. Durée de l'opération, longue (quatre heures), à cause de l'étroitesse du vagin et du volume de la tumeur. Suites immédiates favorables. Pas de fièvre. Pinces enlevées au bout de trente heures; fils, le onzième jour. Le dix-huitième jour, plegmatia alba dolens de la cuisse gauche, traitée par la compression ouatée. Le vingt-cinquième jour, mêmes accidents du côté droit, faisant craindre que le caillot de la crurale ait remonté dans la veine cave inférieure. Amélioration rapide. Le quarante-cinquième jour, angioleucite superficielle à la face interne du bras.

Guérison complète.

Cette opération date de 1885. Déjà, à cette époque, l'opérateur avait institué sa méthode du pincement tel qu'il est en vigueur en ce moment.

Résultats. — Les suites sont en général bonnes : la mortalité est presque réduite à zéro, au moins dans les cas bien choisis, où l'hystérectomie vaginale s'effectue sans de trop laborieuses difficultés, et lorsque l'état de la malade est resté satisfaisant. Une série de 23 opérations a donné, à M. Péan, 22 succès; le cas terminé malheureusement se rapportait à une femme épuisée par des métrorrhagies, ayant de la fièvre au moment de l'opération (1). Les succès de MM. Demons, Terrier, Richelot viennent encore plaider en faveur de cette opération.

Autant que possible, il sera bon de rechercher les ovaires et de les extirper; l'opérée est en général jeune et peut se trouver exposée à des congestions ovariennes, à des troubles réflexes notables, au moins pendant les quelques mois qui suivraient l'hystérectomie vaginale.

(1) Ne sont pas compris dans cette série deux cas d'hystérectomie vaginale pour fibro-sarcomes, terminés par la mort dans le cours de la convalescence.

Les observations de tous ces cas se trouvent dans notre *Traité d'hystérotomie et d'hystérectomie vaginales*, Paris, 1888.

IV

MÉTHODES ABDOMINALES : INTERVENTION INDIRECTE, CASTRATION OVARIENNE; INTERVENTION DIRECTE SUR L'UTÉRUS.

La voie abdominale doit être une voie de nécessité, d'exception. Ce principe dérive des dangers de l'intervention directe sur l'utérus par l'abdomen, d'une part, des incertitudes, des difficultés et même de l'impossibilité d'une intervention indirecte, d'une castration ovarienne, d'autre part.

MÉTHODE INDIRECTE

A. *Castration ovarienne; indications; procédés opératoires; manuel opératoire.*

De nos jours, la plupart des partisans de la castration ovarienne déclarent, de prime abord, revendiquer la faveur de cette opération pour les fibromes ayant au moins 12 centimètres de diamètre. Ce principe est en désaccord avec l'ancienne formule qui regardait l'opération applicable à tous les cas de métrorrhagies incoercibles, symptomatiques de corps fibreux. Notre excellent maître, M. le professeur Duplay, considérait même, en 1885 (1), la castration comme surtout indiquée dans les cas de fibro-myomes moyens et petits. Grâce à son expérience, M. Duplay avait bien certainement pu se convaincre de la difficulté de cette opération dans les cas de fibromes volumineux. Aussi, spécifiait-il les fibromes moyens et petits.

Quelques opérateurs conservent encore l'indication de la castration dans de petits fibromes. M. Segond, M. Terrier, en faisant connaître leur opinion à la Société de chirurgie, 1888, ont pensé « que la castration convenait aux fibromes de dimension moyenne et petite, non point en raison des dangers qui résultent de leur volume, mais à cause des troubles fonctionnels ou douloureux qu'ils engendrent et particulièrement des hémorrhagies graves qu'ils provoquent » (2).

Il paraît démontré que, dans les cas de petits fibromes, la tumeur doit être enlevée de préférence par le vagin, soit par l'hystérotomie, soit par l'hystérectomie. Aussi, la question des indications de la castration ne doit guère être plus posée que pour des tumeurs de moyen volume.

Il semble, en effet, que dans ces cas l'opération, facile en général, doive avoir tous les bons résultats espérés, résultats immédiats et éloignés.

Les opérateurs sont loin de partager le même avis sur les indications opératoires, le volume de la tumeur mis à part. Les opinions les plus multiples sont relatées dans la thèse de notre ami, M. le docteur Estrada (3), thèse riche en documents recueillis et présentés avec soin.

Les chirurgiens ne s'accordent pas pour assigner à chaque symptôme une valeur identique. Toutefois les métrorrhagies, les congestions mensuelles excessives forment une indication capitale. Ainsi, la castration est

(1) Duplay. *Archives générales de médecine*, juillet 1885.

(2) Segond. *Annales de gynécologie*, juin 1888.

(3) Elias Estrada. *Parallèle de l'oophorectomie et de l'hystérectomie abdominale.* Paris 1888.

en général réclamée pour les fibro-myomes caverneux, véritables corps spongieux au moment des menstrues. Tous les chirurgiens regardent comme indication l'état caverneux, tandis qu'ils excluent la castration pour les cysto-fibromes. Certains fibromes de volume moyen, de nature kystique, échappent à la castration, selon l'aveu des partisans de l'opération.

La diversité d'opinion règne sur l'opération appliquée aux gros fibromes. Tandis que M. Championnière préconise l'oophorectomie pour tous les fibromes, même les gros, et comme premier essai de traitement, M. Terrillon regarde le gros volume comme une contre-indication à la castration. Cet habile chirurgien donne un moyen que lui a suggéré son expérience, pour reconnaître les limites de la castration. Une cavité utérine qui mesure 18, 20 ou 23 centimètres indique un fibrome peu favorable à la castration.

MM. Tillaux, Polaillon repoussent la castration et aiment mieux recourir à l'hystérectomie qu'ils considèrent comme plus sûre, et d'un danger assez comparable à celui de la castration.

Cette diversité d'opinions est plus apparente que réelle. La majorité des chirurgiens pense qu'il serait imprudent de vouloir poser une conduite systématique, uniforme dans tous les cas. Non seulement le chirurgien doit agir suivant ses préférences, mais il doit savoir abandonner celles-ci et reconnaître les indications opératoires spéciales à chaque cas.

M. Segond, en donnant son opinion et en résumant celles des divers chirurgiens, opinions qui s'étaient fait jour à la Société de chirurgie, posait les conclusions suivantes :

« Une castration ovarienne ne doit être tout d'abord qu'une laparotomie exploratrice. Puis, suivant l'état des lieux, il faut opter soit pour la castration, soit pour une intervention plus radicale, en prenant pour guide de ses déterminations la gravité comparée des opérations dont on peut disposer. Il faut alors accorder une valeur significative à la gravité particulière des castrations trop laborieuses. »

Manuel opératoire. — Le manuel opératoire est peu modifié depuis les premières castrations. Il se résume à ces quatre temps :

1° Incision abdominale ;

2° Recherche de l'ovaire ;

3° Pédiculisation, ligature et excision de l'ovaire seul ou avec la trompe (ovario-salpingectomie);

4° Toilette du péritoine et suture de la paroi abdominale.

L'opération est loin d'être toujours simple; la recherche et la pédiculisation de l'ovaire offrent parfois les plus grandes difficultés.

1° *Incision abdominale.* — Incision médiane, commençant un peu au-dessus du pubis et s'élevant de plusieurs centimètres vers l'ombilic (8 à 10 centimètres environ), incision prudente, de manière à ménager la vessie, qui aura été, du reste, vidée au préalable.

2° *Recherche de l'ovaire.* — Ce temps peut être très délicat. La présence de fibromes dans l'utérus peut avoir déformé l'organe, déplacé, étalé les annexes dans les ligaments larges, au point de les rendre méconnaissables. Il peut arriver encore que l'ovaire enflammé soit englobé par des adhérences au fond du cul-de-sac de Douglas, contre le fond de l'utérus. L'exploration de la cavité pelvienne rendue encore plus laborieuse par l'augmentation volume de l'utérus et la profondeur des culs-de-sac.

Les chirurgiens les plus expérimentés ont rencontré parfois des difficultés, telles qu'ils ont dû renoncer à trouver l'ovaire et se contenter, soit d'une laparotomie exploratrice, soit d'une castration unilatérale.

Néanmoins, lorsque le fibrome est d'un volume moyen, les ovaires sont souvent facilement trouvés.

Deux ou trois doigts, introduits la face dorsale dirigée vers l'extrémité supérieure de l'incision, sont plongés en arrière de l'utérus. Avec la pulpe digitale, le chirurgien cherche à reconnaître les ovaires dans le cul-de-sac ou sur les parties latérales et supérieures de l'utérus, si le fibrome occupe les côtés de l'organe.

Les ovaires sains donnent la sensation caractéristique d'un corps glanduleux, grenu, mais doux au toucher, ovoïde, allongé. On ne doit pas quand même s'évertuer à reconnaître l'ovaire par une trop longue recherche de cette sensation si spéciale. Bien souvent, on ne la percevrait pas; les ovaires étirés, aplatis, comme égrenés, s'étalent et donnent lieu à un tout autre ordre de sensations.

3° *Pédiculisation, ligature et excision de l'ovaire.* — L'ovaire reconnu, il convient de le pédiculiser. Lorsque l'ovaire est sain, ou avec quelques petits points kystiques, il est congestionné, comme un corps spongieux, assez ferme ; il se pédiculise avec facilité. Dès lors, le pincement du pédicule et sa ligature s'effectuent librement.

Un ovaire difficile à reconnaître, d'une recherche laborieuse, est également d'une pédiculisation pénible.

Avec de tels ovaires, on est exposé à arracher des adhérences par tractions, à laisser des parcelles ovariques, et par conséquent à faire une opération incomplète.

4° *Toilette du péritoine et suture de la paroi abdominale.* — Il est inutile d'insister sur les autres temps opératoires bien connus, sur le lavage, la toilette du péritoine, le mode de fermeture des parois abdominales.

Résultats opératoires. — Un chapitre plus important s'ouvre : il est nécessaire de déterminer les résultats acquis.

En 1885, notre excellent collègue et ami, M. le docteur Tissier, dans sa thèse inaugurale (1), établissait ces résultats avec le plus grand soin. Sur 171 opérations, il relevait 25 morts, soit une mortalité de 14,6 p. 100. Sur les 146 cas restants, presque tous des fibromes interstitiels, « on a noté 7 fois seulement, après un arrêt momentané, le retour des hémorrhagies; 3 autres fois (ce qui porte à 10), il y eut retour des hémorrhagies, mais très atténuées, et, sur ce nombre, 2 fois on n'avait enlevé qu'un ovaire, ou bien on n'a fait que la ligature, ou bien il est spécifié que du tissu ovarien est resté dans le pédicule.

Vingt et une fois il y eut quelques pertes de sang, sans régularité, ni gravité les premières semaines, ou les premiers mois ; mais, en fin de compte, la ménopause s'établit; 26 fois on ne parle pas de l'état de la menstruation, on se contente de la mention : guérison. Toutes les autres fois, la cessation des hémorrhagies est indiquée.

Neuf fois on a noté que la tumeur n'avait pas diminué ou avait augmenté; 66 fois il est nettement indiqué qu'il y a eu une diminution rapide de la tumeur ; dans 71 cas, il

(1) Léon Tissier. *De la castration de la femme en chirurgie.* Paris, 1885.

n'y a de noté que la guérison et l'état tout à fait satisfaisant de la malade. »

Les défenseurs actuels de la castration relatent tous les bienfaits contre les pertes sanguines, dont la diminution sensible et souvent la disparition sont constatées. « On peut affirmer, dit M. le docteur Estrada (1), que, d'une manière générale, la castration arrête les hémorrhagies. A cette règle, il y a des exceptions. Les pertes, après s'être arrêtées pendant quelques mois, reparaissent et deviennent même plus abondantes qu'autrefois. Bien souvent c'est que l'ablation des annexes n'a pas été complète. D'autres fois, il existe des dispositions spéciales qui nécessitent une nouvelle intervention... L'ablation des annexes supprime les métrorrhagies, les douleurs, et fait diminuer la tumeur, dans des cas assez fréquents et assez nombreux pour qu'on puisse établir ces résultats comme règle.

Cette opération a-t-elle des suites éloignées? Voici à cet égard l'opinion de M. Championnière.

« On observe, pendant plusieurs mois après l'opération, des congestions du côté de la face, de l'anus, des hémorrhoïdes, des douleurs dans les reins sans écoulement sanguin par les voies génitales. Ces accidents sont parfois périodiques; on les traite avantageusement par des saignées, des sangsues, etc., etc.

Bien souvent les femmes engraissent après la castration, c'est la règle habituelle; mais parfois il est curieux d'observer un amaigrissement notable. »

Tous ces faits, rapportés par les hommes les plus consciencieux, ne paraissent pas pouvoir être mis en doute; et, avec la plus grande logique, doit-on, semble-t-il, les accepter. Néanmoins, des contradicteurs se sont élevés. Malgré les belles statistiques de Lawson-Tait et des opérateurs français, la castration a été jugée parfois sévèrement. Bigelow, d'après son expérience et les études d'anatomie pathologique de son élève, de Marcy, conteste la disparition des métrorrhagies. Il fait observer, en outre, que l'opération a sa gravité, ses grandes difficultés, et qu'elle n'est nullement radicale. Emmet professe une opinion à peu près analogue.

Lawson-Tait lui-même rejette la castration simple, ne reconnaissant comme efficace que l'ablation des ovaires et des annexes, d'où le nom d'« ovario-salpingectomie » donné à son opération.

L'opération reste palliative; elle est efficace dans un grand nombre de cas. Les affirmations sont les plus nombreuses à cet égard; mais elle est très inférieure au point de vue de la certitude de la curabilité à l'opération directe sur l'utérus.

B. *Atrophie des fibromes par la ligature des vaisseaux utéro-ovariens.*

Quelques chirurgiens, Hégar, Schrœder, ont recommandé un procédé indirect de traitement des tumeurs fibreuses : l'application d'un certain nombre de sutures perdues sur les vaisseaux utéro-ovariques. M. Terrier s'est rallié à cette pratique; et M. Segond considère qu'il y a lieu de fonder sur cet expédient opératoire les espérances les plus légitimes. Ces maîtres jugent la ligature comme capable de produire des phénomènes d'atrophie à la fois sur les tumeurs utérines et sur l'ovaire. Cet expédient n'est légitime que dans le cas d'une castration impossible.

Il règne une grande incertitude sur le mode d'action de cette atrophie. Il est bien probable que l'afflux sanguin, dans l'utérus, ne subit que des modifications passagères et de peu d'importance. La circulation est si active, les communications des réseaux sanguins sont si nombreuses, que l'utérus peut être considéré comme une éponge d'imbibition facile. Le courant sanguin ne peut que se rétablir avec facilité, même après l'occlusion des vaisseaux utéro-ovariques. Il convient donc de tenir compte d'un autre facteur et de placer ces troubles atrophiques sur le compte de la compression des plexus sympathiques qui accompagnent en si grand nombre les réseaux sanguins. L'explication est une simple vue de l'esprit; il en est de même du bon résultat des ligatures dites atrophiantes. La pratique n'a pas encore consacré cette opération à peu près restée dans l'esprit des quelques chirurgiens qui l'ont prônée.

(1) E. Estrada. *Loc. cit.*

V

ACTION DIRECTE SUR LES FIBROMES; VOIE ABDOMINALE

L'incertitude des résultats de la castration ovarienne, certaines conditions spéciales des fibromes utérins, ses difficultés militent, en cas de nécessité absolue, en faveur d'une attaque directe par la voie abdominale.

Procédé extra-péritonéal; procédé Péan.

MÉTHODE OPÉRATOIRE. — Parmi les procédés d'attaque, il convient de signaler et de décrire celui de M. le docteur Péan. Ce procédé, bien connu, est partout désigné, en France comme à l'étranger, sous le nom de l'éminent chirurgien qui entreprit le premier, en France, cette opération considérée jusqu'alors comme impraticable.

La description suivante est rédigée en partie d'après les notes que nous devons à l'obligeance de notre maître et qui doivent entrer dans son *Traité des tumeurs du bassin* [sous presse] (1).

Le procédé de M. Péan se compose de cinq temps :

1° Section abdominale;
2° Extraction de la tumeur, rupture des adhérences;
3° Fixation et ligature du pédicule; excision de la tumeur;
4° Toilette du péritoine;
5° Excision de la tumeur.

Premier temps : section abdominale. — Incision médiane, proportionnelle au volume de la tumeur, temps fort simple, en général; nécessite des précautions à la partie inférieure à cause du voisinage de la vessie.

Deuxième temps : extraction de la tumeur, rupture des adhérences. — Par la vue, le toucher, le chirurgien reconnaît les rapports de la tumeur avec les organes voisins, la présence ou l'absence des adhérences. Il recherche si la tumeur est kystique, si elle est facile à mobiliser.

Dans les cas les plus simples, une douce traction permet d'attirer la tumeur au dehors; dans les cas compliqués, il faut vider les kystes ou bien sectionner les adhérences avec soin, poser des ligatures. Enfin, dans les cas de trop grosses tumeurs, il importe de procéder au morcellement, un complément de section abdominale étant insuffisant.

Le procédé du morcellement consiste à enserrer la tumeur, dans ses parties les plus accessibles, au moyen d'anses métalliques. Les fils sont serrés à l'aide de serre-

(1) Voir également *Traité d'hystérotomie*, Péan et Urdy. Paris, 1873.

nœuds ordinaires. La section doit porter au-dessus des anses bien serrées. D'autres anses métalliques sont portées au-dessous des premières, si la tumeur reste encore trop volumineuse.

Ce procédé a été fort critiqué. On lui reproche d'apporter de grands retards à l'opération, et on ne remarque pas assez qu'il permet seul la poursuite de l'opération.

La tumeur, dégagée de ses connexions, doit s'engager peu à peu, lentement, au niveau de l'incision. Le chirurgien doit avoir grand soin de ne pas laisser tomber de sang, du liquide kystique, du pus dans la cavité péritonéale; les aides doivent éviter la hernie des intestins; par des pressions de bas en haut, ils maintiennent et refoulent la masse intestinale.

Troisième temps : fixation et ligature du pédicule; excision de la tumeur. — Ce temps présente des modifications multiples en raison des connexions de la tumeur avec l'utérus. M. le docteur Péan envisage les cas suivants :

1° *Tumeur à mince pédicule :* Le cas est fort simple; il suffit d'une simple excision au-dessus d'un lien constricteur, ou bien, si le pédicule est trop gros, d'appliquer une anse métallique double, un lien de caoutchouc sur le pédicule traversé et soutenu avec deux aiguilles en croix.

2° *Le pédicule est volumineux, implanté sur le fond de l'utérus, ou bien, la tumeur est sessile :* Aussi souvent que possible, il faut user du procédé précédent, afin d'assurer l'intégrité de la matrice. Mais il est de nombreux cas où l'amputation sus-vaginale est seule possible. La conduite du chirurgien devient bien différente.

La tumeur est engagée en dehors de l'abdomen aussi loin que possible, sans qu'une traction trop forte soit cependant exercée. Le chirurgien, après avoir pris le soin d'éviter la vessie, passe deux tiges droites rigides à travers le col, et dans deux directions réciproquement perpendiculaires. Le point du col traversé sera assez élevé; il faut ménager un pédicule assez long, éviter ainsi tout tiraillement.

Deux anses métalliques sont posées avec une aiguille à manche. Elles sont serrées avec des ligateurs; le modèle Cintrat est le plus employé.

L'utérus et la tumeur sont sectionnés au-dessus des liens constricteurs.

Par précaution, afin de rendre le moignon bien exsangue, M. Péan adosse les lèvres des tuniques musculaire et séreuse et les fixe par des points de suture superficiels et profonds.

3° *Le col est le siège de la tumeur :* L'extirpation totale de l'utérus s'impose. Le cas est assez rare; il est fort difficile. Le mieux, dans ce cas, serait fort probablement de s'aider tout d'abord de la voie vaginale. Le pincement des ligaments larges, leur section plus ou moins complète, la désinsertion vaginale du col, formeraient des manœuvres opératoires des plus utiles. L'extirpation totale de l'utérus supprimant tout moignon, il serait prudent de faire un drainage complet de la plaie soit par le vagin seul (Martin), soit par la voie mixte, abdomen et vagin (Péan).

Cette voie mixte d'extirpation des tumeurs fibreuses paraît avoir été suivie pour la première fois, en France, par M. Péan, en 1867.

4° *Tumeur utérine étalée dans les ligaments larges, dans le bassin :* Suivant que la tumeur est ou n'est pas pédiculée, l'opération est simple ou compliquée d'une hystérectomie. Celle-ci devient alors extrêmement périlleuse; il s'agit, dans ces cas, de tumeurs volumineuses étalées dans le petit bassin.

« Il faut, au préalable, dit M. le docteur Péan, inciser les feuillets cellulo-péritonéaux qui recouvrent la tumeur, les énucléer en ayant soin de pincer et de lier à mesure les nombreux vaisseaux de la périphérie. Si le pédicule qui la relie à l'utérus est petit, il faut se contenter de l'exciser; on ferme ensuite par suture la plaie qui en résulte en ayant soin de bien adosser à eux-mêmes les feuillets péritonéaux. »

L'hystérectomie sera pratiquée par la voie mixte vagino-abdominale, si la tumeur placée trop près du col empêche la formation d'un pédicule suffisamment long : cette heureuse condition d'un long pédicule est elle-même assez rare.

Cinquième temps : toilette du péritoine. — Le chirurgien qui aura procédé à une extirpation prompte et aura évité l'hémorrhagie, l'épanchement de sang, de tout liquide dans le péritoine, aura ainsi réalisé les meilleures conditions de succès : aussi, à la fin de l'opération, tous les soins du chirurgien doivent se porter à rendre exsangues toutes les moindres surfaces saignantes, et à faire la toilette du péritoine, suivant la formule consacrée.

Les efforts des chirurgiens portent plus spécialement sur le mode de protection du péritoine abdominal. Ils s'évertuent à ne laisser exposée aux chances d'infections que l'étendue la plus minime du péritoine. Dans ce but, ils fixent le pédicule de manière à adosser exactement le péritoine pariétal au péritoine du pédicule.

La plus grande asepsie du moignon est de rigueur.

Le pédicule après l'opération reste serré par un tube de caoutchouc que l'on enlève vers le douzième jour; il est soutenu par deux aiguilles métalliques en croix. Ces aiguilles sont laissées en place. Le pédicule se ratatine, se détache peu à peu, et tombe vers le vingt-cinquième jour, sous forme d'une eschare sèche comme momifiée. Un travail de deux mois est nécessaire pour combler la plaie.

Nous n'insistons pas sur la suture abdominale qui doit être profonde et superficielle, sur les pansements consécutifs qui doivent être analogues à ceux des autres opérations sur l'abdomen.

Procédé intra-péritonéal; procédé de Schrœder.

Schrœder s'est proposé de réaliser, dans l'extirpation des tumeurs utérines, les perfectionnements apportés dans celle des kystes de l'ovaire. Il a cherché à soustraire le pédicule utérin à l'action de l'air, d'opérer sa réduction et de pouvoir ainsi faire une suture définitive de l'abdomen. Afin d'éviter toute hémorrhagie, Schrœder a opéré la ligature des vaisseaux utéro-ovariens et utérins. La ligature des vaisseaux utérins près du col est délicate, pénible.

L'hémostase assurée, il suffit de placer un lien de caoutchouc et de réséquer au-dessus. Le moignon est taillé ensuite en forme de V, et ses lèvres sont réunies. Une suture profonde à anses de soie séparées unit la muqueuse, tandis que la partie musculeuse du moignon est suturée au moyen de fils de catgut disposés en 8. Des points de soie superficiels ferment la séreuse de façon à envelopper le moignon d'un manchon séreux bien clos.

Un point mérite d'être mis en relief : la gravité des procédés extra-péritonéaux moindre que celle des procédés intra-péritonéaux, avec suture et réduction du moignon. Malgré les soins des chirurgiens, la méthode extra-péritonéale, bien inférieure en théorie à la réduction totale du pédicule, donne les résultats les moins défavorables.

RÉSULTATS OPÉRATOIRES. — Dans un rapide examen, établissons simplement la gravité relative des variétés principales.

Dans les cas de fibromes à pédicule long et mince, du volume d'un doigt, l'ablation n'est guère plus grave que l'ovariotomie la plus bénigne; mais ces cas simples ne sont pas les plus menaçants, ceux qui amènent le plus grand nombre d'interventions. Une femme vit souvent de longues années sans éprouver d'autres troubles fonctionnels qu'une sensation de pesanteur abdominale, combattue avec avantage à l'aide d'une bonne ceinture hypogastrique. En regard de ces fibromes, véritables polypes péritonéaux, sous-séreux, plaçons les corps fibreux interstitiels, ou rattachés par un large et court pédicule à la matrice; en regard des polypes uniques, d'extirpation radicale facile, considérons les fibromes multiples développés sur le fond, sur les cornes de l'utérus. Ces tumeurs sont justiciables de l'énucléation, si elles sont uniques, bien encapsulées dans le tissu utérin; trop souvent de l'amputation partielle, supra-vaginale; ou de l'extirpation totale de l'utérus par la voie abdominale.

L'expérience a appris, de la manière la plus positive, le danger extrême de ces interventions abdominales.

Il ne s'agit pas bien entendu de fibromes sous-séreux, à long et grêle pédicule, mais d'un fibrome interstitiel, ou en voie de devenir sous-séreux.

Dès que le myome est inclus dans le parenchyme utérin, l'opération se complique pour les chirurgiens qui n'emploient pas l'énucléation par évidement; et elle devient fort dangereuse par le seul fait de l'ouverture abdominale. Cette proposition peut étonner de nos jours, où l'incision abdominale simplement exploratrice est considérée comme inoffensive, et où elle est souvent pratiquée. Mais il ne faut pas perdre de vue que la partie principale de l'opération porte sur l'utérus placé profondément, et que souvent la manœuvre opératoire est longue et difficile.

L'énucléation, telle que la pratiquent la plupart des chirurgiens, soit en France, soit à l'étranger, par l'abdomen, est pleine de dangers. Vautrin donne une mortalité de 95 p. 100 d'après Schrœder et Hofmeier.

Pour eux, l'énucléation est une décortication de la tumeur attaquée par sa face externe; peu à peu, le corps fibreux est décortiqué de sa loge, à l'aide d'un corps mousse : ciseaux, spatule.

Cette tumeur laisse, après son extraction, une loge à parois saignantes, très apte à l'absorption des produits septiques. La plupart des insuccès sont dus à la septicémie. L'hémorrhagie est bien moins à craindre; aussi, voyons-nous Gusserow, Schrœder, recommander de fermer la plaie par des sutures. Kuster propose, dans le cas d'énucléation abdominale, de suturer les lèvres de la plaie à ceux de la plaie abdominale, et d'établir un drainage.

Dans quelques cas, l'énucléation est impossible; dans d'autres, les myomes ne sauraient être enlevés complètement, sans une lésion grave de l'utérus; l'hystérectomie supra-vaginale ou tout au moins une amputation partielle s'imposent et ajoutent un haut degré de gravité à l'opération. L'intégrité, le fonctionnement de la matrice ont été sacrifiés; et, trop souvent, ces sacrifices ont contribué à la mort des opérées.

Dans les myomes profondément enclavés dans le petit bassin, tous les efforts d'extraction peuvent échouer; et, dans ces cas où de pareilles difficultés sont prévues, la malade est presque vouée à la mort : bien peu de chirurgiens seront assez audacieux pour tenter l'opération.

Le succès de l'intervention s'acquiert donc au prix de grands dangers. Ces dangers varient avec le siège, le nombre, le volume des fibromes, et la nature de l'opération qu'ils réclament.

Les statistiques donnent les renseignements les plus précis :

La statistique de ces opérations se trouve relatée dans la thèse de Vautrin, 1886. Nous y puisons quelques résultats parmi ceux que nous mentionnons.

	Statistique de	Nombre.	Guéris.	Morts.	Proportion p. 100.
Myomectomie (myomes sous-séreux pédiculés).	Gusserow (1878). . . .	17	5	12	70,50
	Schwartz (1883). . . .	15	13	2	13
	Vautrin (1886).	32	26	8	25
	Schrœder (1886).	6	6	0.	
Énucléation (myomes interstitiels encapsulés).	Duncan (1885).				50
	Schrœder (1886). . . .	5	4		12
	Vautrin (1886).	23		15	65
Hystérectomie supra-vaginale (mortalité moyenne 35 à 46 p. 100).	Gusserow (1878 à 1885).	295	190	105	36,2
	Bigelow (1883-1884). .	229		94	41,04
	Küster	15		6	40
	Péan (1886).	14	8	6	42,8
	Schwartz.	77		33	42,8
	Spencer Wells. . . .	50	26	24	
	Vautrin.	82	44	38	46,3
	Schrœder.	35	(2e sér.)	7	10
Hystérectomie totale.	Bardenhauer.	7	6	1	
	Keith.	2	2		
	Polk.	1	1		

M. le docteur Estrada, en prenant la moyenne d'un grand nombre de statistiques, obtient la moyenne de 35,93 p. 100. Les meilleurs opérateurs, tels que M. Péan, 33 p. 100; M. Tillaux, 5 succès sur 6 opérations; Olshausslm, Schrœder, 33 à 35 p. 100, ont une proportion de mortalité trop élevée pour qu'il soit permis d'entreprendre une attaque directe sur l'utérus, sans un motif grave et pressant.

Il importe, cependant, de faire une réserve, de distinguer la gravité des diverses interventions. Il ne peut y avoir similitude de gravité entre l'extirpation simple du myome par énucléation, sans lésion de l'utérus proprement dit, et l'hystérectomie supra-vaginale. On ne peut également comparer la section du pédicule simple d'un fibrome sous-séreux et l'extraction d'un myome sessile.

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS OPÉRATOIRES. — Ces distinctions sont capitales. Elles dictent la conduite opératoire après une laparotomie exploratrice. L'opérateur peut entreprendre, avec grandes chances de succès, l'extirpation d'un myome sous-séreux pédiculé ou sessile. En présence d'un gros fibrome, dont l'extraction doit amener la large ouverture de la cavité utérine, l'extirpation partielle ou totale de la matrice, il lui est permis de renoncer à l'attaque directe, de pratiquer l'oophorectomie, si elle est possible, et d'attendre la production de troubles fonctionnels graves pour intervenir plus radicalement.

Le chirurgien ne doit procéder à des interventions si graves que la main forcée.

Les indications peuvent être résumées ainsi :

1° Une castration restée sans bons résultats, ou impossible à pratiquer, trop laborieuse;

2° Des phénomènes de compression, à marche aiguë ou à marche chronique;

3° Des accidents infectieux.

Dans ces conditions, l'hystérectomie partielle ou totale est la seule chance de salut. Il faut opérer ou se résigner à voir périr la malade.

VI

CONCLUSIONS

Les fibromes doivent être opérés dès les premières indications pressantes.

La voie vaginale est la voie de choix; la voie abdominale, celle de nécessité.

Les fibromes opérables par la voie vaginale sont ceux de petit et moyen volume, ne dépassant pas une tête de nouveau-né, par exemple.

La voie vaginale permet l'extraction simple du myome, *hystérotomie avec ou sans morcellement*, ou l'extirpation totale de l'utérus, *hystérectomie vaginale*.

Les fibromes au delà d'une tête de nouveau-né relèvent des méthodes abdominales.

L'opérateur doit chercher, avant tout, à sauver la malade. Trop rarement, il se trouvera dans la possibilité d'entreprendre une opération simple, telle que la section d'un pédicule peu large, ces fibromes ainsi pédiculés donnant rarement lieu à des accidents graves.

L'attaque directe du fibrome par l'abdomen est pleine de dangers : tous les opérateurs la jugent avec la même sévérité sans pouvoir la condamner complètement. Elle offre quelques indications spéciales, d'urgence; mais, il est plus rationnel de chercher à éviter qu'à améliorer les opérations d'un pronostic aussi grave que les amputations partielles ou totales de l'utérus par l'abdomen. Ces tentatives pourraient coûter trop de sacrifices humains.

L'incision d'abord exploratrice permettra de pratiquer la castration ou de juger cette opération impraticable, aussi dangereuse même qu'une extirpation du myome. Dans ce cas, dangers pour dangers, l'opérateur fera courir à sa malade ceux de l'amputation partielle ou totale de l'utérus.

Ces dernières opérations s'imposent par elles-mêmes dans des cas déterminés : urgence extrême créée par des hémorrhagies, des douleurs, par des phénomènes de compression, des accidents septicémiques, suppuration de kysto-fibromes en particulier.

Il existe enfin des fibromes trop volumineux, remplissant l'abdomen, compliqués d'ascite qui donnent lieu à des contre-indications formelles. Dans ce cas, le chirurgien s'abstiendra ou n'opérera qu'avec répugnance, sur le désir exprès de la malade. Dans le cours de l'opération, il pourra reconnaître toute la légitimité de ses appréhensions, en présence des difficultés et des dangers sans nombre créés par les adhérences, le volume de la masse à extraire.

Dans ces cas graves, au lieu d'assister inerte au développement de l'utérus fibromateux, il serait bon d'essayer de nouveaux traitements, et en particulier le traitement électro-galvanique, les cas de fibro-kystes, de fibromes avec ascite, de fibro-sarcome excepté.

Telle est la thérapeutique chirurgicale générale des fibromes. S'il nous était permis de dégager de cette Revue les idées générales, conductrices, nous montrerions comme capitales la nécessité de charger le pronostic des fibromes considérés trop souvent à tort comme de simples tumeurs bénignes et celle de leur extirpation prompte par le vagin.

Nous comprenons, en effet, toute la valeur clinique des paroles de M. Péan : « Quant à nous, dont l'expérience est déjà longue, après avoir vu ce que produisent de désordres, et ce que deviennent ces tumeurs, nous pensons que le chirurgien qui parviendrait dès le début, lorsqu'elles sont petites et peu nombreuses, à les enlever, sans faire courir de dangers, rendrait plus de services à l'humanité que tous ceux qui s'ingénient à perfectionner les méthodes opératoires qui leur sont applicables lorsqu'elles ont atteint un grand volume (1). »

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 octobre 1888. — Présidence de M. POLAILLON.

COMMUNICATIONS

Calculs vésicaux. — M. BERGER, à l'occasion des pièces présentées dans la dernière séance par M. Tillaux, communique l'observation d'un homme très âgé qui avait apparemment deux gros calculs et qui était très affaibli; il l'opéra par la taille sus-pubienne. La vessie ouverte, il trouva plusieurs cellules vésicales contenant une dizaine de calculs. L'opération a été très laborieuse; à la fin du second jour, il fut pris de néphrite aiguë et succomba. M. Berger appelle surtout l'attention sur la multiplicité des calculs dont la somme pesait 90 grammes. Chacun de ces calculs remplissait une loge prostatique. Dans ce cas, il eut recours au ballon de Petersen et se trouva très bien de l'emploi de ce moyen.

Amputation partielle ou totale de l'utérus. — M. VERNEUIL fait une communication sur l'amputation du col de l'utérus.

Aujourd'hui, dit M. Verneuil, deux opérations sont couramment pratiquées pour le traitement du cancer de l'utérus, l'hystérectomie totale vaginale et l'amputation partielle du col de l'utérus. La première, de date ancienne, a été réhabilitée dans ces dernières années grâce aux progrès réalisés par la méthode antiseptique. Elle donnait autrefois une énorme mortalité et était suivie de récidives désastreuses. En 1884, MM. Bœckel et Demons la remirent en honneur et, à ce moment, la Société de chirurgie avait été à peu près unanime à la condamner; depuis, vous avez changé d'avis.

La seconde opération, l'amputation partielle, était toujours inscrite au répertoire chirurgical, vous sembliez n'en plus tenir compte; elle était seulement soutenue par M. Polaillon et par moi-même. Dans un mémoire que je fis à cette époque et qui a été peu lu et encore moins cité, je protestai contre ce discrédit regrettable et publiai mes opérations, dont la première avait été pratiquée trente ans auparavant. J'y parlai également de l'hystérectomie totale, applicable aux cas où le corps de l'utérus se trouve envahi primitivement ou secondairement. Mais j'insistais plus particulièrement, dans ce travail, sur l'amputation partielle injustement délaissée aujourd'hui.

M. Verneuil entre ici dans le détail des faits; il a rassemblé, jusqu'en 1884, 17 cas de cancers utérins qu'il a opérés par l'amputation partielle et démontre qu'il a obtenu des survies importantes. Sur ces 17 cas, il a obtenu un total de trois cent vingt-six mois de survie, soit une moyenne de dix-neuf mois par opérée. Encore ne compte-t-il que deux ou trois ans de survie pour des opérées qu'il a perdues de vue après ce laps de temps et qui ont vécu beaucoup plus longtemps, ce qui charge sa statistique à son détriment. Voici un court résumé de plusieurs de ces observations : — premier cas : épithélioma, amputation du col; M. Verneuil laisse sciemment des parties atteintes par le cancer, prompte guérison opératoire, récidive, survie de seize mois; — deuxième cas : épithélioma bien caractérisé, opéré en septembre 1883 avec M. Siredey par le procédé de l'hémisection du col avec l'écraseur,

---

(1) Péan. *Clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Louis*, treizième leçon, t. V.

examen microscopique confirmant le diagnostic de cancer; en août 1888, cette malade se porte bien et ne présente pas de traces de récidive, cinq ans et deux mois après l'opération. Les compléments de plusieurs de ces observations, suivies depuis la publication du mémoire, permettent d'élever à trois cent quatre-vingt dix-sept le nombre de mois de survie pour la totalité des opérées, soit vingt-trois mois par opérée. Depuis 1884, M. Verneuil a pratiqué cinq fois l'amputation du col. Cette seconde série d'opérations confirme les conclusions tirées des dix-sept premières opérations; ces opérées sont encore toutes vivantes; le total des survies obtenues est de cent quarante-six mois, soit une moyenne de vingt-neuf mois pour chaque opérée. M. Verneuil résume ces dernières observations, indique les récidives qu'il a constatées, insiste sur l'absence totale d'accidents opératoires, sur la prompte guérison opératoire; puis il compare ces faits et ces résultats avec ceux de quatre hystérectomies totales vaginales qui ont été pratiquées en 1886, dans son service.

La première de ces extirpations totales de l'utérus a été pratiquée par M. Richelot, dont on connaît la compétence en pareille matière, sous les yeux de M. Verneuil : la malade est morte d'hémorrhagie secondaire. La seconde a été opérée par M. Bouilly dont l'habileté opératoire est bien connue : elle a eu une survie de cinq mois et est morte de récidive. La troisième n'a eu que six mois de suivie. Enfin, la quatrième a été rapidement atteinte de récidive; la tumeur récidivée a obstrué le rectum et obligé M. Verneuil à pratiquer un anus iliaque; elle a eu en outre les uretères pris, de la cystite du col, de l'albuminurie, et a succombé un an après l'opération. En additionnant les mois de survie chez ces quatre opérées, on arrive à une moyenne de cinq mois et demi de survie pour chaque opérée, au lieu de vingt-neuf mois qu'avaient donnés les amputations partielles.

M. Verneuil parle ensuite de l'amputation du col pour des affections non cancéreuses de l'utérus, allongements hypertrophiques du col, indurations, métrites hémorrhagiques, etc. Dans tous ces cas, il a toujours obtenu la guérison prompte et radicale des accidents. Il signale, en passant, la difficulté du diagnostic de l'épithélioma, au début, dans beaucoup de cas, et cite plusieurs exemples de métrites hémorrhagiques qui avaient été prises, au début, pour des affections cancéreuses.

En résumé, M. Verneuil tire de ces faits les conclusions suivantes : 1° l'hystérectomie partielle faite avec l'écraseur linéaire est une opération recommandable à plusieurs titres; 2° elle est indiquée dans le traitement des hypertrophies simples, des allongements hypertrophiques du col, de certaines métrites hémorrhagiques, de néoplasmes bénins ou malins; 3° la simplicité, la facilité et l'innocuité de cette opération la rendent accessible à tous les praticiens; 4° sa bénignité est assurée par l'emploi d'un procédé non sanglant; 5° d'une efficacité absolue dans les affections bénignes dont il vient d'être question, elle est d'une efficacité relative dans les néoplasmes malins; c'est donc une opération d'une incontestable utilité.

En publiant ces faits, M. Verneuil a plutôt pour but de défendre l'hystérectomie partielle que d'attaquer l'hystérectomie totale. Toutefois, le parallèle qu'il a pu établir entre ces deux opérations est tout en faveur de l'amputation partielle.

M. DESPRÉS rappelle que la question traitée par M. Verneuil s'est déjà plusieurs fois présentée devant la Société de chirurgie et, chaque fois il a déclaré qu'il considérait toutes les opérations, partielles ou totales, pratiquées contre le cancer de l'utérus comme des opérations inutiles. Si, à côté de la statistique des opérées, on faisait la statistique des cancéreuses non opérées, on verrait que chez les femmes jeunes, bien réglées, la marche du cancer utérin est très rapide, que chez les femmes plus âgées, elle est plus lente, qu'enfin, chez les femmes de soixante ans, la durée de la survie peut être de plusieurs années. M. Després fournit plusieurs exemples à l'appui de l'opinion qu'il soutient; certains cancers glandulaires ou végétants, dit-il, peuvent donner une survie de six à sept ans; mais c'est là une survie exceptionnelle. Il y a un autre fait dont il faut tenir grand compte dans les statistiqnes indiquant les guérisons plus ou moins durables du cancer, c'est celui des erreurs de diagnostic. Dans les cas de doute, il y a un moyen que préconise M. Després, c'est de cautériser l'ulcération; si c'est un cancer, la cautérisation déterminera une poussée très appréciable; si c'est une simple ulcération, les accidents diminueront sous l'influence de la cautérisation. La non-fétidité des pertes a aussi une grande valeur diagnostique en faveur d'une affection non cancéreuse. Or il est bien évident que l'on donne, comme guéries de cancers utérins, des malades qui n'étaient atteintes que d'une simple ulcération ou d'une métrite hémorrhagique. Le microscope lui-même ne donne pas toujours une certitude absolue, car il est sujet à erreurs. Si donc on comparait la survie des cancéreuses opérées par l'amputation partielle ou totale de l'utérus avec celle des cancéreuses non opérées, il est probable que la comparaison serait tout à l'avantage de ces dernières.

M. VERNEUIL répond à M. Després que la question du diagnostic l'a tout particulièrement préoccupé dans les faits dont il vient de parler. Il n'a pas manqué, dans chaque cas, de fournir les preuves à l'appui. M. Després, ajoute M. Verneuil, ne croit pas au microscope, moi j'y crois; c'est là une affaire de tempérament. Quant à l'opinion émise par M. Després sur la survie des malades non opérées, elle est difficile à accepter dans la pratique. Quand une femme se présente à moi avec un cancer manifeste de l'utérus, je ne puis lui demander d'attendre, pour être traitée, que la statistique ait prononcé sur la survie plus ou moins longue des malades abandonnées à elles-mêmes et sur la durée normale du cancer.

RAPPORT

M. POZZI fait un rapport sur trois communications adressées par M. Galvani (d'Athènes) : dans la première il s'agit d'un homme qui avait reçu, quatre ans auparavant, un coup sur la tête, à la suite duquel il a été pris d'attaques épileptiformes; il y avait une dépression marquée au niveau de la bosse pariétale gauche; M. Galvani fit la trépanation et, depuis, ce malade n'a eu qu'un seul accès épileptiforme. Toutefois, ajoute M. Pozzi, l'observation n'a pas été suivie assez longtemps pour affirmer la guérison définitive.

La seconde communication a trait à la suppression du drainage et à la réunion immédiate totale dans les diverses amputations. M. Galvani a eu recours à cette manière de faire dans les amputations du sein, de la jambe, de la cuisse, dans des ablations de tumeurs de l'aisselle, etc. Il s'est toujours appliqué à obtenir un exact affrontement des lambeaux et une asepsie parfaite. Il a toujours obtenu de bons résultats.

Enfin dans la troisième communication, il s'agit de quelques perfectionnements apportés par M. Galvani à la taille hypogastrique. Il emploie le ballon de Petersen, n'y injecte que 160 grammes de liquide, fait sur la vessie elle-même une incision aussi petite que possible, et fait le drainage avec un seul tube dont un des chefs ressort par une petite ouverture à la partie inférieure.

LECTURE

M. TACHARD lit un travail tendant à prouver que dans les coups de feu de l'oreille, suivis d'accidents de méningo-encéphalite, il n'y a pas lieu d'intervenir chirurgicalement.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours de l'internat des hôpitaux de Paris s'est ouvert aujourd'hui.

Le sujet de la question écrite a été la suivante : « Triangle de Scarpa; signes et diagnostic de l'étranglement herniaire. »

— Par décret, en date du 15 octobre 1888, ont été promus dans le corps de santé militaire pour prendre rang du 25 octobre 1888 :

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les

médecins aides-majors de deuxième classe Rioblanc, Munschina, Lalitte, Herr, Guibat, Galland, Marlier, Fargin, Mitry, Pettier, Lorin, Adriet, Rouffignac, Notin, Thirion, Gury, Dieu, Doublet, Feuillade, Bergasse, Jobert, Manoha, Douillet, Detom-Sorbé, Villiers, Cherpilet, Atvernhe, Sabatier, Cotte, Descubes, Foubert, Lairac, Sebillon, Langle, Guillabert, Delarocheaulion, Monphous, Aubin, Rocheblave, Courcenet, Dalphin, Dicquemare, Cot, Gilbert, Chevalier, Darbouet, Puig, Creton, Bourdin, Pélegry, Routier, Delahousse et Barudel;

Au grade de pharmacien aide-major de première classe. — MM. les pharmaciens aides-majors de deuxième classe Cuminet, Starck, Charaux, Rouffilange, Chirouse, Lafrogne et Dion.

Par décision ministérielle du même jour, ces médecins et ces pharmaciens sont maintenus dans leurs postes actuels.

— Un concours s'ouvrira le 1er avril 1889, devant la Faculté de médecine de Bordeaux, pour l'obtention d'un emploi de professeur suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École de médecine de Toulouse.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les travaux pratiques de physique, de chimie et d'histoire naturelle commenceront le lundi 5 novembre 1888. Ils auront lieu, pendant le premier semestre 1888-1889, aux jours et heures ci-après désignés :

1° *Physique.* — Mardi, jeudi, samedi, de quatre heures à six heures du soir, à la Faculté.

Les inscriptions seront reçues au laboratoire des travaux pratiques de physique (installé provisoirement à la Faculté), du lundi 22 octobre au samedi 10 novembre inclus, de neuf heures à onze heures du matin.

2° *Chimie.* — Mardi, jeudi, samedi, de huit heures à dix heures et demie du matin, à l'ancien collège Rollin (2, rue Vauquelin).

Les inscriptions seront reçues au laboratoire de M. Hanriot, chef des travaux (ancien collège Rollin), du lundi 22 octobre au samedi 10 novembre inclus, de neuf heures à onze heures du matin.

3° *Histoire naturelle.* — Lundi et jeudi (première série), mardi et vendredi (deuxième série) de neuf heures à onze heures du matin, à l'École pratique (15, rue de l'École-de-Médecine).

Les inscriptions seront reçues au laboratoire de M. Faguet, chef des travaux (École pratique, 15, rue de l'École-de-Médecine), aux jours indiqués ci-dessus pour la chimie, de neuf heures et demie à onze heures du matin.

Passé le 10 novembre, aucune inscription ne sera plus admise, à moins d'autorisation spéciale.

En recevant l'inscription des élèves, MM. les chefs des travaux remettront à chacun d'eux une carte d'entrée, sur présentation de la quittance à souche constatant le payement des droits.

Dans l'intérêt de leurs études, MM. les élèves sont invités à demander leur inscription le plus tôt possible. Ils sont prévenus de leur mise en série par MM. les chefs des travaux.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Jaccoud.

Lésions rénales et cérébrales d'origine syphilitique.

Dans ma dernière leçon (1), je vous ai fait l'histoire d'une malade entrée dans mon service mercredi dernier pour une hémiplégie des membres du côté droit et de la partie inférieure de la face avec aphasie, accidents dont elle avait été frappée dans la nuit du samedi au dimanche précédent, c'est-à-dire trois jours auparavant. J'ai surtout insisté sur les lésions de l'aorte et sur l'artérite généralisée d'origine syphilitique comme étant le point de départ de ces accidents.

Aujourd'hui, je veux entrer dans quelques détails sur les lésions rénales et cérébrales dont cette femme est atteinte, en commençant par la néphrite.

Celle-ci est elle-même une des déterminations de la syphilis et les deux points les plus importants à envisager se résument dans les propositions suivantes : 1° les lésions rénales d'origine syphilitique ne sont pas rares; 2° la syphilis peut frapper le rein à toutes les périodes et, si la syphilis rénale tardive est plus commune que la forme précoce, cette dernière n'en existe pas moins.

En effet, la syphilis rénale précoce ou primitive peut s'observer soit dès l'apparition de la roséole, soit un peu plus tard, c'est-à-dire dans la période des éruptions papulo-squameuses. Les deux premières observations de ce genre qui soient connues sont celles que j'ai recueillies autrefois à Lourcine.

Cliniquement cette forme précoce se présente sous deux aspects différents, ainsi : 1° le plus souvent elle ne donne lieu pendant longtemps qu'à une simple albuminurie plus ou moins intense, mais persistante, caractérisée seulement par la présence de l'albumine dans les urines. Cependant si on néglige de la traiter, elle amène, à un moment donné, des accidents plus complets de la néphrite albumineuse.

2° Dans d'autres cas, moins communs il est vrai, la maladie éclate d'emblée avec tous les symptômes aigus de la néphrite scarlatineuse : albuminurie, fièvre, douleurs lombaires, anasarque, œdème pulmonaire, etc.

Dans un cas, Burckmann a même vu des phénomènes urémiques survenir d'emblée, tant l'explosion avait été soudaine.

Dans l'un et l'autre cas, le diagnostic posé, quelle conduite faut-il tenir? Dans l'albuminurie du premier groupe, c'est-à-dire simple, isolée, il faut faire d'emblée le traitement mixte, non pas se contenter de donner l'iodure de potassium, qui seul n'aura aucune prise sur la maladie, mais lui associer le mercure. Alors non seulement on obtiendra une amélioration rapide, mais on arrivera à la disparition totale de l'albuminurie.

Si, au contraire, vous avez affaire à la néphrite aiguë éclatant d'emblée, il faut immédiatement aller au plus pressé, c'est-à-dire recourir aux drastiques et à la saignée elle-même, si cela est nécessaire, afin de parer aux dangers qui menacent le malade, et, une fois les accidents menaçants disparus, employer, comme plus haut, le traitement mixte.

J'ajoute que, dans cette forme aiguë d'emblée, le traitement mixte (sublimé d'une part, iodure de potassium d'autre part), même énergiquement employé, ne guérit la malade qu'après un temps très long. Dans une de nos observations, l'amélioration fut rapide mais la guérison ne fut complète qu'au bout de quatre ans, et encore, grâce à la docilité du malade qui se soumit, sans opposition, au régime lacté qui doit toujours être associé au traitement spécifique. Cet homme prenait chaque jour cinq litres de lait environ avec, de temps à autre, un peu de repos. Je puis dire, ayant quelquefois l'occasion de le revoir, que sa guérison ne s'est pas démentie.

Je dois faire observer encore que la syphilis rénale précoce peut donner lieu quelquefois à deux erreurs différentes :

1° Celle qui se présente sous la forme d'albuminurie simple est facilement méconnaissable et peut passer inaperçue si on ne la cherche pas, et alors le mal s'aggrave, le rein s'altère de plus en plus. Il faut donc chez tout syphilitique surveiller les urines, même à une période peu avancée de sa syphilis.

2° Dans celle qui se présente sous la forme aiguë d'emblée, si l'on ne cherche pas la syphilis, on diagnostiquera une néphrite albumineuse aiguë simple et non d'origine vénérienne. C'est là une erreur grave au point de vue du traitement.

Voilà pour la syphilis rénale précoce; quant à la forme

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 989.

tardive, elle est beaucoup plus commune et se présente ou dans la période de transition entre la période secondaire et la période tertiaire, ou dans cette dernière confirmée. Elle revêt plusieurs formes anatomiques, dont la plus commune est la dégénérescence amyloïde, trente-cinq fois sur quarante-deux cas, et la plus rare, la forme gommeuse ou granuleuse, sept fois sur quarante-deux. La première s'observe dans la phase de transition, la seconde dans la phase tertiaire confirmée.

Une fois la lésion constituée, l'origine de la maladie, qu'elle soit syphilitique ou autre, n'en modifie pas le pronostic, qui est toujours fort grave.

Il existe encore une autre manière d'être de la syphilis rénale — nous avons eu l'occasion de la constater ici même l'an dernier — elle consiste en ceci que la syphilis rénale tardive se complique tout d'un coup de lésions aiguës, diffuses, sur les vaisseaux, sur l'épithélium, sur le tissu interstitiel, en un mot la lésion est totale. C'est alors que les hématuries deviennent fréquentes et que la maladie prend une marche rapide.

Il est rare, en pareil cas, que les malades recouvrent leur état torpide antérieur ; il est fréquent, au contraire, de voir la mort terminer la scène, quoique cependant cette terminaison ne soit pas constante.

Ainsi, sur huit malades de ce genre, cités par Wagner, cinq succombèrent rapidement, et chez les trois autres l'évolution de la maladie permit le retour à la phase torpide antérieure.

Quant à la malade qui a fait le sujet de ma dernière leçon, elle ne me paraît pas actuellement menacée d'accidents aigus ; sa syphilis en est à la période tertiaire, mais sa néphrite revêt la forme torpide et je la crois moins accessible au traitement, du moins dans une certaine mesure.

Voilà pour les lésions rénales d'origine syphilitique ; j'arrive maintenant aux lésions cérébrales.

Chez cette femme, l'aphasie et l'hémiplégie datent de dix jours ; la paralysie motrice était totale et l'aphasie complète le dimanche et le lundi. Mais à l'arrivée à l'hôpital, les accidents avaient déjà subi une diminution, quelques mouvements étaient possibles dans les membres supérieur et inférieur droits.

Comme phénomènes associés, si on ne considérait que les membres étendus sur le lit, par exemple, il n'en existait pas, en apparence du moins, et la paralysie semblait être une hémiplégie flasque. Mais un examen plus approfondi montrait bientôt une exagération considérable du réflexe rotulien droit, un certain degré de trépidation du pied ; on provoquait aussi, par une excitation artificielle, de la contracture dans les membres paralysés, d'où il suit que la flaccidité n'était qu'apparente et non réelle.

Quant à l'aphasie, dès mercredi dernier, elle n'était plus totale non plus ; la malade commençait à parler ; depuis lors cette amélioration s'accentue de jour en jour. Mais de quelle nature cette aphasie est-elle ? Il n'y a pas de désordres intellectuels, pas de troubles psychiques, et l'intelligence est intacte. De plus, la malade entend les mots, donc l'audition est correcte ; elle comprend ce qu'on lui dit, donc pas de surdité verbale ; bref, elle a conservé les images auditives des mots, leur compréhension. Elle a aussi conservé les images visuelles des mots, c'est-à-dire la compréhension des mots vus comme elle a celle des mots entendus, puisqu'elle répond très bien par gestes à ce que je lui dis, donc elle n'a pas plus de cécité verbale que de surdité verbale.

Enfin elle n'a pas de paralysie de la langue ni des lèvres et, si elle ne peut pas parler, c'est parce qu'elle n'a pas les images motrices des mots, parce qu'elle a perdu la faculté de l'expression, de la projection verbale.

En un mot, elle réalise ce type de l'aphasie auquel j'ai donné le nom de *logoplégie*, c'est-à-dire de paralysie des discours, paralysie qu'on a appelée aussi à tort, car c'est une mauvaise expression, l'aphasie motrice.

L'amélioration dans son aphasie s'est produite d'une façon intéressante. En effet, à son arrivée à l'hôpital, dans les quelques mots qu'elle prononçait, on remarquait l'absence complète de substantifs, et ceux-ci n'ont commencé à reparaître — en petit nombre — qu'hier. Cette amélioration nous est une preuve de la guérison prochaine de l'aphasie et de l'hémiplégie droite.

Or quelle est la lésion qui corresponde à ces symptômes ? Une lésion vasculaire : soit une lésion des artères cérébrales malades comme l'aorte de par la syphilis, une artérite et, par suite, une thrombose ; soit, sans artérite, une embolie dont l'origine serait dans la lésion de l'aorte. Je pencherais volontiers pour une embolie, en raison de la soudaineté des accidents dans la nuit du samedi au dimanche. De plus je dois ajouter que ce n'est pas la première fois que ces accidents se produisent chez cette femme : déjà, l'an dernier, elle a eu une hémiplégie, soudaine également, mais du côté opposé, à gauche, par conséquent sans aphasie, celle-ci exigeant pour se produire que le foyer siège dans la circonvolution de Broca. Elle guérit en huit jours environ.

L'excitabilité, la facilité de produire la contracture, la trépidation et l'exagération du réflexe rotulien, nous montrent aussi qu'il s'agit, comme lésion, d'une oblitération de la sylvienne, probablement de nature embolique, et en voie de réparation.

HOPITAL NECKER. — M. Kirmisson.

Résection tibio-tarsienne.

Le malade auquel je vais pratiquer tout à l'heure une résection de l'articulation tibio-tarsienne est un homme de quarante ans, que je connais depuis cinq ans, ayant eu l'occasion de le soigner à cette époque pour la première fois, alors que je remplaçais, à l'hôpital Saint-Louis, M. Le Dentu.

Voici d'ailleurs, brièvement résumée, son histoire pathologique :

Au mois d'avril 1880, cet homme eut la face dorsale du pied droit et les deux tiers inférieurs de la jambe droite brûlés par un bain de zinc préparé pour la galvanoplastie. Transporté à l'hôpital Saint-Antoine dans le service de M. Benjamin Anger, il y resta longtemps, la cicatrisation ayant été très lente à se faire, comme cela a lieu dans les cas de brûlure profonde. Entre temps, il fit plusieurs séjours à l'asile de convalescence de Vincennes.

En 1883 — il y a par conséquent cinq ans — il entra à l'hôpital Saint-Louis chez M. Le Dentu, et c'est là que je le vis pour la première fois, venant avec une cicatrice qui avait entraîné une déviation considérable du pied, et rendait la marche extrêmement difficile. C'est encore cette déviation qu'il nous présente aujourd'hui. Elle est caracté-

risée par un certain degré d'extension de la jambe, avec abduction du pied en dehors très prononcée, ainsi qu'on le remarque à la suite de certaines fractures du péroné.

En 1883, j'essayai de redresser son pied par la ténotomie du tendon d'Achille, ténotomie que je dus faire à ciel ouvert, la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et la gaine des tendons se trouvant pour ainsi dire soudés les uns avec les autres. Malheureusement la cicatrisation ne se fit, malgré tous mes efforts, qu'avec une certaine rétraction, de sorte que je ne parvins qu'à corriger une partie de l'équinisme et à rendre la marche peut-être un peu moins difficile.

En 1885, je retrouvai mon malade dans le service de M. Périer, porteur d'une ulcération de sa cicatrice, au niveau de la partie inférieure et externe de la jambe. Il réclamait l'amputation de sa jambe, devenue pour lui une véritable infirmité. Il n'était pas possible d'accéder à sa demande, l'opération étant beaucoup trop considérable relativement à la lésion.

Depuis lors, à maintes reprises, il est allé dans les hôpitaux, passant d'un service hospitalier à l'asile de Vincennes, puis rentrant de nouveau à l'hôpital, puis à Vincennes encore, et ainsi de suite jusqu'au mois d'avril dernier où il est venu à Laënnec où je remplaçais M. Nicaise. Cet homme avait toujours son ulcération au-devant de la malléole externe.

A l'imitation de M. Poncet (de Lyon), je cherchai à pratiquer la greffe à distance, plaçant son genou dans une flexion très prononcée, de sorte que le mollet vînt au contact de la région postérieure de la cuisse sur laquelle je taillai un lambeau cutané destiné à s'appliquer sur l'ulcération.

Après avoir maintenu ainsi les parties en rapport pendant dix ou douze jours, je sectionnai la base de mon lambeau ; malheureusement la greffe n'avait pris qu'en partie, le reste s'étant sphacelé, et la plaie persiste encore.

J'ai donc fait, en somme, jusqu'à présent, deux opérations sur ce pauvre homme : 1° une ténotomie qui n'avait qu'une valeur restreinte ; 2° une opération de greffe à distance, laquelle n'a pas réussi.

Aujourd'hui, cet homme est venu à Necker me demandant à nouveau de l'amputer. Je ne crois pas devoir céder à ses désirs, mais il me paraît beaucoup plus rationnel de faire une résection tibio-tarsienne en lui enlevant 2 à 3 centimètres d'os.

Les trois résections que j'ai pratiquées cette année sont trois résections pathologiques, pour des arthrites fongueuses ou suppurées. Celle que je vais faire aujourd'hui en diffère donc complètement sous ce point de vue, puisqu'elle est en réalité une résection orthomorphique, anaplastique, et qu'elle a pour but, non pas de combattre un processus morbide, mais bien de guérir une déformation, en agissant sur des os sains.

J'ai donc en vue de redresser le pied par la suppression de 3 centimètres de longueur d'os environ, de sorte que le tendon d'Achille relâché ne soit plus un obstacle audit redressement. Par ce relâchement des parties molles, la résection me permettra de les rapprocher et, par suite, de favoriser la cicatrisation de la plaie ulcérée.

C'est la seconde tentative de ce genre que je suis amené à faire. La première a eu lieu sur une femme de trente-cinq ans, couturière, qui avait eu la face antérieure et inférieure de l'avant-bras très grièvement brûlée. Il en était résulté une bride cicatricielle très dense, très résistante, formant relief et maintenant la main dans une position extrêmement vicieuse, une véritable main « bote ». Quoique les doigts eussent conservé une certaine mobilité, ce n'en était pas moins, pour cette femme, une véritable infirmité.

Cette malade étant venue à l'hôpital Laënnec, j'ai tenté le redressement de sa main par une incision en H de sa bride cicatricielle, rabattant les deux volets et excisant tout le tissu fibreux cicatriciel. Arrivé là, le redressement de la main ne fut pas possible à cause d'un degré prononcé de raideur articulaire. Il fallait donc agir sur le squelette. Je m'y décidai en allant réséquer, au-dessus de leur articulation avec le poignet, les deux os de l'avant-bras, sur une longueur de 2 à 3 centimètres. J'ai pu ensuite redresser facilement la main de ma malade. Aujourd'hui la cicatrisation est complète, il me reste seulement à faciliter la consolidation des os qui commence à se faire. C'est pourquoi je vais immobiliser le membre de cette femme dans un appareil plâtré.

Les recherches que j'ai faites dans les auteurs, relativement à des tentatives analogues, m'ont donné jusqu'à présent quatre faits que voici :

1° Opération faite par un chirurgien polonais en 1880 : femme de cinquante ans ayant eu une fracture compliquée des deux jambes, résection sur une étendue de 5 centimètres des os de chaque jambe, guérison, consolidation.

2° Opération de Joseph Bayle, 1885 : difformité de l'avant-bras par cicatrice à la suite d'un érysipèle phlegmoneux ; impossibilité de se servir du membre ; résection de l'extrémité inférieure de l'humérus sur une longueur de 3 pouces, soit 10 centimètres, condyle compris ; guérison avec membre plus court, usages faciles du membre, conservation des mouvements de l'articulation du coude.

3° Observation de M. Martel (de Saint-Malo) 1885, communiquée à l'Académie de médecine (rapport de M. Polaillon) : fracture compliquée de la jambe avec perte de substance des parties molles et impossibilité de cicatrisation ; résection des deux os de la jambe sur une hauteur de 6 à 7 centimètres ; consolidation, guérison, marche facile avec un appareil destiné à compenser le raccourcissement du membre.

4° Observation de M. William Hamilton : petite fille de dix ans, jambe broyée dans un accident, plaie très étendue ; résection du péroné et du tibia sur une longueur de 2 pouces (6 à 7 centimètres), guérison et consolidation.

Voilà donc quatre cas qui se sont tous terminés très heureusement. Peut-être en existe-t-il d'autres dans la science — je parle, bien entendu, de résection d'os sains, d'une opération anaplastique.

Cette opération donne réellement des résultats satisfaisants, surtout lorsqu'elle ne comprend pas une trop grande longueur des os et restitue tout ou grande partie des fonctions à des membres qui étaient devenus inutiles.

DEUX CURES RADICALES DE HERNIE

Par M. R. Pichevin, interne des hôpitaux.

Nous avons eu la bonne fortune de tenter deux cures radicales de hernie, dans le mois d'août de cette année. La première opération a été faite dans l'unique but de débarrasser un homme d'une infirmité qui lui rendait la vie insupportable et le gênait considérablement dans son tra-

vail. La deuxième tentative n'a été que l'accessoire et le complément d'une kélotomie exceptionnellement facile. Ces deux observations présentent quelques particularités intéressantes.

Observation I. — *Hernie irréductible et douloureuse du gros intestin; adhérences de l'intestin au sac; impossibilité de la réduction; débridement du collet du sac; guérison.* — P. Cl..., 56 ans, concierge, entré le 13 juillet 1888 à la salle Gosselin n° 5. Homme de forte constitution, n'ayant aucun antécédent morbide, veut être débarrassé d'une hernie qui date de vingt ans, mais qui n'est douloureuse que depuis quelques mois. Le bandage déterminait des souffrances parfois vives, aussi l'a-t-il abandonné; mais il ne peut faire aucun effort et il est dans l'impossibilité de frotter ses escaliers.

État actuel. — Hernie inguinale gauche de la grosseur du poing et descendant jusqu'au fond du scrotum. Sonorité, expansion par la toux. Pas de masse épiploïque. Anneau peu large. Réductibilité partielle de l'intestin. Malgré toutes les manœuvres de réduction, il reste toujours hors du ventre une masse du volume d'un œuf. — Rien aux poumons, rien au cœur. Pas d'albumine, pas de sucre dans l'urine.

Le malade reste un mois en observation. Sa situation ne s'améliore pas. Il réclame un soulagement et désire une opération.

Opération le 8 août. Laxatif la veille, le matin lavement. Longue incision. Ouverture facile du sac qui ne contient que du gros intestin (pas d'appendice vermiforme). L'intestin est très adhérent à la partie postérieure et externe du sac sur une assez grande étendue. Nous sommes obligé de nous servir de ciseaux et du bistouri pour détacher l'intestin qui adhère jusqu'à la partie supérieure du sac. Hémorrhagie en nappe. Ce temps de l'opération est pénible. *L'intestin hernié est complètement libre d'adhérences* au niveau du sac et profondément. Des tractions sur les deux bouts de l'anse amènent au dehors de nouvelles portions du gros intestin. Impossibilité de faire rentrer l'extrémité de l'anse herniée. Des franges épiploïques très développées semblent mettre obstacle à la réduction. Après des tentatives répétées et variées, nous avons la certitude que l'intestin ne pourra pas franchir l'anneau, nous nous décidons à faire un léger débridement au niveau du collet. L'intestin entre immédiatement. Le sac séreux est isolé avec la plus grande facilité et sans perte de sang. Traction sur la séreuse à l'aide de deux pinces hémostatiques et décollement du péritoine aussi haut que possible, dans le canal inguinal. Ligature double et entrecroisée du sac séreux au ras de l'anneau inguinal. Section du sac, la ligature disparaît dans l'abdomen. Deux étages de sutures perdues avec du catgut. Les sutures plus élevées ont pour but de fermer aussi exactement que possible l'anneau inguinal. L'orifice externe est bouché par une épaisse couche de tissus. Quelques sutures au crin de Florence. A la partie déclive de la plaie, drain de 0,02 de longueur. Inutile de dire que les précautions antiseptiques ont été prises avant et, pendant l'opération. Poudre d'iodoforme sur la plaie, gaze iodoformée, ouate iodoformée, gros tampon d'ouate hydrophile et, par-dessus, spica compressif d'abord avec tarlatane et ensuite avec bande de caoutchouc. L'opération a duré une heure trois quarts. Bouillon, lait, extrait thébaïque.

Le soir 37 degrés, pas de douleurs.

9 août. Quelques coliques pendant la nuit, 37°6 le matin et 37°8 le soir. Dans la journée, quelques douleurs intestinales. Extrait thébaïque.

10. La nuit a été bonne. Coliques de temps en temps. Température, le matin 37°4. Bon état général, demande à manger, ce qui est refusé. Le soir 38°4. (Nous avons appris plus tard que le malade avait quitté son lit et était allé aux cabinets.)

11. Température 37°2. Bon état général. L'opéré s'est levé pendant la nuit et a eu de l'agitation. Ce matin, il a son sang-froid et dit ne pas se souvenir de ce qui s'est passé pendant la nuit. Premier pansement. Pas trace de suppuration. Drain enlevé. Même pansement. Dans la journée, garde-robe. Le soir 37°4.

12. La nuit a encore été agitée. Le malade s'est levé, en proie à des hallucinations. Cet homme, qui déclarait n'avoir jamais fait d'excès de boisson, est en réalité *très alcoolique*. Potion de Tood, extrait thébaïque. Le soir 38 degrés. A enlevé son pansement dans son délire.

A partir de ce moment, la température reste à 37 degrés. Le jour l'opéré est calme, mais la nuit il se lève (nous n'avons pas mis la camisole de force, parce que nous ignorions une partie de la vérité). Le sixième jour, la plaie est en excellent état. On enlève les points de suture. Au niveau d'un point superficiel, liquide séro-sanguinolent. Une suppuration légère et limitée s'établit le long de cette suture et disparaît au bout de quelques jours. La compression avec la bande de caoutchouc est continuée.

L'état général était excellent; la plaie cicatrisée entièrement le 18 août. L'agitation nocturne avait à peu près disparu, quand le 20 cet homme eut une attaque de delirium tremens. Pendant six jours, la crise nous a inspiré des inquiétudes.

L'opéré s'en va dans les premiers jours de septembre. Il est calme. Son intestin est parfaitement contenu, quand il est debout et quand il fait des efforts. Une solide cicatrice ferme le canal inguinal.

Au niveau du trajet inguinal, sur une assez large surface de la partie correspondante de la paroi abdominale et au niveau du pli de l'aine, les tissus sont résistants, tassés, et ne se laissent pas déprimer par la pression abdominale, comme cela a lieu de l'autre côté.

Le succès est complet, autant qu'on peut en juger aujourd'hui, deux mois après l'opération.

Les franges épiploïques hypertrophiées ont-elles empêché la réduction du gros intestin? Cela est fort possible. Dans tous les cas, elles constituaient un obstacle de plus au passage de l'intestin à travers une ouverture relativement étroite. Un léger débridement a permis de faire entrer immédiatement l'anse herniée. Nous avons regretté de n'avoir pas pratiqué plus tôt cette petite incision.

Obs. II. — *Étranglement interne dans un sac herniaire; kélotomie; tentative de cure radicale; mort, quatre heures après; congestion pulmonaire double; néphrite chronique; cirrhose du foie.* — Q... Marie, cuisinière, entre le 21 août 1888, à la salle Huguier. Cette femme avait, depuis une vingtaine d'années, une hernie inguinale droite facilement tolérée. Elle fut prise il y a quatre jours d'accidents graves. La hernie devint douloureuse, plus grosse que d'habitude. Impossibilité de rendre ni gaz ni matières fécales. Vomissements jaunâtres, très fétides, avant son admission à l'hôpital. Pendant trois jours, le médecin traitant a fait des manœuvres prolongées pour rentrer la hernie, sans employer le chloroforme.

État actuel. — Cette femme de cinquante-sept ans paraît en avoir soixante-dix. Altération des traits. Tumeur allongée ressemblant à première vue à une grosse hernie scrotale. Ecchymoses sur la tumeur et les parties molles voisines. La hernie descend dans la grande lèvre du côté droit et a une longueur de 12 centimètres environ sur 6 ou 7 de largeur. Le diagnostic s'impose : c'est une hernie inguinale droite étranglée et ne contenant probablement pas d'épiploon.

Opération. — Longue incision : tissu cellulaire légèrement infiltré de sang et de sérosité. Ouverture du sac à la partie supérieure; écoulement de liquide ascitique. L'intestin n'est pas étranglé au niveau de l'anneau inguinal; on peut introduire le doigt dans l'anneau. L'intestin sort facilement du ventre. La plus grande partie de l'intestin hernié est contenue dans une deuxième poche, lisse, séreuse, séparée de la supérieure par une cloison verticale de 2 centimètres de hauteur. A la partie la plus inférieure de la cloison, on trouve une ouverture à travers laquelle passe une anse intestinale. C'est à ce niveau que siège l'étranglement. Les bords de l'agent de l'étranglement sont tranchants, doués d'une résistance fibreuse. Section de cette cloison. Le contour de l'anse serrée est manifeste. La dépression circulaire pro-

duite sur l'intestin est accompagnée de produits inflammatoires de peu d'importance. Rougeur au voisinage de l'étranglement. L'intestin n'est pas en mauvais état, même au niveau de l'étranglement. Dans le sac pas d'épiploon. L'intestin rentre facilement. Décollement du sac séreux le plus haut possible. Traction sur la séreuse qui est liée au niveau de l'ouverture du canal inguinal. Ligature du sac avec deux catguts entrecroisés. Au-dessous, section du sac, le catgut disparaît dans l'abdomen. Capitonnage, deux étages de sutures perdues. Nous tâchons de fermer hermétiquement l'anneau inguinal externe. L'opération ne dure guère plus de vingt minutes. La malade opérée à l'amphithéâtre est rapportée dans la salle, en traversant une cour et des corridors. Bonne garde-robe. Trois heures après l'intervention, crise subite d'oppression, asphyxie, mort rapide.

Autopsie.—Quelques grammes d'ascite dans le petit bassin. Pas trace de péritonite. A 5 ou 6 centimètres l'un de l'autre, il existe deux anneaux inflammatoires autour de l'intestin. Le premier, peu marqué, consiste simplement en une ligne circulaire rougeâtre. Le second, qui était le lien de l'étranglement, présente une rougeur plus vive tout autour de l'intestin et les traces de l'exsudation constatée pendant l'opération. Entre ces deux anneaux, légères arborisations et quelques petites ecchymoses portant sur la séreuse et la musculeuse de l'intestin. Au niveau de l'insertion mésentérique de l'anse herniée, il existe une ecchymose assez marquée. L'ouverture de l'intestin démontre l'intégrité absolue de la muqueuse et du calibre intestinal. Immédiatement au-dessus du canal inguinal, nous retrouvons la portion de la séreuse que nous avions liée. Ce petit cul-de-sac péritonéal n'est pas adhérent à l'ouverture interne du canal inguinal. En suivant le ligament rond, on tombe sur cette ouverture qu'on reconnaît à une certaine dépressibilité à la pression; mais en appuyant le doigt avec force sur ce point on n'arrive pas à déprimer sensiblement les tissus. L'ouverture du canal est donc solidement fermée.

Rien aux organes génitaux. Rate normale. Foie nettement sclérosé, pesant 1190 grammes. *Reins atrophiés* : *Rein droit*, 90 grammes. *Rein gauche*, 95. La capsule s'enlève facilement. La glande, un peu dure, ne présente pas d'altérations appréciables à la vue. Légère surcharge graisseuse du cœur. Myocarde normal. Pas d'altérations valvulaires. Adhérences pleurales très marquées des deux côtés : il est très difficile d'enlever les poumons qui sont solidement fixés à la paroi thoracique. *Congestion extrêmement intense des deux poumons de haut en bas, en avant et en arrière.* Ecchymoses sous-pleurales. Un peu d'œdème pulmonaire. Pas d'embolie dans l'artère pulmonaire.

Dans ce cas, l'agent de l'étranglement n'était pas le collet du sac, mais bien cette cloison qui divisait le sac en deux parties. Cette ouverture de la cloison n'est-elle pas le premier collet d'un sac descendu et ayant entraîné hors de l'abdomen une certaine portion de péritoine qui formerait ainsi un deuxième sac superposé au premier? Ce serait donc un sac à deux collets : l'un, large, au niveau de l'anneau inguinal; l'autre, inférieur, qui serait l'agent de l'étranglement. La cloison fibreuse serait formée par l'adossement et la fusion des deux sacs superposés. Ou bien, faut-il voir là la persistance d'un état embryonnaire et des lésions analogues à celles que Ramonède a décrites dans le sac de la hernie inguinale congénitale chez l'homme? Le siège de l'étranglement fait comprendre l'insuccès des manœuvres répétées de taxis.

La mort foudroyante est certainement due à la congestion pulmonaire rendue peut-être plus grave par suite de la fixation des poumons au thorax. Il faut signaler le mauvais état du foie et des reins de cette femme, qui était non seulement vieille d'aspect, mais qui avait des organes importants altérés.

ANATOMIE

La masse de Teichmann.

Par M. le docteur Lejars, prosecteur à la Faculté.

Une injection très pénétrante, et qui se pratique « à froid », telle est la masse de Teichmann, dont M. le docteur Lejars expose la technique. C'est, en somme, un mastic fait de craie ou d'oxyde de zinc, d'une poudre colorée et d'huile de lin, délayée dans le sulfure de carbone ou dans l'éther, et qu'on pousse dans les vaisseaux avec une seringue à vis, la seringue de Teichmann. La gélatine nous fournissait déjà une bonne injection de recherche, mais la masse nouvelle vaut mieux, parce qu'elle supprime totalement l'emploi de la chaleur, par suite les mille causes d'insuccès de nos injections ordinaires, et qu'elle résiste à la dessiccation; de plus, elle se fait sous une pression intense et prolongée, qui permet de remplir en entier les réseaux vasculaires. C'est surtout aux injections fines qu'elle semble se prêter, et elle rendra, croyons-nous, en anatomie comparée, de réels services. Du reste, ses preuves ne sont plus à faire, et, pour se convaincre de ce qu'elle peut donner, il suffit, écrit M. le docteur Lejars, d'avoir vu les magnifiques injections des musées anatomiques de Vienne, de Prague et de Cracovie.

SOUSCRIPTION

EN FAVEUR DE LA VEUVE D'UN CONFRÈRE

DIXIÈME LISTE

MM. les docteurs Duvernoy (de Belfort)	100 fr.
— Magnin (de Paris)	10
— Meuriot (de Passy)	20
— Vidal, médecin des hôpitaux de Paris	20
Anonyme (Seine-et-Oise)	5
Neuvième liste	4997
Total	5152 fr.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La lecture des copies du concours de l'internat commencera le mercredi 24 octobre, à quatre heures, dans l'amphithéâtre de l'Assistance publique.

Le jury est définitivement composé de : MM. Labric, d'Heilly, du Castel, Brun, Peyrot, Segond et Auvard.

— L'ouverture du concours de l'externat aura lieu lundi 22 octobre, à quatre heures et demie.

Le jury est définitivement composé de : MM. Barié, Comby, Marie, Netter, Tuffier, Picqué et Champetier de Ribes.

— Les jurys des concours de la médaille d'or sont provisoirement composés comme suit :

Médecine. — MM. Siredey, Guyot, Mauriac, Roques et Chaput.

Chirurgie. — MM. Terrier, Le Dentu, Verneuil, Ribemont-Dessaignes et Talamon.

— Par décret, en date du 15 octobre 1888, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Oulié, Loppé, Tostivint, Durel, Merley, Désir de Fortunet, Enjalran, Dauvergne, Mouchet et Goffart.

— Par décret, en date du 16 octobre 1888, M. Hahn, médecin de première classe de la marine, chef de cabinet du résident

général au Cambodge, a été nommé résident de première classe, hors cadre, au Cambodge.

— Par décret, en date du 18 octobre 1888, a été nommé dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin principal. — M. Rochefort, médecin principal de la marine en retraite.

— Par décret, en date du 18 octobre 1888, ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Haussmann, Rossi, Cadeillan, Danson, Bayoux, Œttinger, Lancry, Dupain, Boureau, Durey-Cointe, Lauth, Dalché de la Rive de Desplanels, Thierry, Poupinel et Bex.

— Par décret, en date du 20 octobre 1888, a été nommé dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Manin, médecin auxiliaire de deuxième classe, docteur en médecine.

— Par décision ministérielle, en date du 16 octobre 1888, les médecins-majors de deuxième classe, dont les noms suivent, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir :

MM. Chenu, pour le dépôt du 16e d'infanterie ; Chenet, pour le 3e spahis ; Delatour, pour la poudrerie du Bouchet ; Augiéras, pour le 38e d'infanterie ; et Descargues, pour le 91e d'infanterie.

— Par décision ministérielle, en date du 17 octobre 1888, M. le médecin-major de première classe Richard, professeur agrégé au Val-de-Grâce, a été désigné pour remplir les fonctions de membre de la section technique du service de santé.

— Un concours pour un emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques à l'École de médecine de Toulouse sera ouvert à cette école, le 15 avril 1889, à dix heures du matin.

Le chef des travaux anatomiques et physiologiques est nommé pour neuf ans et reçoit un traitement annuel de 2000 francs.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le personnel des travaux pratiques est composé comme suit, pendant l'année scolaire 1888-1889 :

Physique. — M. Weiss, chargé des fonctions de chef des travaux ; MM. Sandoz et Mergier, préparateurs.

Chimie. — M. Hanriot, chef des travaux ; M. Monange, préparateur ; MM. de Thierry, Groslous et Bouveault, préparateurs adjoints.

Histoire naturelle. — M. Faguet, chef des travaux ; MM. Berger, Blondel et Artaud, préparateurs.

Physiologie. — M. Laborde, chef des travaux ; MM. Gley et Rondeau, préparateurs ; MM. Langlois et Héricourt, préparateurs adjoints.

Anatomie pathologique. — M. Brault, chef des travaux ; MM. Chantemesse et Toupet, préparateurs ; MM. Widal, Marfan, Guinon, Nicole et Parmentier, moniteurs.

— MM. Delbet et Potherat sont nommés prosecteurs à la Faculté de médecine de Paris, pour une période de quatre ans, à partir du 1er octobre 1888, en remplacement de MM. Barette et Cuffier.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Bimar, agrégé libre, est rappelé à l'exercice.

M. Imbert, agrégé, est attaché en cette qualité à la Faculté de médecine de Montpellier.

M. Imbert (Jacques-Armand-Léon) est nommé aide d'anatomie, en remplacement de M. Castan, dont le temps d'exercice est expiré.

M. Blaise, agrégé, est nommé chef des travaux d'anatomie pathologique et, en outre, chargé du cours complémentaire d'histologie, en remplacement de M. Carrier, dont la délégation est expirée.

M. le docteur Estor est nommé chef de clinique chirurgicale en remplacement de M. Saussal, dont le temps d'exercice est expiré.

M. le docteur Diffre est nommé chef de clinique obstétricale, en remplacement de M. Guenier, dont le temps d'exercice est expiré.

— *École de médecine de Caen.* — M. le docteur Guillet est nommé chef des travaux anatomiques et physiologiques.

— *École de médecine de Grenoble.* — M. Labattut est chargé d'un cours de chimie et toxicologie, pendant la durée du congé accordé à M. Raoult.

— *École de médecine de Tours.* — M. Révol, chef des travaux anatomiques de physiologie, est chargé, en outre, des fonctions de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

— M. le docteur Guibert, médecin suppléant au lycée de Saint-Brieuc, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. le docteur Leuduger-Fortmorel, dont la démission est acceptée.

M. le docteur Bellamy, est nommé médecin adjoint au lycée de Saint-Brieuc, en remplacement de M. le docteur Guibert, nommé titulaire.

— M. le docteur Lafargue, qui remplissait depuis quarante ans les fonctions de médecin légiste à Bordeaux, a remis officiellement, jeudi dernier, sa démission entre les mains du procureur général et du procureur de la République.

— M. Bischoffsheim vient de mettre à la disposition du ministre de l'instruction publique une somme de 5 000 francs, pour être distribuée en un ou plusieurs prix destinés à récompenser les meilleurs travaux relatifs à l'établissement des jeux gymnastiques, notamment dans les établissements d'enseignement primaire. Parmi les membres de la commission chargée de fixer les conditions de ce concours, nous relevons les noms suivants :

MM. Brouardel, Marey (de l'Institut), François-Franck (de l'Académie de médecine) et le docteur Lagrange.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Ladevèse (de Saint-Galmier).

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur Charcot commencera le cours de clinique des maladies mentales le mardi 23 octobre, à l'hospice de la Salpêtrière, et le continuera les mardis suivants, à la même heure. — Examen des malades le vendredi, à dater du 26.

M. le professeur Ball commencera le cours de clinique des maladie mentales, le dimanche 11 novembre 1888, à dix heures du matin, à l'asile Sainte-Anne, et le continuera les jeudis et dimanches suivants à la même heure.

M. le professeur Panas commencera le cours de clinique ophthalmologique, le lundi 12 novembre 1888, à neuf heures du matin, à l'Hôtel-Dieu, et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure. Clinique et opérations à dix heures ; — exercices ophthalmologiques tous les mercredis.

M. Bouilly, agrégé, suppléant M. le professeur Lannelongue, commencera le cours de pathologie chirurgicale, le lundi 12 novembre 1888, à trois heures, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

— M. le docteur Descroizilles commencera, à l'hôpital des Enfants-Malades, des conférences de pathologie et de clinique enfantiles, le vendredi 26 octobre, à neuf heures, et les continuera les vendredis suivants à la même heure. — Visite et examen des malades, salle Henri-Roger. Consultation, le mardi, à neuf heures et demie.

— M. le docteur Moricourt, ancien interne des hôpitaux, reprendra ses conférences cliniques sur le traitement des maladies nerveuses par la métallothérapie, le dimanche 28 octobre, à neuf heures, 9, rue de Chanaleilles et les continuera les dimanches suivants, à la même heure.

— M. le docteur Latteux, chef du laboratoire de clinique chirurgicale, montrera tous les mercredis à huit heures et demie du matin, à l'hôpital de la Charité, les préparations histologiques relatives aux opérations faites dans le service de M. Segond. — A cet effet, les microscopes seront disposés dans la pièce précédant la salle des hommes.

— *Faculté des sciences de Paris.* — Les cours du premier semestre de l'année scolaire 1888-1889 s'ouvriront le lundi 5 novembre 1888, à la Sorbonne. Ils auront lieu dans l'ordre suivant :

M. Bouty, professeur, ouvrira le cours de physique le mardi 6 novembre, à une heure et demie, et le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure. — Il traitera de la thermodynamique, du magnétisme et de l'électro-magnétisme. Des manipulations et des conférences, qui sont dirigées pendant toute l'année par le professeur, commenceront dans la seconde quinzaine de novembre.

M. Troost, professeur, ouvrira le cours de chimie le lundi 5 novembre, à une heure, et le continuera les lundis et jeudis suivants à la même heure. Ce cours aura lieu rue Michelet, n° 3. — Le professeur exposera les lois générales de la chimie et les principes de la thermochimie ; il fera l'histoire des métalloïdes et de leurs principales combinaisons. Des manipulations, qui sont dirigées pendant toute l'année par le professeur, commenceront pendant la seconde quinzaine de novembre.

M. Yves Delage, professeur, ouvrira le cours de zoologie, d'anatomie et de physiologie comparées, le mardi 6 novembre, à trois heures et demie, et le continuera les samedis et les mardis suivants à la même heure. — Il étudiera les mollusques, les échinodermes, les cœlentérés et les protozoaires.

M. Dastre, professeur, ouvrira le cours de physiologie le lundi 5 novembre, à trois heures et demie, et le continuera les mardis et les lundis suivants à la même heure. Ce cours aura lieu rue de l'Estrapade, n° 18. — Le professeur traitera au point de vue expérimental des fonctions de circulation et de respiration. Les expériences qui ne trouveront point place dans la leçon seront reproduites dans une conférence pratique le jeudi.

M. Riban, maître de conférences, chargé de cours, ouvrira le cours de chimie analytique le lundi 5 novembre, à trois heures, et le continuera les lundis suivants à la même heure. Ce cours aura lieu rue Michelet, n° 3. — Le professeur traitera de l'analyse quantitative.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant, ci-après, la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 123. — JEUDI 25 OCTOBRE 1888. 61e ANNÉE. JEUDI 25 OCTOBRE 1888. — N° 123.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La plus grande partie de la séance a été occupée par la lecture de deux rapports : le rapport général sur la vaccine, par M. Hervieux, et un rapport de M. Vidal, sur le prix Daudet. Les conclusions ont été lues en comité secret. Nous signalerons aussi une lecture de M. Ollivier, sur la contagiosité de la vulvo-vaginite des petites filles, et une intéressante présentation de M. Guéniot, tant au point de vue anatomique qu'au point de vue clinique et médico-légal.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Trélat.

Épithélioma de la langue, du pilier et de l'amygdale.

Le malade que je vais opérer dans quelques instants est un homme de quarante-sept ans, très fort, vigoureux, atteint — sans que cela puisse faire pour moi le moindre doute — d'un épithélioma du bord gauche de la langue, épithélioma ayant envahi la partie la plus voisine du pilier du même côté, ainsi que la région amygdalienne.

Chez cet homme, la maladie a débuté il y a huit mois environ, ou mieux, c'est il y a huit mois qu'il s'en est aperçu pour la première fois, et qu'il a commencé à éprouver des douleurs assez vives dans l'oreille gauche. Mais la tumeur est, bien entendu, antérieure à ces douleurs. Celles-ci ont été assez rapidement en augmentant, puis la déglutition est devenue difficile. Enfin, le mal faisant des progrès, notre malade est allé consulter un médecin qui tout d'abord a cautérisé ce qu'il a pris pour une verrue. Les douleurs, loin de se calmer, sont devenues plus vives. Le médecin en question a fait alors l'excision de la prétendue verrue. Non seulement aucune amélioration ne s'est produite — ce qui devait être — mais une poussée ganglionnaire en a été immédiatement la suite.

C'est dans ces conditions que cet homme est entré dans mon service, c'est-à-dire avec une adénite située au niveau de l'angle de la mâchoire, avec des douleurs assez vives, une ulcération située sur le bord de la langue, dans la région postérieure de cet organe, atteignant le pilier du même côté et le dépassant même jusque dans la loge amygdalienne. Cette ulcération s'accompagne d'induration sous-jacente.

Il y a un an, à peu près jour pour jour, je faisais une leçon sur un cas tout à fait semblable à celui de mon malade d'aujourd'hui, et je concluais à l'inutilité d'une opération, m'appuyant, pour parler ainsi, sur des observations antérieures, sur des faits d'épithélioma lingual *reculé*, c'est-à-dire dont le siège se trouvait reporté jusqu'à l'isthme du gosier. Ces faits ont trait à treize malades opérés sur lesquels quatre avaient rapidement succombé, soit une mortalité de 30,5 p. 100. Or, j'avais été frappé de la façon dont ces quatre morts avaient eu lieu pendant les deux années scolaires consécutives 1885-1886 et 1886-1887 : l'un succombait, tandis qu'on le reportait dans son lit aussitôt après l'opération; le second mourait, le troisième jour après l'opération, d'une syncope en faisant un mouvement dans son lit; un autre, le troisième jour également, et le quatrième avait succombé dans le collapsus, le jour même aussi de l'opération; de telle sorte, en résumé, que deux étaient morts tout de suite après l'opération et les deux autres, le troisième jour, succombant à une syncope ou à une asphyxie très rapide.

Si l'on compare cette mortalité aux faits connus et observés par d'autres chirurgiens, on voit que ce n'est pas ordinairement ainsi que les choses se passent, les opérés ne succombent pas avec cette rapidité, sauf dans le cas d'hémorrhagie. La mort survient ordinairement à la suite d'un phlegmon étendu du médiastin, par septicémie générale, ou pneumonie septique.

Quoi qu'il en soit, que les malades meurent par collapsus nerveux ou par pneumonie septique, il est certain que le pronostic est redoutable, puisque, d'une statistique de M. Polaillon, il résulte que la mortalité immédiate serait de 42 p. 100 ou 2 sur 5, et que mes observations me donnent une mortalité de 30,5 p. 100 soit 2 sur 6.

L'opération de ces épithéliomas des parties reculées de la langue est donc réellement grave en soi, elle est grave en raison des chances de mort que courent les malades, soit immédiatement après l'opération, soit pendant celle-ci par hémorrhagie, soit aussi un peu plus tard par phlegmon, par complications septiques de la plaie et par pneumonie septique.

Je dois ajouter encore que, si l'opération elle-même est grave, les 60 ou les 70 p. 100 qui échappent à ses dangers

sont loin de pouvoir être considérés comme des sujets guéris, car ils sont exposés à une récidive plus ou moins immédiate, c'est-à-dire pour la plupart dans les deux, trois, quatre ou cinq mois qui suivent, rarement après un an. Cependant, j'ai vu ces jours-ci un malade que j'ai opéré l'année dernière — il y a plus d'un an — et qui est encore aujourd'hui dans un excellent état, sans aucune trace de récidive, sans aucun engorgement ganglionnaire.

Aussi, dirai-je, en résumé, que, dans les cas d'épithélioma *reculé* de la langue, les dangers sont tels, soit pendant, soit après l'opération, que celle-ci ne doit généralement pas être tentée. Mais alors, me demanderez-vous, pourquoi donc intervenir chez le malade d'aujourd'hui? Parce que, en chirurgie, il ne faut dire ni *jamais*, ni *toujours*. Je m'explique : nous sommes en présence aujourd'hui d'un homme vigoureux, qui ne se considère pas comme malade, mais qui souffre beaucoup et qui supplie qu'on l'opère, car il a l'espoir de guérir. Je me suis efforcé de l'en détourner, peine perdue. Enfin, comme d'après le cas que je viens de vous rapporter en dernier lieu, nous avons peut-être encore quelque chance d'une survie plus longue que d'habitude, je me suis décidé, mais je le répète, sans aucun enthousiasme, vu les dangers opératoires ou post-opératoires.

Je ne parlerai guère du procédé à suivre dans l'opération que je vais tenter; je me bornerai à dire que, si l'opération n'est pas nouvelle, sa technique, cependant, n'est pas encore très assurée. Les chirurgiens ont modifié le procédé opératoire suivant les cas, suivant le siège de la lésion et son état plus ou moins avancé. On a ainsi opéré plus ou moins haut du côté du pharynx ou plus ou moins bas du côté du larynx, mais toujours dans le but de se donner le plus de jour possible.

En Allemagne, on fait généralement une incision s'étendant depuis l'angle de la mâchoire jusqu'en avant des insertions massétérines en descendant plus ou moins bas sur le cou. Ce procédé offre l'avantage d'avoir tout sur le même plan.

D'autres chirurgiens font une incision verticale n'ayant pas moins de 8 à 9 centimètres, comparable à celle que réclame la ligature de la carotide externe. C'est aussi cette incision que je préfère généralement en y ajoutant une autre incision, parallèle au bord du maxillaire inférieur.

De plus, en raison des dangers toujours à redouter de quelque hémorrhagie grave, les chirurgiens sont divisés sur la manière de procéder pour les prévenir : les uns attendent de voir les vaisseaux ouverts pour les lier, c'est-à-dire les artères linguale, faciale et souvent aussi la thyroïdienne supérieure. Les autres, au contraire, au nombre desquels je suis ainsi que M. Polaillon, pratiquent systématiquement, dès les premiers temps de l'opération, la ligature de la carotide externe.

J'ajoute que, en ce qui concerne le maxillaire inférieur, les uns se bornent à sectionner l'os et à opérer dans l'écartement des fragments qu'ils rapprochent ensuite. D'autres, et je suis de ceux-là, ne résèquent pas la mâchoire et la relèvent fortement. Cependant, je dois dire que cela n'est pas toujours possible, et qu'il faut quelquefois faire la résection du maxillaire. Chez le malade que je vais opérer tout à l'heure, la résection sera également nécessaire en raison de l'envahissement du pilier et de l'amygdale par le néoplasme.

Outre la ligature des vaisseaux et la résection osseuse, il est indispensable de veiller avec le plus grand soin aux ganglions lymphatiques, dont l'existence est à peu près constante et l'ablation nécessaire.

Chez mon malade d'aujourd'hui, ces ganglions sont très volumineux; chez lui leur enlèvement constituera le premier temps de l'opération et nous devrons aussi procéder à l'extirpation de la glande sous-maxillaire.

Je ne dois pas oublier de vous parler de la trachéotomie préventive que certains chirurgiens considèrent comme indispensable, tandis que d'autres la regardent comme inutile, et qu'un troisième groupe l'envisage comme pouvant être utile dans certains cas, notamment, par exemple, lorsque l'opération doit descendre assez bas vers le larynx. Cependant, lorsque le mal existe sur le larynx et l'isthme du gosier, elle n'est pas indispensable, mais elle peut devenir ultérieurement nécessaire.

HOPITAL NECKER. — M. Rendu.

Aortite chronique.

Le malade dont je vous entretiendrai aujourd'hui est un homme de quarante-deux ans, vigoureux, très sobre, nullement alcoolique et qui n'a jamais eu la syphilis. Il exerce la profession de menuisier. Jusqu'à l'âge de trente-neuf ans, il avait toujours été bien portant, lorsqu'un jour, — il y a de cela trois ans — en faisant un violent effort pour soulever une poutre, il ressentit une douleur vive dans la région rétro-sternale. Le lendemain et pendant plusieurs jours de suite il cracha du sang, dont nous ignorons l'origine aortique ou pulmonaire.

A la suite de cet accident, il resta chez lui à se soigner, ne put pas reprendre son travail et, la douleur et la gêne respiratoire persistant, il se décida à aller à l'hôpital de la Charité, où l'on diagnostiqua une aortite aiguë résultant probablement de la déchirure de quelque valvule sigmoïde. Il y fut traité par les révulsifs : ventouses, vésicatoires, pointes de feu et au bout de quatre mois, se trouvant très notablement soulagé, il rentra chez lui. Mais, trois mois plus tard, il alla à Laënnec pour des accès d'angine de poitrine, en sortit au bout de quelque temps pour y rentrer peu après et y passer encore trois nouveaux mois. Dans cette période, il fut traité par l'application d'un cautère sur la région thoracique et par l'administration, à l'intérieur, de l'iodure de potassium à haute dose, ce dont il éprouva un bénéfice réel.

Bref, d'hôpital en hôpital, il en est aujourd'hui avec un état chronique, avec des lésions colossales, ne lui laissant que des accalmies relatives et momentanées.

Son aspect extérieur est celui des aortiques : pâleur mate, teint plombé de l'anémie cérébrale, pas d'œdème, mais maigreur et sécheresse; soulèvement énorme de la partie antérieure de la poitrine à chaque battement du cœur, thorax soulevé en masse avec mouvement pulsatile de la base du cou. La main appliquée sur les deux ou trois premiers espaces intercostaux à droite et à gauche sent une vibration énorme correspondant à la diastole, un frémissement costaire double, mais moins prononcé dans la systole que dans la diastole. C'est là un phénomène qui n'est pas ordinaire. Percussion : matité aortique dépassant de trois travers de doigt le bord droit du sternum au niveau du deuxième espace intercostal, matité débordant aussi dans

le premier espace. La crosse de l'aorte est très dilatée dans sa portion ascendante, ainsi que dans sa portion transversale, car le doigt appliqué au niveau de la fourchette sternale est fortement repoussé par le choc d'un gros vaisseau qui la déborde de 2 centimètres au moins.

Enfin, cette dilatation énorme de la crosse de l'aorte nous est encore confirmée par l'auscultation. On entend, en effet, deux bruits anomaux : 1° un souffle systolique doux ayant son maximum dans le deuxième espace intercostal droit; 2° un souffle diastolique très rude, musical, à timbre grave et si intense, qu'on l'entend à 2 ou 3 centimètres de distance du sternum. Ce second souffle a son maximum dans le deuxième espace intercostal droit et à la partie antérieure du sternum et va en diminuant au fur et à mesure qu'on se rapproche du côté gauche et de l'orifice aortique. L'auscultation dans le dos permet encore de le percevoir. Bref, l'aorte est dilatée et tapissée par des rugosités et des plaques calcaires.

Le cœur est volumineux; sa pointe bat au niveau de la sixième côte; le choc ventriculaire est assez fort, les bruits sont sourds, masqués par la propagation du souffle aortique; la matité cardiaque occupe une surface plus considérable que celle d'un cœur normal, d'où hypertrophie cardiaque. Le cœur se contracte encore très bien, sans défaillance; il n'y a pas de lésions valvulaires.

Mais toutes les artères périphériques, celles qui émergent de la crosse de l'aorte, sont dilatées, notamment les carotides, qui sont grosses comme le petit doigt et dont les battements s'aperçoivent très distinctement. Il en est de même des sous-clavières qui, de plus, sont situées à un niveau plus élevé que d'habitude, au-dessus de la clavicule, par suite de l'élévation même de la crosse de l'aorte. Les artères humérales sont dures, athéromateuses; le pouls est bondissant dans les radiales droite et gauche, avec détente brusque de l'insuffisance aortique; enfin, les fémorales sont dures et vibrantes.

En résumé, donc : aorte très volumineuse, artères périphériques très dilatées, cœur hypertrophié sans lésions.

De plus, les phénomènes stéthoscopiques de l'aorte s'expliquent : le premier bruit par des athéromes, le second par une insuffisance valvulaire résultant de la dilatation excessive de l'orifice aortique et par quelque fragment écailleux détaché en partie de la paroi du vaisseau et flottant, par suite, mis constamment en mouvement par l'ondée sanguine.

Quant aux symptômes fonctionnels, ils sont de trois ordres chez notre malade : cardiaques, aortiques et cérébraux.

Les phénomènes cardiaques sont d'ordre banal : dyspnée, palpitations au moindre mouvement, souvent violentes, difficulté réelle de se coucher à plat dans le lit.

Les phénomènes aortiques sont, comme dans l'aortite aiguë, une douleur fixe rétro-sternale, des accès d'angoisse, moindres cependant que dans l'aortite aiguë, une douleur irradiant dans l'épaule et le bras, douleur de l'angine de poitrine.

Les phénomènes cérébraux sont : étourdissement, vertiges, incertitude des plus pénibles dans la marche, bourdonnements d'oreille, céphalées avec exacerbations, nausées de temps en temps, etc., tous symptômes d'anémie cérébrale qui tiennent aux brusques variations de la pression sanguine, résultant du défaut d'élasticité de l'aorte.

Par contre, la compression des organes thoraciques est fort peu considérable; ainsi la veine cave supérieure est très peu comprimée, car on ne constate ni vascularisation anomale, ni stade sanguine; en tous cas, si la circulation s'y trouve un peu gênée, cette gêne peut être contrebalancée par la suppléance d'autres vaisseaux et notamment des veines azygos. De même, nous ne trouvons chez cet homme aucun phénomène de compression nerveuse, du moins ni tachycardie, ni arythmie. Cependant, nous observons un phénomène caractéristique chez notre malade, je veux parler d'un myosis des deux yeux, comme chez les ataxiques, de l'état punctiforme des pupilles en rapport avec celui de l'aorte, phénomène qui n'est autre qu'un trouble réflexe partant de l'aorte et allant retentir sur le centre spinal.

En résumé, notre malade nous offre un tableau complet de cette dilatation de l'aorte à laquelle on donnait autrefois le nom d'anévrysme diffus total de l'aorte, tableau de l'aortite chronique, affection qui entraîne la maladie générale de tout le système artériel.

A quels accidents possibles cet homme est-il exposé? Ces accidents sont très nombreux, par exemple : dépôt de thrombus fibrineux autour du corps flottant dans l'aorte et oblitération artérielle consécutive; embolie cérébrale, accès d'angine de poitrine; accès d'asthme avec congestion pulmonaire et hémoptysies, etc., etc.

Par contre, la dilatation du vaisseau aortique étant uniforme, nous avons moins de chances de rupture des parois de l'aorte que dans le cas d'anévrysme vrai; mais d'autre part, nous pouvons redouter la mort subite par syncope et aussi par cachexie cardiaque.

Bref, de tout ce que nous venons de dire, il résulte, sans conteste aucun, que le pronostic est fort grave.

Quant au traitement, il a malheureusement peu de chance de réussite, peu d'efficacité en raison même de la chronicité de la lésion, car les révulsifs et l'iodure de potassium ont eu peu de prise. J'ai essayé l'iodure et le bromure à petites doses, ainsi que la morphine contre l'élément nerveux (une injection sous-cutanée tous les soirs) et suis parvenu, sous son influence, à diminuer un peu l'état d'éréthisme. De même aussi, je lui ai prescrit 4 centigrammes de belladone par jour, à prendre en quatre pilules, dans le but de régulariser et d'amoindrir la circulation.

THROMBUS VULVO-VAGINAL VOLUMINEUX

GANGRÈNE, SEPTICÉMIE, INTOXICATION PAR L'ACIDE PHÉNIQUE GUÉRISON RAPIDE

Par M. le docteur Coulhon, ancien interne des hôpitaux.

Chez la femme enceinte, surtout pendant la dernière période de la gestation, le sang subit des modifications profondes dans ses éléments constituants. Les hématies et les sels du sérum diminuent; les leucocytes deviennent plus nombreux. Comme dans certaines chloroses, la masse sanguine augmente, il y a hydrémie, pléthore aqueuse, surabondance des liquides. La tension vasculaire est plus forte : il y a prédisposition aux hémorrhagies.

Les vaisseaux sanguins accentuent encore cette prédisposition; car ils sont plus susceptibles, moins résistants, moins élastiques.

Indépendamment de cet état de la circulation générale, les organes génitaux présentent une vascularité extraordinaire : les artères se développent en longueur et en lar-

geur; elles deviennent turgescentes et flexueuses. Les veines multiplient leurs ramifications et leurs anastomoses, et forment des lacis et des plexus, surtout à la vulve et à l'entrée du vagin, autour du col utérin, et dans les ligaments larges.

D'après ces considérations, qui s'appliquent à la généralité des femmes à l'état gravide, il semblerait que les tumeurs sanguines des régions génitales dussent être fréquentes, étant données les violences mécaniques de la parturition, qui compriment, aplatissent certains vaisseaux, et gonflent les autres de sang jusqu'à une distension excessive. Il n'en est rien cependant, et les statistiques sont intéressantes à consulter à ce point de vue. Deneux, par exemple, l'auteur des mémoires sur les tumeurs sanguines de la vulve et du vagin, n'en a vu que trois cas dans quarante ans de pratique; Hervez de Chégoin, un cas dans vingt ans; Paul Dubois, trois cas sur 14000 accouchements; Blot, pas un seul, sur 7000 accouchements.

Les conditions anatomo-pathologiques normales ne constituent donc qu'une simple prédisposition tout à fait secondaire; et pour que la tumeur sanguine se forme, il faut généralement ou une action traumatique extérieure, telle que coup, chute; ou une lésion directe d'une branche vasculaire, par le passage de la tête : lésion par rupture, dont l'effet est immédiat; ou par désorganisation et nécrose, dont le résultat peut se faire attendre plus ou moins longtemps, comme dans le cas suivant :

Une robuste paysanne, la nommée Marie M..., âgée de dix-huit ans, met au monde son premier enfant le 30 mai, à une heure de l'après-midi. Les premières douleurs s'étaient fait sentir dans la matinée; en six heures, tout était terminé, y compris la délivrance. La parturition s'était accomplie dans des conditions parfaites.

Toute la famille était dans la joie, quand tout à coup, vers dix heures du soir, la jeune accouchée se plaint d'une douleur déchirante dans les parties sexuelles. La sage-femme, immédiatement appelée, prescrit des lotions émollientes. La douleur continue. On applique des cataplasmes, des fomentations narcotiques : rien n'y fait. A minuit, la douleur se calme spontanément, ou plutôt fait place à une sensation de tension supportable.

La journée du 31 mai se passe sans incident notable; et ce n'est que le 1er juin que la famille, inquiétée par une absence complète d'émission d'urine et de lochies, songe à réclamer les secours d'un médecin.

Je vois l'accouchée le 1er juin, quarante-huit heures après la délivrance.

La vulve est le siège d'une tumeur énorme du volume d'une tête d'adulte, tenant les cuisses écartées, refoulant le pénil vers l'hypogastre, et se prolongeant jusqu'à la pointe de la fesse droite. Développée dans l'épaisseur de la grande lèvre droite, cette tumeur est lisse, élastique, rénitente, de couleur violacée, d'une sensibilité exquise. Le diagnostic ne saurait être douteux; c'est un thrombus, dont le contenu est coagulé; car il n'y a pas de véritable fluctuation.

La grande lèvre gauche et l'orifice du vagin sont complètement effacés, à tel point que l'on ne peut songer à pratiquer d'emblée le cathétérisme.

L'hypogastre est dur et mat; l'utérus, du volume du poing, de consistance ligneuse, est refoulé en haut sous le foie, à côté de la vésicule biliaire.

Le pouls bat 120 pulsations, la température est à 39 degrés. Il y a rétention absolue d'urine et des lochies.

Il n'y avait pas à hésiter sur la conduite à tenir : il fallait d'abord parer à la rétention d'urine et des lochies, qui par résorption pouvaient engendrer une toxémie redoutable. La ponction hypogastrique remplissait une médication, mais ne pouvait rien contre les lochies; ce n'était donc qu'un expédient.

Il était indispensable, pour obtenir une solution, d'inciser la poche sanguine, de la vider de son contenu, et, la place étant dégagée, de donner un libre écoulement aux matières excrémentitielles.

Une incision longitudinale de 15 centimètres est pratiquée sur la face muqueuse du thrombus, à 2 centimètres du liseré cutané: les caillots font irruption par les lèvres de la plaie. Un litre environ de sang coagulé est extrait avec deux doigts de la main droite repliés en crochet; le reste est abandonné dans le fond de la poche pour prévenir une nouvelle hémorrhagie.

Bien que la tumeur ne soit pas complètement affaissée, l'entrée du vagin est devenue accessible. Le cathétérisme est immédiatement pratiqué, malgré l'obstacle formé par le gonflement de la paroi droite du vagin, qui est avec la grande lèvre le siège de l'épanchement. Il sort deux litres et demi d'une urine limpide, ambrée, n'ayant encore subi aucune altération. Des injections d'eau tiède, poussées dans la tumeur et dans le vagin, nettoient et détergent les parties malades.

La matité hypogastrique a disparu; la vessie a cédé la place à l'utérus durci, qui a repris sa position normale.

Des injections émollientes, fréquemment répétées, sont ordonnées pour prévenir la rétention des lochies et la résorption des produits de décomposition de la tumeur sanguine.

Le 3 juin, l'état général est grave. Il y a eu un frisson dans la matinée. Il y a de l'agitation, du délire. La langue est sèche, grisâtre; la peau brûlante.

Le pouls bat 144 pulsations, la colonne mercurielle monte à 40°8.

La malade répand une odeur infecte. La tumeur, saillante dans son tiers supérieur, est déprimée dans ses deux tiers inférieurs, dont la peau est flasque, noirâtre dans certains endroits, et se dépouille par places de son épiderme, au moindre contact. Il s'en échappe à la pression un liquide noirâtre, d'une odeur insupportable.

Il y a à la fois septicémie et gangrène. La septicémie est due à l'insuffisance des pansements et injections, et un peu aussi à la température extérieure : le thermomètre marque 34 degrés à l'ombre et au nord. La gangrène est le résultat du volume énorme du thrombus, dont les parois ont été désorganisées par la pression excentrique de l'épanchement et par le processus inflammatoire consécutif.

Une nouvelle incision de 8 centimètres environ est pratiquée en contre-ouverture sur la face cutanée de la tumeur, parallèlement à la première, et à une distance de 5 centimètres. Deux drains sont conduits par les incisions : des injections sont poussées dans la poche et dans le vagin rempli par les lochies.

Le cathétérisme est pratiqué. Un traitement énergique par le sulfate de quinine et l'alcoolature d'aconit, à hautes doses, est institué. Des injections phéniquées avec une solution très faible (au centième) sont rigoureusement recommandées toutes les heures.

Le 4 juin, la situation s'est améliorée. Il n'y a plus de délire, ni d'agitation; le pouls est à 130, la température à 40 degrés, la langue est humide, la peau moite. La tumeur est moins volumineuse, une partie de ses parois tombe en lambeaux noirâtres. Les lavages antiseptiques fréquents ont fait disparaître l'odeur putride et gangréneuse. La rétention d'urine persiste, entretenue par l'épanchement sanguin de la paroi vaginale, que les injections n'ont pas encore entraîné.

La sonde amène un litre et demi d'urine fortement colorée.

Le 5 juin, le mieux continue.

Le 6 juin, la scène change. La malade est pâle, affaiblie, la peau est froide.

Les pulsations, nombreuses encore, sont faibles, 39 degrés. Il y a eu des nausées et un vomissement dans la matinée. Le cathétérisme amène des urines rares, noirâtres. Ce sont là tous les symptômes de l'intoxication par l'acide phénique.

L'antiseptique est supprimé et remplacé par l'alcool. Les lavages seront faits à l'eau bouillie alcoolisée; des compresses, imbibées d'alcool pur, seront appliquées sur les parties gangrénées. A l'intérieur, toutes les deux heures, une cuillerée à bouche de vin de quinquina au malaga, pour remonter l'organisme et lui permettre de résister à une toxémie passagère.

Le 7 juin, amélioration sensible de l'état général et local; 120 pulsations, 39 degrés. La miction a eu lieu spontanément; les urines sont meilleures et plus abondantes.

Le 10 juin, la jeune accouchée est dans un état satisfaisant. Elle n'a plus de fièvre, et commence à prendre des aliments solides. Les parties mortifiées sont enlevées et laissent une brèche considérable, remontant vers le vagin. La plaie est belle, du reste, et couverte de bourgeons charnus roses et peu sensibles.

Le 20, la santé est complètement revenue. La malade est levée, marche et s'assied sans douleurs. Il ne reste de tous ces accidents menaçants et de cette tumeur volumineuse, qu'un peu de pâleur et de faiblesse et une plaie vulvaire, insensible au toucher, rétrécie et réduite à une petite surface à peine suppurante.

Le fait que je viens d'exposer présente sans doute quelque intérêt au point de vue de l'appareil symptomatique de l'épanchement sanguin, dont les dimensions invraisemblables devaient fatalement amener la gangrène. Mais ce qu'il importe surtout d'en faire ressortir, c'est l'enseignement pratique, qui découle des résultats du traitement.

A partir du moment de l'incision de la tumeur, et en raison même de cette incision, l'accouchée se trouvait exposée à toutes les conséquences d'une résorption putride, causée par l'altération du sang et du pus contenus dans le foyer morbide. Il eût fallu soumettre les parties malades à des irrigations fréquemment renouvelées. Mais, les prescriptions ayant été mal comprises, et partant mal exécutées, il y avait eu stagnation, puis décomposition des liquides, et résorption des produits putréfiés. En quarante-huit heures, la septicémie s'était montrée avec ses symptômes redoutables : hyperthermie, agitation, délire. Il fallait une intervention rapide. Indépendamment d'un traitement interne énergique, il était urgent d'attaquer le mal dans sa source et de modifier le foyer septique, d'où venait tout le mal.

L'antiseptique le plus accrédité, l'acide phénique, fut choisi, et employé à doses très faibles. Le résultat fut d'abord favorable. Mais le troisième jour, il survenait de nouveaux phénomènes, et la septicémie faisait place à l'intoxication médicamenteuse. Deux jours plus tard, un jour peut-être, si la malade n'avait pas été visitée, l'acide phénique pouvait amener une issue fatale.

Ce fait démontre une fois de plus que les enfants ne sont pas seuls sensibles à l'action de l'acide phénique. Certains adultes présentent également cette sensibilité. Aussi l'emploi de cet antiseptique doit-il être sérieusement surveillé.

Le chirurgien de province, qui, parfois, est appelé dans les campagnes loin du théâtre ordinaire de ses opérations, ne doit pas l'oublier. Si ses opérés ne sont pas soumis à sa surveillance journalière, qu'il ait recours à un autre antiseptique, à l'acide borique, par exemple, ou mieux encore à l'eau bouillie alcoolisée. Ce dernier moyen possède des qualités appréciables. Il se trouve partout, coûte peu, a une odeur agréable, et peut être employé sans crainte en injections abondantes et inoffensives. On peut faire alors non pas seulement de l'antisepsie, mais, ce qui est meilleur, une véritable asepsie, car les produits sécrétés par la plaie sont enlevés avant qu'ils aient le temps de devenir septiques.

Chez notre accouchée, sous l'influence salutaire de l'eau alcoolisée, employée *larga manu*, les parties gangrénées se sont rapidement éliminées. La plaie a pris un bel aspect; elle est devenue rose, bourgeonnante, et la réparation a marché avec une rapidité remarquable.

Il est juste d'ajouter que le traitement avait de précieux auxiliaires dans la bonne constitution du sujet, et dans un air pur et vivifiant, la malade habitant sur le penchant d'un des coteaux les plus salubres et les plus riants de la vallée du Cher.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 octobre 1888. — Présidence de M. Hérard.

CORRESPONDANCE

Elle comprend :

1° Un travail de M. José F. Arango, sur la contagion de la lèpre;

2° Des recherches sur le traitement de la phthisie pulmonaire, par MM. Robillard et de Velna.

COMMUNICATION

Contagiosité de la vulvo-vaginite des petites filles. — M. **Ollivier** fait observer que la contagiosité de cette affection n'a guère été établie jusqu'ici. Seul Pott, dans un travail paru en 1882, en Allemagne, a parlé de la transmission de la vulvo-vaginite; encore s'agit-il d'une contagion particulière, rare, de la mère à la fille.

M. Ollivier a pu observer des faits de contagion d'enfant à enfant. Au mois de juillet dernier, il y avait à la salle Bazin, à l'hôpital des Enfants-Malades, deux petites filles soignées pour vulvo-vaginite. Au bout de trois semaines, quinze autres enfants furent prises d'accidents semblables.

La contagiosité de l'affection paraissait évidente. Elle était d'ailleurs très possible. Les infirmières, en effet, chargées des deux petites malades, ne se lavaient pas les mains quand elles soignaient d'autres enfants; elles employaient les éponges qui avaient servi aux contaminées. Le nettoyage des vases de nuit était insuffisant. Et comme avant l'entrée des deux petites malades il n'y avait pas de cas de vulvo-vaginite dans la salle et que les nouveaux cas ne se sont développés qu'au bout d'une quinzaine de jours, chez des enfants éloignés des premières petites filles atteintes, tout fait supposer que la contagion a eu lieu par les mains des infirmières et par les objets servant au nettoyage.

Enfin, ce qui est encore en faveur de la contagion, c'est que l'affection ne continua plus à se propager dès qu'on eut prescrit des mesures prophylactiques sérieuses. Les infirmières furent obligées de se laver les mains avec des liquides antiseptiques. Au lieu d'éponges, on se servit de coton hydrophile qui fut immédiatement détruit. Les mêmes précautions antiseptiques furent prises pour les vases de nuit et les cabinets.

Resterait, pour être complet, à parler de la nature même du contage. Il est impossible de dire si la vulvo-vaginite est due à une bactérie spécifique ou bien à un des nombreux microbes de la suppuration.

PRÉSENTATION

Placenta double dans un cas de grossesse simple. — M. **Guéniot** présente un placenta double qui provient d'une femme secondipare, accouchée à huit mois et demi, d'une fille bien constituée. Le délivre présente les particularités suivantes :

1° Les cotylédons placentaires constituent deux corps aplatis et symétriques qui ressemblent à un placenta de sept à huit mois. Leur forme est celle d'un cercle allongé; l'intervalle membraneux qui les sépare est moins large au centre (3 cent. 1/2) qu'aux extrémités (7 centimètres).

Chacun des placentas reçoit l'une des artères du cordon et la veine funiculaire est formée par la conjonction, sur les membranes, de gros troncs vasculaires qui émanent séparément de la substance placentaire.

2° Le cordon ombilical, inséré sur les membranes et bifurqué à ce niveau, offre une longueur de 60 centimètres. Son aspect est contourné comme à l'ordinaire jusqu'à 5 centimètres de chaque placenta, mais là ses spires disparaissent, ainsi que la gélatine de Wharton, et il se divise en deux portions sensiblement égales, qui s'implantent sur les membranes et qui vont se distribuer à droite et à gauche, dans chaque placenta.

3° Quant aux membranes, elles portent leur ouverture fœtale ou cervico-utérine à l'opposé des attaches du cordon, et cette ouverture se trouve distante de 10 à 12 centimètres de l'extrémité correspondante de chaque placenta.

Du bord de l'un des placentas, on voit partir un bouquet de vaisseaux sanguins qui se dirigent dans l'espace membraneux interplacentaire. Ces vaisseaux se perdent dans un lobule supplémentaire.

Cette pièce diffère de celles qui ont été présentées par MM. Tarnier et Ribemont-Dessaignes, sous les noms de placentas bilobés, trilobés, multilobés.

Ce n'est pas seulement au point de vue anatomique que cette séparation est légitime, mais c'est encore au point de vue clinique, et même au point de vue médico-légal.

Quant au côté clinique, il est surtout relatif à la délivrance et à ses complications. Dans ce cas de duplicité vraie, puisque chaque placenta possède un système vasculaire indépendant, ce n'est pas l'examen de l'un qui permettrait d'affirmer l'existence de l'autre. L'inspection des membranes serait tout aussi impuissante à déceler la rétention d'un des disques de la matrice. Et cependant, en raison même de son importance matérielle et de sa gravité plus grande, cette rétention devient plus indispensable encore à reconnaître que quand il s'agit d'un simple cotylédon.

Or, pour acquérir cette notion, c'est à l'inspection du cordon qu'il faut recourir. Le cordon qui, en pareil cas, s'insère presque toujours sur les membranes, aura peut-être été arraché. Au lieu de le jeter à l'écart, il importe essentiellement d'examiner ses attaches jusqu'à sa bifurcation.

Au point de vue médico-légal, on pourrait supposer, en présence d'un pareil placenta, qu'il y a eu grossesse et infanticide. C'est encore l'examen du cordon qui seul pourrait empêcher toute erreur en pareil cas.

RAPPORTS

M. HERVIEUX donne lecture d'un rapport sur les vaccinations pratiquées en France et dans les colonies, de 1887 à 1888.

Après avoir fait ressortir, entre autres choses, les avantages de la vaccination animale et les bons résultats qu'elle a déjà donnés, le rapporteur exprime le désir que M. le Ministre du Commerce donne à l'Académie les fonds nécessaires pour organiser un service vaccinogène au vaccin de génisse.

Ce désir a été formulé dans une lettre au Ministre.

M. VIDAL fait un rapport sur le prix Daudet.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours de l'externat s'est ouvert, ainsi que nous l'avons annoncé, le lundi 22 octobre, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique (avenue Victoria). Les premières questions qui ont été posées sont les suivantes : Artère fémorale ; — Muscle sterno-cléido-mastoïdien.

Les séances auront lieu le mardi, le jeudi et le samedi à quatre heures.

— Par décret, en date du 22 octobre 1888, M. Kieffer, médecin de première classe de la marine, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— *École de médecine de Reims.* — M. Jolicœur est maintenu dans ses fonctions de suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

— L'École d'anthropologie, qui entre dans sa treizième année d'existence, ouvrira ses cours le lundi 5 novembre 1888, à huit heures et demie du soir, dans son local habituel, 15, rue de l'École-de-Médecine. Les cours se succéderont dans l'ordre suivant :

Lundi : à quatre heures, M. Letourneau : Histoire des civilisations; — à cinq heures, M. Mathias Duval : Anthropogénie et Embryologie comparée ; — à huit heures et demie du soir, M. G. de Mortillet : Anthropologie préhistorique, avec projections.

Mardi : à cinq heures, M. Georges Hervé : Anthropologie zoologique.

Mercredi : à quatre heures, M. Topinard : Anthropologie générale.

Vendredi : à cinq heures, M. Manouvrier : Anthropologie physiologique.

Samedi : à quatre heures et demie, M. Bordier : Géographie médicale.

— Un prix de 5000 roubles vient d'être récemment fondé, en Russie, dans le but de stimuler les « recherches sur la nature du poison qui se développe dans le poisson salé non cuit ».

Voici quel est ce programme :

1° Définir, par la voie d'expériences exactes, la nature tant physique que chimique du poison qui se développe dans les poissons ;

2° Étudier, en expérimentant sur les animaux, l'effet de ce poison sur le cœur, la circulation du sang, les organes digestifs et le système nerveux ;

3° Déterminer la promptitude de l'absorption du poison par les organes digestifs ;

4° Étudier et décrire les signes caractéristiques dont on pourrait se servir pour distinguer le poisson contaminé de celui qui ne l'est pas ;

5° Indiquer les moyens pour préserver le poisson contre le développement des éléments toxiques ;

6° Indiquer le contre-poison et les moyens de secours médical à donner aux personnes empoisonnées.

Les ouvrages devront parvenir, au plus tard, le 1er janvier 1893, au Ministère des domaines de l'Empire.

— *Faculté des sciences de Paris.* — Les conférences annuelles commenceront le lundi 12 novembre. Les étudiants n'y sont admis qu'après s'être inscrits au secrétariat de la Faculté et sur la présentation de leur carte d'entrée.

Sciences physiques. — M. Mouton, maître de conférences, fera des conférences de physique les lundis, mercredis, jeudis et vendredis, à neuf heures, dans le laboratoire d'enseignement de physique.

M. Pellat, maître de conférences, fera des leçons sur les phénomènes électrostatiques et divers autres sujets de physique indiqués par MM. les professeurs Bouty et Lipmann ; ces conférences auront lieu les lundis et jeudis, à quatre heures, dans l'amphithéâtre de physique. — Les conférences d'agrégation auront lieu les jeudis et les vendredis, à huit heures, dans le laboratoire d'enseignement de physique.

M. Joly, professeur adjoint, fera les mardis et samedis, à dix heures et demie, des conférences sur des sujets de chimie, indiqués par M. le professeur Froost (salle du rez-de-chaussée, escalier n° 2). — Les conférences d'agrégation auront lieu les lundis et les jeudis, à cinq heures, dans le laboratoire.

M. Salet, maître de conférences, fera les mardis et samedis, dans la salle des conférences, à trois heures et demie, des conférences sur différents points de chimie organique.

M. Riban, maître de conférences, fera une conférence d'analyse qualitative, le vendredi à onze heures, au laboratoire de la rue Michelet : les travaux ont lieu tous les jours de neuf heures à midi et de une heure à cinq heures. — Les manipulations pour la licence, les lundis, mercredis, jeudis et vendredis à neuf heu-

res. — Manipulations de chimie, le mercredi, pour les candidats à l'agrégation, de une heure à cinq heures ; le jeudi, de une heure à cinq heures, pour les professeurs des collèges.

M. Jannetaz, maître de conférences, fera des conférences sur la minéralogie, les mardis et samedis, à huit heures et demie, dans le laboratoire de minéralogie.

Sciences naturelles. — M. J. Chatin, professeur adjoint, étudiera, les lundis et jeudis, à dix heures, dans l'amphithéâtre d'histoire naturelle, les organes et les fonctions de relation.

M. Pruvot, maître de conférences, fera les vendredis (amphithéâtre d'histoire naturelle), à dix heures, et les samedis à sept heures et demie, des conférences sur les sujets indiqués par M. le professeur Lacaze-Duthiers.

M. Velain, maître de conférences, fera dans la salle des conférences, les lundis et jeudis à huit heures trois quarts, des conférences sur les caractères des roches et des fossiles et sur divers points de la géologie indiqués par M. le professeur Hébert. — Les travaux pratiques auront lieu les mardis, mercredis, vendredis et samedis, de neuf heures à onze heures et demie.

M. Vesque, maître de conférences, fera, dans la salle des conférences, les lundis et les jeudis, à midi et quart, des conférences de botanique.

— Nous croyons devoir attirer l'attention de nos lecteurs sur une vente qui intéresse la famille d'un de nos plus sympathiques confrères. Cette vente aura lieu le lundi 29 octobre 1888, à la salle nº 6 de l'hôtel Drouot. Il y aura exposition le 28 octobre.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

fit passer un courant d'eau phéniquée au 40e dans cette sorte de drain huméral, résultant de l'ouverture qu'il avait faite. A partir de ce moment, la température tomba de nouveau, et le malade fut rapidement guéri. Peu de temps après, il contracta une fièvre typhoïde et succomba. A l'autopsie, M. Quénu put constater les bons résultats définitifs de l'opération.

DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DU CANCER UTÉRIN

M. BOUILLY, à propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Verneuil, fait observer que tout le monde est d'accord sur la bénignité des amputations partielles défendues par M. Verneuil, et sur l'efficacité de ces opérations dans les affections bénignes du col de l'utérus. Mais quand il s'agit de cancer, M. Bouilly est étonné d'entendre M. Verneuil recommander les opérations parcimonieuses, lui qui a si souvent et si justement insisté sur la nécessité des larges sacrifices dans le cancer de la langue, de la bouche, du sein, etc. Pourquoi, dans un cas, faut-il s'appliquer à dépasser aussi largement que possible les limites de l'affection cancéreuse, tandis que, dans l'autre, il faut s'abstenir d'une opération radicale et restreindre l'intervention? Invoquera-t-on, contre l'intervention radicale pour l'utérus, la gravité de l'hystérectomie vaginale? Mais cette gravité dépasse-t-elle celle des larges amputations de la langue, du rectum, et est-ce là une raison pour s'en tenir aux opérations palliatives? Car, logiquement, M. Bouilly ne peut pas admettre qu'une opération partielle donne de meilleurs résultats qu'une opération totale.

Nous sommes en présence, ajoute M. Bouilly, d'une opération nouvelle, opération radicale, basée sur une thérapeutique chirurgicale rationnelle du cancer. Faut-il dès maintenant, alors qu'on commence à peine à savoir bien la pratiquer, à en bien saisir les indications, faut-il la jeter par-dessus bord? M. Verneuil nous prend de court en nous demandant de condamner si tôt une opération qui bégaie encore et chancelle. Trois ans seulement d'expérience de cette opération ne suffisent pas pour la juger et moins encore pour la condamner. Les chirurgiens qui nous suivront se trouveront peut-être en état de pratiquer cette opération comme nous pratiquons l'ovariotomie qui, il y a une vingtaine d'années, était considérée comme bien autrement grave que ne l'est aujourd'hui l'hystérectomie vaginale.

Depuis 1886 jusqu'à ce jour, M. Bouilly a pratiqué 30 fois l'hystérectomie vaginale totale pour cancer. Sur ces 30 opérations, il a eu 23 guérisons opératoires et 7 décès, et la mortalité a été diminuant chaque année. En 1886, en effet, sur 10 opérations, il a eu 3 morts; en 1887, 8 cas, 2 morts; en 1888, 12 cas, 2 morts.

Les premiers décès de 1886, ajoute M. Bouilly, sont imputables à mon inexpérience; en effet, les causes de mort sont une péritonite septique, une hémorrhagie, une déchirure de la vessie; j'ai, en outre, opéré deux cas qui étaient inopérables, le cancer ayant envahi les ligaments larges; je ne me tromperais plus aujourd'hui dans de semblables cas. Une autre mort est due à l'insuffisance de l'antisepsie pré-opératoire. Dans un autre cas de mort par péritonite septique, il s'agissait d'une femme exsangue dont les hémorrhagies, avant l'opération, avaient rendu impossible l'asepsie du vagin. Chez une autre malade, il s'agissait d'un épithélioma limité au col et d'une cavité utérine bourrée de fibromes; l'opération a été des plus laborieuses, l'intestin a été perforé et la malade est morte de péritonite septique. Enfin, des deux morts de 1888, l'une avait, à mon insu et je m'en accuse, une quantité énorme de sucre dans les urines; l'autre a succombé à la péritonite.

Des opérées de 1886, l'une est encore actuellement en parfaite santé, opérée depuis deux ans; des opérées de 1887, 3 sont bien portantes, opérées depuis seize, quinze et quatorze mois. Quant à celles de 1888, l'époque de leur opération est encore trop récente pour qu'on puisse encore rien conclure.

Quoi qu'il en soit, il résulte de l'examen de ces faits : une progression évidente dans les résultats immédiats, un choix plus judicieux des cas et des indications.

Élève de M. Verneuil, je l'ai vu s'acharner avec une louable énergie au traitement chirurgical du cancer de la bouche; je ferai de même pour le cancer de l'utérus jusqu'à ce qu'il me soit démontré que je fais fausse route.

M. RICHELOT dit que M. Verneuil, en sa qualité de professeur de clinique, a raison de préconiser les opérations bénignes pourvu qu'elles soient efficaces; car, il sait bien que ces opérations devront être pratiquées par des médecins encore peu expérimentés, mal aidés, insuffisamment outillés et dans des milieux défectueux. Mais il accordera bien que des chirurgiens plus expérimentés, bien aidés et mieux outillés, peuvent se permettre de pratiquer des opérations nouvelles même d'une certaine gravité, mais ayant toutes chances d'être plus efficaces. Pour M. Verneuil l'amputation partielle est plus facile, plus bénigne et aussi efficace que l'hystérectomie totale. Mais, pour cette dernière opération, les faits sont encore trop peu nombreux; la question est encore à l'étude; que M. Verneuil nous laisse donc continuer à étudier et nous permette d'augmenter nos statistiques.

Prenant les chiffres mêmes de M. Verneuil, M. Richelot s'applique à démontrer que sur 17 cas, jusqu'en 1884, il a eu 11 récidives immédiates, qu'il ne possède qu'un seul cas de guérison bien authentique, datant de cinq ans. Des 5 opérées, depuis quatre ans, trois ont déjà des récidives. Ce n'est pas là, ajoute M. Richelot, une statistique bien encourageante. Et puis, M. Verneuil semble renoncer à rechercher la cure radicale du cancer de l'utérus; nous, au contraire, nous avons la prétention de rechercher cette cure radicale, tandis que M. Verneuil n'envisage que la durée d'une survie plus ou moins longue. Or, des deux opérations, laquelle donne le plus de chances de guérison radicale? C'est évidemment l'hystérectomie totale. En nous plaçant au point de vue de la cure radicale, nous avons bien le droit d'aborder une opération plus difficile.

Il y a une forme anatomique de cancer utérin qui, selon M. Richelot, est justiciable de l'amputation partielle, c'est le cancer en chou-fleur de la portion vaginale du col. Pour cette forme de cancer, en faisant une amputation sus-vaginale bien élevée, on a presque autant de chances de guérison radicale que par l'hystérectomie totale. Mais ces cas sont les plus rares; M. Richelot n'en a rencontré que deux jusqu'ici. Dans les cancers intra-cervicaux, les conditions sont toutes différentes; on ne sait jamais d'avance jusqu'où remonte ce cancer; et, par l'amputation sus-vaginale, on s'expose toujours à en laisser. On ne peut jamais être sûr des résultats définitifs d'une opération incomplète, en matière de cancer.

Sur 24 hystérectomies totales, M. Richelot a eu 15 guérisons opératoires et 9 décès. Sur ce nombre, deux décès sont dus à la continuation du cancer, celui-ci ayant dépassé les limites atteintes même par l'hystérectomie totale. Restent 13 cas sur lesquels 7 guérisons, dont l'une date de vingt-cinq mois, une autre de vingt-trois mois, une autre de dix-huit, puis de quatorze mois, etc. Il résulte de l'examen des faits et des survies ou des guérisons radicales obtenues, qu'on a d'autant plus de chances d'arriver à la guérison radicale ou tout au moins à une survie prolongée, qu'on a opéré plus près du début de l'affection cancéreuse. Il faut tenir grand compte, au point de vue du pronostic post-opératoire, de la marche du cancer avant l'opération; si la marche est rapide dès le début, la récidive sera prochaine. Telle malade atteinte d'un épithéliome très limité au col, opérée par l'hystérectomie totale, aura une récidive après trois mois et y succombera très rapidement; telle autre aura un cancer plus développé, à marche plus lente, sera opérée partiellement et aura une longue survie. On ne saurait donc obtenir des résultats réguliers à la suite des opérations pour cancer, ces résultats étant extrêmement variables suivant la nature et la marche des cancers.

M. KIRMISSON ne voudrait pas voir la discussion s'engager dans le sens indiqué par M. Richelot; il voudrait que chacun imitât la manière de faire de M. Bouilly et déclarât avoir fait tant d'hystérectomies pour cancers, avoir eu tant de morts immédiates, tant de récidives, etc. Mais il ne faut pas se placer sur le

terrain de la cure radicale du cancer. Dans l'état actuel de nos connaissances, aucun chirurgien ne peut dire qu'il recherche la cure radicale d'un cancer, quel qu'il soit. Quand il s'agit de cancer, on ne peut se placer qu'au point de vue de la survie obtenue et non de la guérison radicale.

M. POZZI croit que l'hystérectomie totale est surtout applicable et efficace, dans les cas où l'affection cancéreuse est à son début. Il a eu recours 6 fois à cette opération et il a eu 5 guérisons et 1 décès. De ces 5 opérées, l'une survit encore sans la moindre trace de récidive, deux ans et demi après l'opération. Une de ces malades a eu une récidive après cinq mois et, chez elle, la récidive, comme le cancer à son début, a suivi une marche galopante. M. Pozzi a réuni toutes les statistiques publiées sur ce sujet et arrive à un total de 311 cas avec 49 morts. La bénignité et l'efficacité de l'hystérectomie vaginale augmentent chaque jour; elle tend à égaler en bénignité l'amputation du museau de tanche. Or, celle-ci peut-elle donner lieu à une survie aussi grande que l'hystérectomie totale? C'est ce qu'étudie M. Pozzi en se basant sur les statistiques publiées : chose étrange, au point de vue de la durée de la survie, les statistiques sont tout à l'avantage de l'opération partielle comparativement à l'hystérectomie totale. Cela s'explique par ce fait, que jusqu'ici l'hystérectomie totale a été pratiquée en désespoir de cause, dans les cas les plus anciens et les plus étendus, tandis que l'amputation partielle a été faite plus souvent au début de l'affection.

L'anatomie pathologique démontre que souvent un cancer, en apparence limité au museau de tanche, s'accompagne d'un noyau cancéreux placé très au-dessus et séparé du premier par un intervalle de tissu parfaitement sain. Or si, dans un cas de ce genre, on se contentait d'une amputation partielle, on laisserait le cancer évoluer tout à son aise après l'opération. D'après ces faits, logiquement il vaut mieux tout enlever qu'enlever partiellement.

M. Pozzi, comme M. Verneuil, approuve complètement les amputations partielles dans les cas de métrites hémorrhagiques ou même de métrites parenchymateuses chroniques. Cette opération, qui remonte à Lisfranc, est aujourd'hui très souvent pratiquée à l'étranger et donne de très bons résultats. Il y a eu lui-même recours dans un grand nombre de cas et s'en est très bien trouvé.

COMMUNICATION

Statistique d'ovariotomies. — **M. TERRILLON** fait connaître les résultats d'une quatrième série d'ovariotomies qu'il a pratiquées du 10 novembre 1887 au 1er janvier 1888. Il a fait dans ce laps de temps, 35 ovariotomies sur lesquelles il n'a perdu que 3 malades du fait de l'opération, 2 de shock opératoire, trente-six et quarante-huit heures après l'opération, la troisième, dix-huit jours après une opération extrêmement laborieuse (adhérences du kyste à la paroi postérieure de l'utérus, pédiculisation impossible, désunion de la suture abdominale, hernie intestinale). Une quatrième malade est morte d'étranglement herniaire, alors qu'elle était complètement guérie des suites de son opération. Aucune de ces 35 opérées n'a eu de péritonite, ni de septicémie. M. Terrillon insiste sur la rareté des cas bénins qu'il a eu à traiter. Il fait le lavage du péritoine à l'eau bouillie ; tous ses instruments sont soumis à l'ébullition ; lui seul et son aide touchent à la malade et aux instruments. Il se sert d'un catgut spécial porté à 180 degrés et ainsi rendu aseptique.

PRÉSENTATIONS

M. LE DENTU présente un malade qu'il a opéré d'une hypertrophie éléphantiasique du nez, par la simple abrasion, sans autoplastie, de toute la partie éléphantiasique. Le résultat définitif est des plus avantageux.

M. KIRMISSON présentera, dans la prochaine séance, un cas analogue; l'hémorrhagie, dans ce cas, a été assez abondante et gênante, au point que M. Kirmisson a achevé l'opération avec le thermocautère.

M. ANGER a fait la même opération sur un gendarme ; il a dû disséquer les cartilages ; il n'a fait aucune autoplastie et le résultat a été très satisfaisant.

M. VERNEUIL a fait de nombreuses ablations d'épithéliomes sudoripares des ailes du nez ou des paupières, toujours avec le thermocautère, sans jamais faire d'autoplastie, et il a toujours obtenu une parfaite cicatrisation.

M. POLAILLON présente un enfant auquel il a enlevé toute la diaphyse du péroné, pour une ostéomyélite diffuse. L'os s'est reproduit à peu près complètement. L'opération date de six à sept mois.

M. ROUTIER présente une jeune fille qui, à la suite d'un simple panaris, a eu le dos de la main, le bras et l'épaule couverts de plaques gangréneuses qui résistent à tout traitement.

M. RICHELOT présente, de la part de M. Chassagny (de Lyon), un appareil auquel il donne le nom de « défenseur du périnée pour les accouchements ».

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Une séance spéciale de pathologie a eu lieu ce matin vendredi à huit heures, pour les candidats du concours de l'externat appelés par le service militaire.

La question suivante est sortie : Entorse.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Albert Malfait, élève en médecine de la Faculté catholique de Lille.

— Le jeudi 8 novembre aura lieu la première leçon de la policlinique de chirurgie des femmes de M. le docteur Berrut, 151, rue de Grenelle.

Cette policlinique est ouverte du 1er novembre au 31 août de chaque année. — Le jeudi, à neuf heures : leçon ouverte aux médecins, élèves et sages-femmes sur la présentation de leur carte ; — à dix heures, consultation.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Atlas d'anatomie chirurgicale, contenant les principales régions du corps humain, 22 planches de grandeur naturelle avec l'explication très détaillée de ces planches, par le docteur J.-A. Fort, 1 vol. in-4° cartonné planches noires. — Prix : 25 fr.; planches coloriées, 35 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Études sur les maladies du foie, par MM. V. Hanot, professeur agrégé à la Faculté, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, et A. Gilbert, médecin des hôpitaux, lauréat de l'Académie de médecine. — *Cancer (épithéliome), sarcome, mélanome, kystes non parasitaires, angiomes.* — Un beau vol. in-8 de VIII-334 pages, avec 30 figures en chromotypographie et 7 figures en noir. — Prix : 25 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

Précis du cours d'exploration clinique et de diagnostic médical, professé à l'Université de Bruxelles, par M. le docteur M. Spehl, agrégé-suppléant, médecin à l'hospice de l'Infirmerie. Un vol. in-8° avec 168 fig. dans le texte et 7 pl. hors texte, dont 6 en couleurs. — Prix : 18 francs. — Bruxelles, 1888, J. Lebègue et Cie, 46, rue de la Madeleine.

Maladies du larynx, laryngoscopie et technique thérapeutique locale, à l'usage des praticiens et des étudiants, par

le docteur J. Gottstein, privat-docent à l'Université de Breslau, traduit de l'allemand et annoté, par le docteur L. Rougier, médecin de la clinique des maladies du larynx, du Dispensaire général de Lyon, avec 38 figures dans le texte, 1 vol. in-8° de 370 pages. — Prix : 7 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

Psoriasis et arthropathies, par le docteur Bourdillon. 1 vol. in-8°. — Prix : 5 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

L'année médicale (10e année, 1887), résumé des progrès réalisés dans les sciences médicales, publiée sous la direction du docteur Bourneville, médecin de l'hospice de Bicêtre, etc. 1 vol. in-18. — Prix : 4 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

De la situation des fœtus et de la disposition des fœtus dans les cas de grossesse gémellaire, par le docteur Lamiot. In-8°, avec figures dans le texte. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Lecrosnier et Babé.

De l'asthme dans l'enfance et de son traitement, leçons professées par le docteur Moncorvo. 1 vol. in-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, O. Berthier.

Hygiène de la vue, par H. Galezowski, professeur d'ophthalmologie, et A. Kopff, médecin-major de première classe. 1 vol. in-16 de VIII-328 pages, avec 44 figures. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Étude médico-philosophique sur les pertes séminales involontaires, spermatorrhée, par le docteur Pouillet. 3e édition, 1 vol. in-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Nouveau procédé pour guérir sûrement, rapidement et sans danger les rétrécissements de l'urèthre, par le docteur Fort, ex-interne des hôpitaux de Paris, ancien professeur libre d'anatomie à l'École pratique. (Mémoire présenté à l'Académie de médecine.) In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Manuel de diagnostic clinique au lit du malade, par le professeur Tappeiner, traduction faite sur la 2e édition allemande, par H. Nicolle, interne des hôpitaux, et mise au courant des dernières connaissances par l'auteur, avec une préface par le docteur Albert Robin. 1 vol. in-16, avec 8 figures intercalées dans le texte. — Prix : 2 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 125. — MARDI 30 OCTOBRE 1888. 61e ANNÉE. MARDI 30 OCTOBRE 1888. — N° 125.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de la Toussaint, le journal ne paraîtra pas jeudi.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Potain.

Accidents réflexes consécutifs à un traumatisme, névralgie du plexus brachial et du plexus cardiaque.

Nous avons depuis quelque temps, dans la salle Saint-Charles, au n° 11, un malade qui est entré pour des palpitations s'accompagnant de douleurs dans la région précordiale et le membre supérieur gauche, ou plutôt dans la partie supérieure de ce membre amputé, avec une sensation très douloureuse aussi dans la main qui n'existe plus.

C'est à la suite d'une blessure reçue le 18 août 1870, à la bataille de Saint-Privat, que cet homme a été amputé du bras gauche; la plaie opératoire ne se cicatrisa qu'après avoir suppuré pendant longtemps, et c'est plus tard qu'il commença à éprouver les douleurs que je viens d'indiquer.

Son cœur se mit aussi à battre plus vite, et lorsqu'il avait fait quelques courses un peu longues, il éprouvait un certain malaise dans la région précordiale. Un médecin, qu'il consulta à cette époque, le traita, sans aucun résultat, par la digitale. Il alla alors dans le service de chirurgie de M. Verneuil, qui constata l'existence de petits névromes situés sur le trajet du nerf médian, fendit la cicatrice et réséqua les nerfs et les névromes. Les suites opératoires furent des plus simples et, au bout de quelques semaines, le malade rentrait chez lui.

Les douleurs dans le moignon avaient notablement diminué, les troubles cardiaques s'étaient atténués, et cet homme pouvait vaquer à ses affaires. Mais ce n'était qu'une sorte de rémission et, au bout de quelque temps, les mêmes phénomènes apparaissaient du côté du cœur, ainsi que les douleurs du bras, les sensations d'engourdissement et de contracture des doigts.

C'est dans ces conditions qu'il est entré, il y a quelque temps, dans ma salle, où nous avons constaté les phénomènes suivants : le moignon est peu douloureux à la pression, le cœur est notablement augmenté de volume, car l'aire de matité cardiaque n'est pas moindre de 160 centimètres carrés; mais les battements sont assez réguliers, sans aucun souffle, le second bruit seulement est plus retentissant et parfois comme dédoublé; la pression artérielle est normale. Bref, nous sommes en présence d'une augmentation de volume du cœur, sans aucune lésion organique, sans la moindre trace d'albuminurie, sorte d'hypertrophie du cœur, isolée, survenue sans cause appréciable, et dont le point de départ se trouve dans les douleurs du moignon.

Comme traitement, j'ai eu recours à la galvanisation du plexus brachial seul; le malade en a éprouvé un soulagement assez notable, quoique assez lent à se produire et interrompu de temps en temps par quelques exacerbations des douleurs sous l'influence des changements de temps. Cependant, aujourd'hui, le malade n'éprouve qu'un simple malaise, le sommeil est revenu; le volume du cœur est redevenu presque normal, son aire de matité ne mesurant plus que 116 centimètres carrés.

Voici donc, en somme, un individu qui, après avoir présenté des accidents en apparence très graves, au point d'en imposer pour une affection très sérieuse du cœur, qui, après avoir été traité sans succès par la digitale, se trouve aujourd'hui presque complètement guéri en douze ou treize séances d'électrisation.

C'est là un fait intéressant et rare qui va me permettre de passer en revue les quelques cas plus ou moins analogues que j'ai eu l'occasion de rencontrer ou que j'ai trouvés dans les auteurs.

Tout d'abord, voici un fait qui remonte à 1877 et qui a été publié dans la thèse de M. Pineau (1). Il s'agit d'un officier d'artillerie qui fut également blessé par un éclat d'obus le 16 août 1870. La blessure nécessita l'amputation du bras. La plaie guérit très bien sans accidents, mais la cicatrisation fut lente, et le moignon resta sensible au toucher; puis, les douleurs augmentant, le malade fut dans l'impossibilité de se coucher sur le côté gauche; il ne put pas non plus, à un moment donné, supporter le poids de la bretelle sur l'épaule du même côté; il se plaignait d'un engourdissement intolérable, disait-il, dans le membre absent, de douleurs dans le moignon survenant sous l'influence des changements de température. Parfois même, la nuit, il était réveillé en sursaut par une sensation de chaleur excessive

(1) *Accidents réflexes consécutifs aux traumatismes.*

dans le moignon, qui lui semblait comme baigné de sang. Ceci se passait en 1873. A cette époque, on aperçut une petite tumeur, très douloureuse, sur la partie interne du moignon. En 1875, les douleurs du membre supérieur irradiaient dans le côté gauche du cou et de la tête et jusqu'au milieu du dos. Au mois de juin de la même année, cet officier souffrait tellement qu'il se décida à consulter M. Guyon, lequel reconnut l'existence de névromes, les extirpa, et en même temps réséqua une petite portion de l'humérus. L'opération réussit parfaitement et fut suivie d'une amélioration notable.

Mais, au bout de quelques mois, la douleur du milieu du dos reparaissait, s'accompagnant de malaises, de bâillements, etc., d'un ensemble tel qu'il ne put, en 1876, continuer le cours dont il avait été chargé comme officier, tant il éprouvait, sa leçon terminée, de fatigue, d'accablement. Bientôt les douleurs du moignon reparaissaient, et cet homme consultait un autre médecin dont le diagnostic fut : affection du cœur. La digitale prescrite ne produisit aucun effet.

Au mois de juillet de cette même année, le malade commença à ressentir une forte oppression, une sorte de constriction de la poitrine, des douleurs dans la région précordiale; le soir, il avait un sommeil invincible; la nuit, des cauchemars; le matin, un certain degré d'affaiblissement de la vue.

A mon tour, je suis consulté et trouve un cœur beaucoup plus volumineux que le cœur normal, sans lésions des orifices, et avec un pouls régulier. Je prescris la médication bromurée, qui amène un certain soulagement; le malade la continue en même temps qu'il va à Bagnères-de-Bigorre, tandis que je lui avais indiqué les eaux de Néris.

Au bout de deux ans, l'amélioration était considérable; les palpitations avaient presque disparu et le cœur avait recouvré son volume à peu près normal.

Voilà donc deux malades pour ainsi dire calqués l'un sur l'autre, au point de vue de la symptomatologie : blessure du bras à la guerre, amputation du bras gauche, névromes du moignon, sensation de douleurs dans le membre absent, douleurs précordiales, augmentation de volume du cœur sans lésions organiques, artères saines, etc. La seule différence entre les deux cas est dans le traitement : galvanisation d'un côté, médication bromurée de l'autre, cette dernière ayant donné un soulagement moins rapide.

De pareils cas sont relativement rares, car, malgré les recherches minutieuses que j'ai faites, je n'ai trouvé que peu de fait présentant avec ceux-ci quelque analogie.

En 1881, entrait à Necker un ancien blessé aussi de la guerre de 1870, qui avait reçu un coup de feu, lequel avait traversé l'aisselle gauche sans toucher aux vaisseaux. La blessure avait été suivie d'une fausse ankylose. Le chirurgien qu'il consulta s'efforça de rompre les adhérences de cette ankylose par des tractions si énergiques qu'il se produisit des déchirures dans le creux de l'aisselle. A dater de ce moment, il éprouva des douleurs paroxystiques extrêmement vives dans tout le membre supérieur, et plus particulièrement dans les deux derniers doigts de la main ainsi que dans la région précordiale, bien que jusque-là le cœur eût été indemne de toute lésion.

Je constatai un cœur très volumineux, mais toujours sans aucune lésion organique. Les accès douloureux avaient presque le caractère de l'angine de poitrine. Ici encore, ils furent considérablement atténués par le bromure de potassium, et le malade quitta l'hôpital. Depuis lors, je ne l'ai jamais revu.

On m'amène, un jour, chez moi, un jeune homme qui avait eu, à l'âge de dix ans, une fracture avec écrasement des deux os de l'avant-bras gauche, guérie seulement après une longue suppuration et suivie de douleurs irradiant en bas vers le poignet et la main, en haut dans l'épaule. Ces douleurs avaient été en s'aggravant par suite de fatigues auxquelles il était assujetti, son père l'emmenant à la chasse ou dans le monde. Il avait alors vingt et quelques années, et je constatais, en l'examinant, une augmentation considérable du volume du cœur, avec battements exagérés, malaises dans la région précordiale, sans lésion des orifices, ni accidents de néphrite, aucun état organique.

Enfin, le 14 du mois dernier, une femme de trente-quatre ans nous est arrivée se plaignant d'une vive douleur dans la région précordiale et le bras gauche. Cette femme avait eu, dans son enfance, une brûlure très étendue du côté gauche du thorax et du bras gauche, dont la cicatrice était restée douloureuse. Or, depuis sept ou huit ans, cette femme avait des palpitations douloureuses au moindre mouvement un peu énergique, ainsi qu'une névralgie thoracique et brachiale gauche. Les battements du cœur étaient normaux, le pouls régulier, les orifices sains et le cœur extrêmement volumineux (matité de 190 centimètres carrés). Voici donc un fait ne reconnaissant d'autre cause qu'un traumatisme, c'est-à-dire une brûlure.

Un fait analogue, datant de 1864, a été rapporté dans une thèse subie en 1883 par M. le docteur Lasègue. Il s'agit d'un ouvrier de la Grand'Combe qui, ayant eu le bras pris dans un engrenage, avait dû subir l'amputation. Quelque temps après, il avait été atteint de douleurs angoissantes dans le membre amputé et dans le thorax, douleurs survenant par accès. En même temps, le moignon était le siège de petites tumeurs développées sur le nerf médian et sur le nerf radial. Cet homme fut opéré sans avoir été préalablement anesthésié en raison du diagnostic — erroné — d'angine de poitrine et de lésion cardiaque. Au bout d'un mois, cet homme allait et venait et, quinze mois après son opération, il était complètement guéri.

Une autre observation, rapportée par le même auteur, est celle d'un individu chez qui le nerf cubital avait été atteint par un coup de feu et qui, à la suite de sa blessure, avait éprouvé de violents battements de cœur, des palpitations douloureuses, lesquels persistèrent pendant longtemps.

Un médecin italien a observé aussi une jeune fille, chez laquelle le nerf médian fut blessé dans une saignée du bras gauche, et qui, à la suite de cette blessure, éprouva de très vives douleurs dans la main, bientôt compliquées de contracture dans le membre supérieur, de cardialgie. L'amputation du nerf fit disparaître les troubles cardiaques, ainsi que les phénomènes douloureux.

Ces faits nous montrent donc que des lésions du plexus brachial sont susceptibles de donner lieu à des troubles cardiaques, à une hypertrophie du cœur.

Nous avons vu aussi, à la consultation, un homme de vingt-six ans venu pour une douleur très vive dans le bras gauche avec propagation dans le côté gauche du thorax et palpitations violentes et douloureuses au moindre mouvement un peu violent ou sous l'influence de la moindre fatigue. L'aire de matité du cœur — augmenté de volume — ne mesurait pas moins de 135 centimètres carrés. Cet

homme est venu, dans mon service, se faire électriser une quinzaine de fois environ et, grâce à ce traitement, ses douleurs ont été atténuées au point qu'il put aller et venir ensuite à peu près comme tout le monde et que son cœur a repris ses dimensions à peu près normales.

D'autre part, voici l'observation d'un homme de trente-huit ans et demi, porteur en librairie, fréquemment exposé au froid humide, venu également à la consultation pour de violentes palpitations et des douleurs précordiales dans l'épaule gauche, se manifestant surtout au moindre effort du bras gauche. Chez lui, l'aire de matité du cœur, également plus gros, était de 124 centimètres carrés. Nous l'avons soumis à l'électricité ; les douleurs ont diminué considérablement et se sont limitées au poignet et à la main. Tout récemment nous l'avons revu, son cœur avait diminué très notablement de volume.

Autre cas : un Chilien reçoit, il y a quatre ans, cinq balles dans le corps et principalement dans la région latérale gauche. Au bout de quelque temps, douleurs précordiales, douleurs dans le membre supérieur gauche. Soigné dans son pays, il n'éprouve aucun soulagement ; il se décide alors à venir à Paris, entre dans mon service où l'emploi de l'électricité détermine une amélioration très grande.

Enfin, voici encore quelques faits où la démonstration est moins nette, quoique intéressante encore.

Observation Liégeois : femme de cinquante-trois ans, douleurs dans le côté gauche du cou, irradiant d'une part vers l'occiput et de l'autre vers l'épaule et le bord interne du bras, douleur nocturne surtout, s'exaspérant par la chaleur du lit, vertiges et, en 1885, augmentation du volume du cœur, deuxième bruit un peu plus accentué quoique sans lésion cardiaque. Ici encore, il s'agit d'une névralgie du plexus brachial.

Observation Valleix : névralgie brachiale avec irradiation dans le côté gauche du cou et la région précordiale et voussure de cette région.

Observation Cahen (d'Anvers) : femme de quarante ans, douleurs vives dans le bras gauche suivies d'une hypertrophie de la peau, trophonévrose ; sensations de craquements dans la région du cœur à chaque crise névralgique. Quelque temps après, la femme devient rhumatisante ; douleurs dans le genou.

Je pourrais vous citer encore d'autres faits de douleurs névralgiques dans le membre supérieur gauche, accompagnées de palpitations du cœur sans lésion de cet organe, mais ces faits n'auraient, en réalité, qu'une valeur médiocre. Ainsi M. Leudet (de Rouen) a signalé des cas où la névralgie siégeait dans le bras *droit* au lieu du bras gauche ou bien encore dans le nerf sciatique. Ce qui n'a rien de surprenant, puisqu'il s'agit de phénomènes réflexes. Or vous savez que l'aboutissant du réflexe n'est pas toujours en relation directe avec le point de départ, les voies de ce réflexe pouvant être modifiées. C'est ainsi que je pourrais vous citer certaine femme du monde dont le réflexe — réflexe moral très douloureux — siégeait dans l'anus. Chaque fois qu'elle voyait son valet de chambre prendre des charbons ardents avec ses doigts, elle éprouvait des douleurs anales extrêmement vives.

Mais, pour en revenir aux phénomènes cardiaques dont je vous ai parlé en commençant, que signifient-ils ? Lorsqu'on est en présence de sujets semblables à celui que nous avons en ce moment dans nos salles, on songe immédiatement à quelque affection du cœur, et la première chose que l'on fait est d'examiner avec soin l'organe central de la circulation. Or généralement, on le trouve plus volumineux qu'à l'état normal, d'où l'on cherche aussitôt si cette hypertrophie est primitive ou secondaire. Quant aux douleurs précordiales, il faut également chercher, avant d'émettre un diagnostic, s'il ne s'agit pas de quelque tumeur anévrysmale, si ces douleurs sont antérieures, comme début, à celles dont le malade souffre aussi dans le bras, s'il n'y a pas là non plus quelque angine de poitrine.

Quant au pronostic, il est relativement bénin, quoique les accidents aient souvent une longue durée ; il est d'autant plus bénin que l'électrisation permet d'en espérer la guérison ou tout au moins une atténuation assez rapide.

RÉTRÉCISSEMENT DE L'URÈTHRE COMPLIQUÉ

GUÉRISON PAR L'ÉLECTROLYSE LINÉAIRE SE MAINTENANT DEPUIS SIX MOIS

Par M. le docteur J. Fort, ancien interne des hôpitaux.

D..., mécanicien, soixante-quatre ans, n'a jamais eu de maladie sérieuse.

Son père est mort à soixante ans d'une maladie de vessie, sa mère à quarante-cinq ans, d'une fluxion de poitrine.

Rien à noter du côté des collatéraux.

Début. — D... est atteint de *rétrécissement* de l'urèthre depuis *une dizaine d'années*. Depuis huit ans il y a *incontinence* incomplète d'urine. Dans la journée l'urine s'écoule le plus souvent goutte à goutte et tache les vêtements du malade; pendant la nuit, il parvient quelquefois à conserver son urine. Néanmoins, lorsqu'il vide sa vessie, c'est goutte à goutte, et quelquefois avec un jet très fin.

Malgré l'incontinence, l'urine s'accumule en petite quantité dans la vessie. Les envies d'uriner sont très fréquentes jour et nuit. Il s'écoule rarement deux heures entre deux mictions.

L'urine est trouble et ammoniacale.

D... est resté dans cet état pendant une dizaine d'années, souffrant toujours et ne réclamant pas les secours de l'art.

Complication. — En janvier 1888, D... fut pris de *douleurs lombaires* si intenses, qu'il ne put plus travailler, et qu'il demanda son admission à l'Hôtel-Dieu. Il était si bien accoutumé à son affection des voies urinaires, qu'il ne s'en plaignit pas à l'hôpital, où il fut traité pour un lumbago pendant trois mois. Mais comme l'état du malade s'aggravait au lieu de s'améliorer, et qu'il se produisait des symptômes généraux sérieux, M. Thiroloyx, l'interne du service, porta ses investigations du côté des voies urinaires et constata la présence d'un rétrécissement très serré et fit passer le malade en chirurgie, où il fut admis dans le service de M. le professeur Richet, salle Saint-Jean, n° 3.

Examen. — Le malade fut examiné avec soin, il était porteur de *deux rétrécissements*, ayant chacun moins de 2 millimètres, et situés, l'un à 12 centimètres du méat, l'autre à 13, mesures prises pendant la traction légère du pénis, au moment de l'introduction de la bougie. La bougie n° 4, filière Charrière, pénétrait avec difficulté.

Il y avait 120 pulsations ; la température était de 38°4. Il y avait une inappétence presque absolue ; la soif était un peu vive. D... éprouvait fréquemment de petits frissons ; il était en réalité assez malade pour ne pas quitter le lit.

A ces symptômes s'ajoutait un tremblement permanent des mains comme on l'observe chez les alcooliques de profession.

Il se produisait évidemment une altération des parties profondes de l'appareil urinaire.

Le malade était entré dans le service de M. Richet, précisément au moment où l'éminent professeur voulait se rendre compte de la manière dont j'opérais les rétrécissements de l'urèthre par l'électrolyse.

Invité par M. Richet à opérer D... à l'amphithéâtre de la cli-

nique, devant son auditoire ordinaire, je procédai de la manière suivante :

Opération. — Le malade fut opéré le 1er mai 1888. *L'uréthro-électrolyseur linéaire* fut introduit. La partie filiforme de l'instrument traversa le rétrécissement et la lame de platine alla buter contre le point rétréci. L'instrument étant ainsi placé, je l'adaptai au pôle *négatif* d'une pile à courant continu de Gaiffe. Je plaçai le pôle *positif* à la partie supérieure de la cuisse gauche du malade, au moyen d'une plaque de zinc recouverte d'une peau de chamois mouillée d'eau salée. Les choses ainsi disposées, j'établis le courant et je pris douze éléments qui donnèrent, pendant l'opération, une force de *trente milliampères.*

J'exerçai une douce pression sur le bouton d'ivoire de mon instrument et, au bout de quelques instants, la lame de platine traversa le point rétréci et pénétra dans la vessie.

Le courant fut alors interrompu.

L'interne qui tenait sa montre à la main constata que l'opération avait duré deux minutes et demie.

Le malade déclara n'avoir pas souffert, si ce n'est une légère piqûre à la cuisse. Il n'avait manifesté, du reste, aucune souffrance pendant cette courte opération.

Je retirai l'instrument, et pour convaincre les assistants de la réussite de l'opération, j'introduisis une bougie n° 18 que je retirai aussitôt. Le malade n'avait pas perdu une goutte de sang.

Suites. — D... retourna à pied à son lit. Il urina trois fois dans la journée avec un jet naturel. Depuis le jour de l'opération, son état s'améliora rapidement. Les douleurs lombaires, l'incontinence, les symptômes de cystite et le tremblement disparurent insensiblement, à tel point que, peu de jours après, D... servait d'aide aux infirmiers et qu'il avait un appétit qui lui était inconnu. Enfin, disait-il, il se sentait plus jeune de vingt ans.

Trois semaines après l'opération, M. Richet fit uriner le malade devant son auditoire. Il urina avec un gros jet. J'introduisis de nouveau la bougie n° 18.

On n'a jamais passé de bougies au malade depuis le jour de l'opération. Il est sorti de l'hôpital en parfaite santé, qui se maintient encore aujourd'hui.

Ce cas mérite d'être suivi, mais, tel qu'il est, il nous semble qu'on doit le prendre en sérieuse considération. Après avoir assisté à l'opération, on peut constater l'exactitude des assertions contenues dans notre mémoire (1). En effet, l'opération n'a pas été douloureuse, elle a été faite rapidement, elle ne s'est accompagnée d'aucun écoulement sanguin, elle n'a nécessité aucune sonde à demeure, le malade n'a pas gardé le lit même pendant une heure, enfin, il n'y a eu ni frisson, ni fièvre, ni aucun accident consécutif. La guérison a été immédiate. Et depuis six mois cette guérison se maintient.

NOTES CHIRURGICALES

L'acide lactique dans le traitement des ulcérations tuberculeuses de la peau et des muqueuses. — Récemment, nous avons rendu compte du travail si intéressant que M. le docteur Heryng (de Varsovie) venait de publier sur la curabilité de la phthisie du larynx, par le traitement chirurgical (2). On se rappelle que cet auteur, après Krause, a obtenu les meilleurs résultats de l'emploi de l'acide lactique dans la tuberculose laryngée. Dans un des derniers numéros (3) du *Lyon médical*, M. Rafin rapporte quatre observations d'ulcérations tuberculeuses de la langue et de lupus ulcéreux du nez qui furent guéris par l'usage de l'acide lactique. Sous l'influence de l'application des solutions lactiques, il n'y a pas d'escharification des tissus, le fond de l'ulcère se déterge peu à peu, perd son caractère spécifique, revêt l'aspect d'une plaie franche et de bonne nature, et finalement se cicatrise.

Sans connaître encore le mode d'action de l'acide lactique sur l'ulcère tuberculeux, sans savoir s'il agit comme parasiticide ou comme simple topique modificateur, on doit enregistrer, comme un fait acquis, les guérisons qu'il procure. Si l'on réfléchit que les topiques, jusqu'alors essayés, étaient si peu efficaces, qu'on en est venu jusqu'à l'ablation du foyer du mal, par le bistouri ou le thermocautère, on accueillera favorablement cette médication nouvelle qui guérit, à moins de frais, des lésions si souvent rebelles à la thérapeutique.

La solution que recommande M. Rafin est une solution à 80 p. 100, c'est-à-dire :

Acide lactique.	80 grammes.
Eau	20 —

Avec un pinceau, imprégné de cette solution, on fait des attouchements, que l'on renouvelle chaque jour.

Du traitement de la kérato-conjonctivite phlycténulaire des scrofuleux. — Rien n'est fréquent comme cette affection si rebelle de la cornée et de la conjonctive que l'on désigne communément sous le nom d'*ophthalmie des scrofuleux.*

Il n'est pas besoin de décrire longuement cette affection, si facile à reconnaître. Chez un enfant de quatre à douze ans, on voit apparaître au pourtour de la cornée un petit point blanchâtre, au centre d'une zone vasculaire. Ce point devient rapidement une vésicule, qui s'affaisse en quelques jours. Ces vésicules, rarement isolées, peuvent être confluentes et se manifester par poussées. Il en résulte une inflammation conjonctivale intense qui prend bientôt la première place et semble reléguer au deuxième rang les phlyctènes, origine première de la maladie.

Mais la cornée reste rarement indemne et la kératite ulcéreuse avec toutes ses conséquences fâcheuses est la compagne trop fréquente de la conjonctivite.

Cette inflammation spéciale des membranes externes de l'œil, remarquable déjà par sa marche en poussées successives, se caractérise également par sa tendance aux récidives fréquentes et tenaces.

Cette maladie, jusqu'alors attribuée à la diathèse lymphatique, à la scrofule, vient d'être étudiée à nouveau par M. le docteur Augagneur, chargé, à Lyon, d'un service d'enfants, qui vient enfin de formuler, sur la nature de cette affection, une opinion bien plus conforme aux idées admises actuellement sur cette entité, entièrement factice, qu'on appelle la scrofule.

Le mémoire que publie le chirurgien lyonnais s'appuie sur vingt-six observations, et il arrive à cette conclusion, que la kérato-conjonctivite des enfants n'est que le résultat d'inoculations, d'ulcérations tuberculeuses cutanées du cuir chevelu et de la face, et surtout qu'elle est due à une rhinite chronique, qui est la cause de ces récidives interminables et tenaces de la lésion conjonctivale.

Cette rhinite peut être due à une poussée impétigineuse de la face interne des narines ou de la pituitaire. Dans ce cas, la coïncidence de la rhinite et de la lésion oculaire est facilement constatée; mais, le plus souvent, la rhinite que l'on observe n'est pas due à l'impétigo; plus cachée, moins nette dans ses symptômes, elle demande à être recherchée pour être reconnue. Cette inflammation de la muqueuse nasale revêt deux formes; la rhinite œdémateuse et la rhinite sèche. Dans le premier cas, le diagnostic se fait par l'aspect de la muqueuse tuméfiée, rougeâtre, par l'écoulement glaireux et abondant, et par la fréquence des suintements sanguins.

Dans la deuxième forme, ce sont des croûtes sèches qui se forment, les enfants se mouchent peu, mais, en revanche, sont sans cesse incités à introduire leurs doigts dans les narines et à

(1) Fort. *Nouveau procédé pour guérir les rétrécissements de l'urèthre rapidement et sans aucun danger.* — Paris, 1888, E. Lecrosnier.

(2) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 994.

(3) 8 juillet 1888.

calmer par le grattage la sensation de sécheresse qu'ils éprouvent.

Souvent on note une adénopathie cervicale et parotidienne, témoignage irréfutable de la lésion nasale.

De cette constatation fort intéressante, M. Augagneur tire la conclusion suivante, c'est qu'en considérant attentivement la marche de la maladie, on doit admettre que la rhinite précède et engendre la lésion kérato-conjonctivale. De là une thérapeutique particulière. Du côté des yeux, il faut supprimer toute médication active, se borner à des lavages astringents et au port d'un bandeau flottant.

Mais on doit diriger du côté des narines les efforts de la thérapeutique.

S'il a affaire à une rhinite impétigineuse, le médecin doit faire tomber les croûtes par une irrigation tiède et panser les ulcérations avec de la vaseline boriquée à 3/30.

Le traitement le plus commode se borne à l'emploi de poudres antiseptiques, mieux tolérées que les injections, surtout par les enfants, et dont l'emploi peut être maintes fois renouvelé dans la journée.

Voici la formule conseillée par M. Augagneur :

Camphre pulvérisé . . . . } *ãã*
Acide borique . . . . }
Sous-nitrate de bismuth . . . . . }

On peut, soit insuffler cette poudre, si l'enfant est très jeune, ou mieux la faire priser dix à douze fois par jour.

Sous l'influence d'une médication aussi simple, la lésion oculaire se modifie parallèlement à la lésion nasale.

Restait à déterminer la nature de cette rhinite. Souvent, nous venons de le voir, c'est de l'impétigo ; mais plus fréquemment encore ce serait une localisation chronique de la rougeole, et la persistance d'un coryza rubéolique.

A. Ricard.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 octobre 1888. — Présidence de M. Siredey.

PRÉSENTATIONS

Tubercules anatomiques et lymphangite tuberculeuse. — M. MOREL-LAVALLÉE présente un malade du service de M. Fournier, actuellement suppléé par M. Quinquaud.

Cet homme, ancien garçon d'amphithéâtre, portait depuis quatre ans à la main droite une série de tubercules anatomiques; depuis un an, il avait quitté ses occupations, quand subitement, il y a quelques mois, survint une explosion de gommes lymphangitiques tuberculeuses échelonnées de la main au coude. La santé générale est encore intacte. Le traitement suivi jusqu'à présent a consisté en injections de vaseline iodoformée à 1 p. 100, faites à la racine du membre.

Ce cas démontre une fois de plus la nature tuberculeuse du tubercule anatomique.

Corne du gland. — M. CHAUFFARD présente le moulage d'une corne du gland, mesurant 3 centimètres et demi de long et 2 centimètres et demi de diamètre à son point d'implantation. Elle est dure comme une corne de bélier et a sa pointe contournée en spirale. Elle est caduque, bisannuelle. Le malade, qui a soixante-neuf ans, fut circoncis il y a quelques années, pour un petit papillome du frein. On enleva le papillonne et le prépuce; mais la tumeur se reproduisit et nécessita une deuxième excision, à la suite de laquelle la corne apparut pour la première fois. Lorsqu'elle tomba, au bout de deux ans, l'examen histologique de sa base démontra qu'il s'agissait bien d'un papillome corné. Depuis, elle s'est reproduite, et elle gêne considérablement le malade, non pas pour l'exercice des fonctions génésiques — son âge explique suffisamment la chose — mais pour marcher, d'autant que la corne, implantée près de la couronne du gland, sur la face supérieure, se dirige d'arrière en avant et de dedans en dehors.

Kyste hydatique du foie traité par l'aspiration. — M. TROISIER. La ponction simple peut amener la guérison des kystes hydatiques du foie, surtout s'il s'agit d'un kyste jeune et uniloculaire. Il faut y avoir recours avant tout autre mode de traitement.

Le malade que je présente a subi la ponction aspiratrice avec le trocart n° 1 de l'appareil Dieulafoy, il y a deux ans. On a extrait un litre de liquide limpide, contenant des échinocoques. Il s'est produit un léger mouvement fébrile dans les trois jours qui suivirent, sans accidents locaux. Le rétablissement fut rapide. Aujourd'hui la santé est excellente, mais le foie reste un peu plus gros qu'à l'état normal; cependant, il est probable que le kyste ne s'est pas reproduit, car on a pu constater la diminution progressive du foie à partir de la ponction. Peut-être s'agit-il d'un autre kyste développé plus profondément?

M. BUCQUOY vient d'examiner ce malade et le considère comme atteint de nouveau d'un kyste hydatique du foie. On sent, dit-il, une masse arrondie, saillante, globuleuse, donnant tout à fait la sensation d'un kyste hydatique, au moins à première vue.

M. FÉRÉOL partage l'opinion de M. Bucquoy et ajoute que le malade se plaint encore de quelques douleurs.

M. LABBÉ fait observer que les kystes, qui ont été considérés comme guéris après une ponction simple, récidivent toujours après deux ou trois ans. Il en cite plusieurs exemples. Il ajoute qu'il est un moyen de diagnostic précieux, c'est la présence de l'albumine dans le liquide kystique, indiquant que les échinocoques n'existent plus.

M. MOUTARD-MARTIN a opéré une jeune fille, il y a dix ans, de deux kystes hydatiques qui ont guéri chacun après une seule ponction. Il a revu cette jeune fille et la considère comme absolument guérie. Elle avait huit ans au moment où elle a été opérée.

COMMUNICATION

Des rapports du pouls lent permanent avec l'urémie. — M. DEBOVE fait une communication sur les rapports du pouls lent permanent avec l'urémie. Le pouls lent permanent est caractérisé par la lenteur du pouls, la permanence de cette lenteur, des accès de dyspnée, des syncopes suivies de crises épileptoïdes légères. M. Charcot, qui a fait de cette affection une description magistrale, n'a trouvé aucune altération au bulbe. M. Debove a fait à ce sujet des recherches microscopiques également négatives. L'hypothèse d'une affection bulbaire manque donc de consécration anatomique.

M. Debove communique l'observation d'un homme âgé de plus de quatre-vingts ans, qui a présenté tous les signes de cette affection. La dyspnée était surtout intense chez lui. En raison de cette dyspnée, il pensa qu'il pouvait y avoir de l'urémie. En effet, il ne trouva que 7 à 8 grammes d'urée. Il soumit ce malade au régime lacté et, depuis, il a constaté chez lui une amélioration considérable. Il en conclut que les troubles observés chez ce malade tenaient à l'urémie et non au pouls lent permanent qui a persisté, le malade étant guéri des autres accidents. Toutefois il considère, dans ce cas, les accidents urémiques comme la conséquence du ralentissement des battements du cœur.

Il rappelle, à ce sujet, les expériences de Claude Bernard sur l'influence du ralentissement du cœur, sur la tension artérielle et l'excrétion urinaire et, rapprochant de ces expériences le fait qu'il vient d'observer, il en conclut à un rapport de cause à effet entre le pouls lent permanent et les troubles urémiques.

M. RENDU dit que le fait de M. Debove est à retenir, mais l'interprétation lui semble discutable.

D'abord, il n'est pas prouvé que ce malade eût une affection rénale. Or, admettre d'emblée une urémie sans aucun symptôme de dégénérescence rénale, c'est faire une hypothèse hasardée.

En second lieu, l'amélioration produite sous l'influence du

régime lacté ne prouve pas nécessairement que le point de départ des accidents fût d'origine urémique. Le malade de M. Debove mangeait à peine au moment où il était sous le coup de ses syncopes perpétuelles : l'ingestion du lait, en augmentant son taux nutritif, a dû nécessairement accroître chez lui la quantité de l'urée et celle de l'urine.

J'ajouterai que, chez les vrais urémiques, les troubles bulbaires que l'on constate se montrent bien plutôt sous la forme du pouls irrégulier et de dyspnée intermittente (phénomène de Cheyne-Stokes) que sous celle de pouls lent régulier. Le malade de M. Debove, même amélioré, a gardé la lenteur de ses pulsations, ce qui prouve que celle-ci n'était pas la conséquence d'un mauvais état des reins.

Le pouls lent permanent est pour M. Rendu une affection primitivement bulbaire; et, sans nier que des urémiques vrais ne puissent présenter ce syndrome, il croit que, dans la grande majorité des cas, c'est un symptôme tout à fait indépendant d'une altération rénale et même cardiaque.

M. DEBOVE a dit, ou du moins croit avoir dit, que le pouls lent pouvait être une cause d'urémie, mais il n'a pas entendu soutenir la thèse inverse, à savoir que l'urémie causait le pouls lent.

M. GINGEOT soigne depuis quelques années une femme de quatre-vingt-trois ans, brightique celle-là, qui urine, en général, un litre en vingt-quatre heures, et dont le pouls est à 30 ou 32.

Il y a deux ans la quantité d'urine tomba à 500 grammes *pro die*, l'urée à 7 grammes, et il observa les accidents signalés par M. Debove. Cela dura deux jours, puis tout rentra dans l'ordre.

En ce qui concerne le pouls, il ne dépassa pas quarante pulsations au cours d'une bronchite grave, survenue il y a trois ans, et alors que la température axillaire atteignait 39 degrés.

Chez cette malade, le lait a, comme dans le cas de M. Debove, amené une diurèse favorable (un litre un quart au lieu de 500 gr.) au moment de la crise.

La séance est levée.

SOUSCRIPTION

EN FAVEUR DE LA VEUVE D'UN CONFRÈRE

ONZIÈME LISTE

Mmes	V. Kirmisson	40 fr.
—	Rottenstein	40
MM. les docteurs	Bucquoy (de l'Académie de médecine)	20
—	Hermet	20
—	Léon Labbé (de l'Académie médecine)	50
—	Moricourt	10
—	N. Pascal	40
	Dixième liste	5152
	TOTAL	5372 fr.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 27 octobre 1888, un concours s'ouvrira le 20 juin 1889, à la Faculté de médecine de Montpellier, pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'École de médecine de Marseille.

— Le concours de l'internat des hôpitaux de Bordeaux vient de se terminer par les nominations suivantes :

MM. Baudet, Lacaze, Regnier, de Coquets, Labougle, Estradère, Lamacq, de Sardac et Bégouin.

— Le concours de l'externat des hôpitaux de Lyon s'est terminé jeudi soir par les nominations suivantes :

Titulaires : MM. Mathieu, Tellier, Allemand, Marotte, Lagoutte, Geley de Giverdey, Perriot, Tuja, Genoud, Barjon et Barraud.

Suppléants : MM. Roussy, Chapuis, Casimir Faure, Lathuraz-Viollet, Thevenet, Mercier, Moullade, Bayle, Montoja, Perriollat, Alex, Gérard, Cadot, Grivet, Deydier, Pillard, Jeannin, Cotsos, Garcin, Sortais, Ogier, Branthomme, Guyod, Bourdin, Savigné et Guedeney.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur Tarnier est chargé du cours de clinique obstétricale.

M. le docteur Ménétrier est nommé chef des travaux anatomiques au laboratoire de clinique médicale — hôpital de la Pitié — en remplacement de M. Duflocq, appelé à d'autres fonctions.

M. Belin est nommé chef des travaux chimiques du même laboratoire, en remplacement de M. Ménétrier.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. le docteur Denigès est maintenu dans les fonctions d'agrégé de chimie, et, en outre, dans les fonctions de chef des travaux chimiques et pharmaceutiques.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — Le concours pour deux places de chef de clinique médicale s'est terminé par les nominations suivantes :

M. Mouisset, attaché à la clinique de M. le professeur Lépine; — M. Roque, attaché à la clinique de M. le professeur Boudet.

M. Désir de Fortunet est proclamé chef de la clinique des maladies syphilitiques et cutanées.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Granel, agrégé, est chargé d'un cours de botanique et d'histoire naturelle médicale.

— *École de médecine de Poitiers.* — M. le docteur Bertaud est institué chef des travaux anatomiques et physiologiques.

— *Faculté des sciences de Lyon.* — Des congés sont accordés à MM. Dérut, préparateur de botanique, et Martin, préparateur de chimie générale.

— M. le docteur Landes, agrégé, est nommé médecin légiste du parquet de Bordeaux, en remplacement de M. le docteur Lafargue, démissionnaire.

— M. le docteur Cousyn, médecin adjoint au lycée de Lorient, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. le docteur Faton, démissionnaire.

M. le docteur Waquet est nommé médecin adjoint dudit lycée, en remplacement de M. le docteur Cousyn, nommé titulaire.

— M. le docteur J.-A. Fort, ancien interne des hôpitaux, ancien professeur libre d'anatomie à l'École pratique de la Faculté, commencera sa clinique des maladies des voies urinaires le jeudi 8 novembre 1888, à neuf heures, rue Dauphine 16. Des consultations gratuites seront données tous les mardis, jeudis et samedis de neuf heures à onze heures.

— M. le docteur Dubief commencera, dans la première semaine du mois de novembre, une série de leçons théoriques et pratiques de bactériologie. Pour suivre ces leçons, s'adresser au laboratoire de l'hôpital Cochin, tous les matins, à l'heure de la visite hospitalière.

— M. le professeur G. Pouchet commencera, au Muséum, le cours d'anatomie comparée, le mardi 6 novembre 1888, à neuf heures trois quarts du matin, dans le laboratoire d'anatomie comparée, 55, rue de Buffon, et le continuera les jeudi, samedi et mardi de chaque semaine, à la même heure. — Le mardi et le jeudi, le professeur expliquera l'organisation des Ichthyopsides et des Sauropsides. Le samedi, conférence pratique à la même heure. Les élèves, pour suivre ces conférences, devront se faire inscrire à l'avance au laboratoire d'anatomie comparée.

Nota. — Le laboratoire d'anatomie comparée du Muséum est ouvert, pour la dissection des animaux de pays et exotiques, tous les jours de dix heures à quatre heures.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

53

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

Sᵗ dép. dét. à Paris, Phⁱᵉ LEBEAULT, 53, Réaumur.

ENTREPOT GÉNÉRAL : 5, rue Bourg-L'Abbé, Paris.

34

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents ou valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

46

VICHY, PASTILLES DIGESTIVES

Fabriquées à Vichy, avec les Sels extraits des Eaux. Elles sont d'un goût agréable et sont prescrites contre les aigreurs et les digestions difficiles.

Boites de 1, 2 et 5 fr.

SELS DE VICHY POUR BAINS

Le rouleau pour un bain, 1 fr. 25.

SUCRE D'ORGE DE VICHY

Excellent Bonbon digestif. Boites de 1, 2 et 3 fr.

Exiger sur les produits ci-dessus les marques de la Compagnie.

A Paris, 8, boulevard Montmartre; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré, où se trouvent à prix réduits toutes les eaux minérales naturelles sans exception.

09

THÉ DE CHINE ET DES INDES

MARQUE DÉPOSÉE. **LE DÉLICIEUX** MARQUE DÉPOSÉE.

de **E. THIBAULT,** importateur, NANTES.

Le **Thé LE DÉLICIEUX** est exclusivement composé de thés noirs de qualités extra-supérieures et choisies avec le plus grand soin. Il mérite d'être recommandé :

A toutes les personnes soucieuses de leur santé, si elles doivent en faire usage comme tonique, stimulant ou stomachique;

A toutes les personnes en général faisant un usage journalier de cette boisson et qui peuvent, plus que toutes les autres, en apprécier la finesse et le parfum délicat;

Enfin à toutes les maîtresses de maison ayant à cœur de bien traiter leurs invités.

Dépôt général : A Nantes, E. THIBAULT, 15 et 19, r. Saint-Léonard. — *Gros :* A Paris, MICHELAT et LESUEUR, 9, r. des Guillemites. — *Détail :* Tᵗᵉˢ phⁱᵉˢ.

23

NÉVRALGIES, MIGRAINES, FIÈVRES.

PILULES DE SAINT-CLOUD

Chaque pilule contient 1/5ᵉ de milligramme d'*Aconitine,* du *Valérianate de Quinine* et du *Valérianate de zinc.*

Phⁱᵉ DUFILHO, Saint-Cloud, et tᵗᵉˢ pharmacies.

74

SULFONAL RIEDEL

NOUVEAU REMÈDE **soporifique** ET **calmant.**

Ne cause aucun trouble et n'affecte ni les organes digestifs ni ceux de la respiration.

Dépôt chez *tous les droguistes et comᵗᵉˢ.*

15

SIROP-ZED (A BASE DE CODÉINE PURE, DE TOLU ET D'EAU DE LAURIER-CERISE)

Aux propriétés somnolentes de la codéine s'ajoutent utilement celles si sédatives de l'eau de *laurier-cerise,* agissant là comme l'émulsion d'amandes des loochs; enfin l'action du tolu sur les sécrétions bronchiques, complètent l'ensemble d'un médicament certain.

Le sirop pectoral du docteur Zed est un calmant précieux contre les *accès spasmodiques de toux convulsive, coqueluche, toux des phthisiques, affections des bronches, insomnies,* etc.

Paris, 22 et 19, rue Drouot. *Dr. Zed*

69

AFFECTIONS UTÉRINES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

LIQUEUR DE LAPRADE

à l'albuminate de fer.

Spécifique de l'irrégularité de la menstruation.

21

POUGUES SAINT-LÉGER

Les seules eaux alcalines reconstituantes

Maladies de l'estomac et des intestins, gravelle, diabète, appauvrissement du sang, métrites, leucorrhée, dysménorrhée, chlorose, anémie.

Des caisses sont mises, à titre gracieux, à la disposition de MM. les docteurs. Adresser les demandes, 22, Chaussée d'Antin, Paris.

62

PHTHISIE, AFFECTIONS DES BRONCHES.

CAPSULES MOLLES DE BOURGEAUD

à la **CRÉOSOTE VRAIE** du goudron de hêtre et à l'**Huile de foie de morue.** — *Récompense unique à l'Exposit. universelle de Paris,* 1878. Les seules expérimentées et employées dans les hôpitaux de Paris. — BOURGEAUD, pharm. de 1ʳᵉ cl., fourn. des hôp., 20, r. de Rambuteau, Paris.

CAPSULES contenant 0,02, 0,05 et 0,10 de créosote, la boîte, 4 fr. — VIN et HUILE créosotés conten. 0,20 de créosote par cuillerée, la bouteille, 5 fr.

111

ÉLIXIR FERRO-ERGOTÉ MANNET

Par cuil. à café : Ergot, 0,05; Citr. de fer amm., 0,10.

INDICATIONS : **Chlorose des jeunes filles,** anémie liée à des troubles utérins, **Métrite chronique,** inertie de la matrice, **Incontinence d'urine, Métrorrhagies** consécutives à l'avortement et à l'accouchement, **Ménorrhagie** de la puberté, etc.

2, *Place Vendôme,* PARIS. *F. Mannet*

4

VIN DE BELLINI (ET QUINA COLOMBO)

Fortifiant, fébrifuge, contre les affections scrofuleuses et scorbutiques, les fièvres, les névroses, l'anémie, la chlorose, les diarrhées chroniques.

DETLAN, à Paris, et toutes pharmacies de France et de l'étranger. *Bellini*

47

PIN D'AUTRICHE DE JOSEPH MACK

PINUS PUMILIO

ESSENCE pour inhalation et fumigation contre affection des voies respiratoires.

EXTRAIT pour bain anti-rhumatismal.

SOLUTION pour frictions fortifiantes et anti-rhumatismales.

CELLULES contre maladies des bronches, poumons et catarrhes vésicaux.

SIROP ET PATE contre Toux, Rhume et maladies catarrheuses.

Inhalateur perfectionné viennois, Flanelle, Ouate, Plastrons, Gants pour frictions.

Dépôt : Phⁱᵉ M. TALLON, 49, avenue d'Antin, Paris. — Envoi franco d'échantillons gratuits. Exiger la signature, *Joseph Mack*

42

CACHETS DIGESTIFS H. MOURRUT

PEPSINE ET DIASTASE

Les cachets Mourrut sont la préparation la plus convenable pour administration de la Pepsine et de la Diastase. Ces deux ferments digestifs sont insolubles dans l'alcool, qui les précipite de leur dissolution dans l'eau; on ne doit donc pas les administrer dans un liquide alcoolique (BOUCHARDAT, *Annuaire,* 1880, p. 138).

Phⁱᵉ CHAMPIGNY, 57, r. Clichy; 10, r. Port-Mahon.

66

BLENNORRHAGIE — CYSTITE

ÉCOULEMENTS AIGUS OU CHRONIQUES DE L'URETHRE OU DE LA VESSIE.

PILULES DE KAVA FOURNIER

Ces pilules guérissent en quelques jours, surtout l'état aigu, sans *fatigue pour l'estomac,* ni *renvois,* ni *diarrhée,* ni *odeur des urines.*

Médaille d'or, Paris 1885.

Exiger sur chaque pilule la signature du Dʳ FOURNIER, 22, place de la Madeleine, Paris.

37

LE PHOSPHATE MONO-CALCIQUE

CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.

Vin id. id. à 1 — 60.

Paris, 145, r. de Belleville, et bonnes phⁱᵉˢ.

47

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

65

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPOT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

70

LES BONBONS DE FER DIASTASÉ

du Dʳ V. BAUD

CONTIENNENT 1 CENTIGR. 1/2 DE CITRATE DE FER

Le nouveau mode de préparation que nous appliquons au **Fer,** accroît beaucoup son efficacité curative et fait disparaître les actions locales irritantes de sa forme chimique, en lui substituant une loi de la nature, qui le rend plus apte à exercer sans troubles son action digestive et d'assimilation.

Notre méthode consiste à provoquer un mouvement de germination dans la graine de cresson; à obtenir qu'elle absorbe et assimile une solution médicamenteuse titrée. Pendant ce travail vital, elle développe une abondante diastase, principe de la salive et de la digestion.

Reste à dragéifier ces graines en évitant de compromettre les principes diastasiques, et, selon l'expression du savant **Bouchardat,** le malade peut avaler son médicament dans son laboratoire. (*Voir la brochure*). *Dʳ V. Baud*

Paris, 22 et 19, r. Drouot.

72

PILULES SUISSES

(*Pilules de coloquinte composées*)

PURGATIVES, LAXATIVES, DÉPURATIVES

MM. les médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. HERTZOG, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

67

ANTIPYRINE (CACHETS LIMOUSIN)

NOUVEL ANTIPYRÉTIQUE ÉNERGIQUE.

4 à 6 cachets amènent un abaissement de température de 2 à 4 degrés 1/2.

L'étui de 20 cachets de 0,50ᶜᵉⁿᵗ. . . . *5 fr.*

1/2 étui de 10 cachets . . . . . . *2 fr. 50*

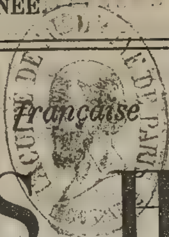
Phⁱᵉⁿ ✻, 2 *bis,* r. Blanche, Paris. Envoi par poste.

50

MALADIES DU CŒUR

Palpitations, Affections mitrales ou aortiques, Anévrysmes, Hydropisies, guéris par **DRAGÉES TONICARDIAQUES LE BRUN (caféine iodoformée).** Dépôt Gʳᵃˡ : Phⁱᵉ Cˡᵉ Fᵍ Montmartre, Paris.

N° 127. — MARDI 6 NOVEMBRE 1888. 61e ANNÉE. MARDI 6 NOVEMBRE 1888. — N° 127.



Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. BROUARDEL.

Du maintien des officiers de santé. — Du service militaire des médecins.

J'aborde aujourd'hui deux questions d'actualité, sur lesquelles je désire vous exposer quelques réflexions, parce qu'elles sont débattues en ce moment par les Chambres législatives et que vous pouvez être questionnés à ce sujet par des députés ou des sénateurs : je veux parler des officiers de santé et du service militaire des médecins.

Les conditions d'exercice des officiers de santé ont été fixées comme celles des docteurs par la loi de l'an XI. A ce moment, l'exercice de la médecine en France était absolument libre et un grand nombre de rebouteurs et de charlatans exploitaient la crédulité publique. Lorsqu'on a voulu faire cesser cette confusion, on s'est trouvé en présence de personnes qui auraient été incapables de passer un examen, mais qui avaient en quelque sorte une position acquise.

Fourcroy, qui avait été chargé de faire un rapport sur la situation, conclut à la possibilité d'utiliser cette catégorie de praticiens dans les pays pauvres qui se trouvaient sans médecins. Et, comme argument, un des membres de l'Assemblée prononçait cette phrase un peu naïve : « Chacun sait qu'à la campagne les mœurs sont pures, et par conséquent les maladies plus simples et plus faciles à soigner. » Quoi qu'il en soit, le but était de donner à la campagne des médecins.

On créa donc deux grades, celui de docteur qui ne pouvait être conféré que par une Faculté, et celui d'officier de santé qui se donnait dans les départements. Pour l'obtenir, on n'était astreint à aucune scolarité ; il suffisait de produire le certificat d'un docteur, attestant qu'on l'avait suivi pendant un certain laps de temps. Mais on ne pouvait exercer que dans le département où on avait été reçu.

Les choses ont bien changé depuis, mais la loi est restée la même : les officiers de santé n'ont le droit d'exercer que dans un département déterminé, tandis que les docteurs peuvent exercer sur tout le territoire français ; de plus, les premiers n'ont pas le droit de pratiquer les grandes opérations chirurgicales, s'ils ne sont assistés d'un docteur.

On ne peut guère prendre à la lettre cette seconde partie du règlement. En effet, il est absolument impossible d'interdire à un officier de santé qui se trouve éloigné de plusieurs lieues d'un docteur d'opérer une hernie étranglée, de faire une trachéotomie ou de lier une artère fémorale qui a été coupée dans une rixe. Il y a des cas où l'urgence couvre tout.

En revanche, il en est d'autres où il est toujours possible de différer l'intervention, par exemple lorsqu'il s'agit d'une cataracte, d'une taille, d'une lithotritie, etc.

Mais le point sur lequel je tenais à insister, c'est qu'au moment où on a établi les officiers de santé, on a voulu seulement régulariser la situation incorrecte d'un certain nombre de médecins. Quelques années plus tard, en 1845, on a mené une violente campagne contre les officiers de santé. Depuis lors tout a changé, les conditions ne sont plus les mêmes, il y a des examens très difficiles à subir et, pour ma part, je connais des officiers de santé qui sont médicalement aussi instruits que certains docteurs.

D'ailleurs, il y a actuellement en France 30373 communes sur 36000 environ qui n'ont ni docteur, ni officier de santé. De plus, en 1847, on comptait 18099 médecins, répartis en 10600 docteurs et 7500 officiers de santé ; en 1881, on comptait 14846 médecins, répartis en 11643 docteurs et 3209 officiers de santé ; enfin, en 1886, on comptait 14789 médecins, répartis en 11995 docteurs et 2794 officiers de santé.

Par conséquent, la diminution des médecins a toujours été en augmentant et la perte s'est faite sur les officiers de santé.

Eh bien ! la suppression des officiers de santé augmentera-t-elle le nombre des docteurs ? C'est là toute la question. Elle ne l'augmentera pas et voici pourquoi. Qui est-ce qui se fait officier de santé ? Il y a deux catégories : 1° ceux qui sont obligés de renoncer au doctorat, parce qu'ils n'arrivent pas à passer leurs examens ; 2° ceux qui sont nés d'artisans et qui ont fait un effort considérable pour aller plus loin que leur père.

Il est remarquable que le recrutement des officiers de santé se fait presque exclusivement dans certains départements : ce sont le Nord, la Somme, le Pas-de-Calais, l'Aisne et une petite oasis de la Gironde. En général, les départements pauvres n'en fournissent pas : dans la Lozère, il n'y en a pas eu un seul depuis trente ans.

On dit qu'il est antidémocratique de donner des grades différents à des individus qui doivent exercer la même profession. Je ne trouve pas antidémocratique de permettre à des individus d'arriver facilement à une position sociale bien au-dessus de leur origine. Je ne trouve pas antidémocratique d'assurer le service médical dans les campagnes.

On dit qu'il faut faire l'unité du titre. Pour y arriver il faudra abaisser la valeur des épreuves qui précèdent l'admission dans les Facultés, on ne pourra refuser à des jeunes gens laborieux, mais ayant une instruction générale inférieure, l'entrée de la carrière médicale. Il n'y aurait plus alors dans le corps médical ce fonds commun d'instruction du collège qui est bien nécessaire, car si par hasard le médecin est pris par son client en flagrant délit d'ignorance, la confiance est tout de suite ébranlée. Le jour où on aura fait l'unité du grade, le titre de docteur perdra de son prestige. Aussi je crois que nous n'avons aucun intérêt à supprimer les officiers de santé et à abaisser en ce moment la valeur du corps médical français qui, laissez-moi vous le dire sans forfanterie, est supérieur comme honorabilité, et comme pratique à ceux de tous les pays.

Je passe à la seconde question. Au point de vue médical, y a-t-il lieu de conserver le service militaire pour les médecins? Vous savez qu'une loi est projetée en ce moment sur le recrutement des médecins; si je vous en parle, c'est que je tiens à vous dire dans quel sens je crois l'intervention utile dans les commissions qui ont été nommées à ce sujet.

Il est incontestable que chacun doit le service militaire à son pays. Je veux montrer que nous devons servir jusqu'à cinquante ans, pour soigner des blessés, et qu'il y a intérêt pour l'armée à nous encadrer, dès le début, dans le service de santé de l'armée.

D'après les documents que l'on peut regarder comme officiels, l'armée allemande mobilise en temps de guerre 7099 médecins, dont 5635 pour l'armée de campagne et 1464 pour le service du territoire. On est donc en droit d'admettre qu'en cas de guerre la France, dont les troupes sont aussi nombreuses que celles de l'empire allemand, et qui a en plus à apurer le service médical de ses colonies, aura besoin au minimum de 8000 médecins. Or, comme l'effectif des médecins militaires du cadre actif qui, d'après la loi d'administration du 16 mars 1882, devrait être de 1300, est toujours en réalité inférieur à ce chiffre, il s'ensuit qu'en cas de mobilisation le service de santé a besoin, pour compléter les cadres de ses officiers, d'incorporer 6700 médecins civils au minimum.

Le nombre des docteurs en France est de 12000, desquels il faut déduire 500 médecins étrangers ou doctoresses. En outre, la loi prévoit un certain nombre de non-disponibles, qui paraissent devoir être évalués de la façon suivante :

Médecins-chefs des établissements nationaux de bienfaisance, d'asiles d'aliénés, de services sanitaires, etc., 200; professeurs et agrégés des Facultés, 250.

Par suite de ces réductions le nombre des docteurs se trouve ramené sensiblement à 11000.

Sur ce nombre, 1566 ont moins de trente ans d'âge, 3671 ont de trente à quarante ans, 2815 ont de quarante à cinquante ans, 1817 ont de cinquante à soixante ans, 929 ont de soixante à soixante-dix ans, et 698 ont plus de soixante-dix ans.

Nous avons donc 5237 docteurs ayant moins de quarante ans. Si, de ce nombre, on enlève les infirmes, il reste à peu près 4000 et, ce chiffre étant insuffisant, vous serez certainement requis plus tard que quarante ans, soit jusqu'à quarante-cinq ou cinquante ans, pour fournir au recrutement les 6000 médecins qui lui sont nécessaires.

Quels sont maintenant les projets de service militaire pour les étudiants en médecine? Il y a d'abord le projet d'après lequel vous seriez soumis à la loi des trois ans. Je ne me place pas ici au point de vue de la culture intellectuelle. Vous savez qu'en mathématiques, toutes les grandes découvertes ont été faites, par leurs inventeurs, avant l'âge de vingt-cinq ans; il serait facile de trouver une proportion analogue pour les lettres et pour les sciences.

Mais, d'après les règlements, il faut, pour obtenir le diplôme de docteur, cinq ans d'études. En réalité, il en faut six et ceux qui sont particulièrement travailleurs, mettent huit, neuf et dix ans. En comptant les trois années de service militaire, il faudra donc que les familles se disent que leurs fils seront en état de gagner leur vie au plus tôt à vingt-huit ans, et, s'ils sont très travailleurs, à trente-cinq ans. Vous pouvez être sûrs que le jour où cette loi passera il y aura une diminution sensible dans le nombre des étudiants en médecine.

En admettant, au contraire, qu'on vote le projet qui est actuellement discuté au Sénat, et d'après lequel vous ne feriez qu'un an, il s'agirait d'employer utilement cette année. Il y a déjà progrès de ce côté : on vous prenait autrefois comme infirmier, on vous reçoit maintenant comme médecins auxiliaires.

Mais je me demande si nous n'aurions pas avantage à faire comme en Allemagne; on doit un an de service *une fois docteur*, et cette année est ainsi partagée : pendant les six premiers mois, on apprend le métier de soldat, et, pendant les six derniers mois, le service du médecin en campagne. Je les ai vus à l'œuvre, et il m'a semblé qu'ils étaient parfaitement au courant de ce qu'ils avaient à faire.

Il faut que les médecins civils, pendant le temps qu'ils passent sous les drapeaux, reçoivent l'instruction non pas des hommes de troupe, mais des médecins militaires, et ce résultat ne pourra s'obtenir qu'en incorporant les étudiants non pas au milieu de leurs études, mais après leur réception au doctorat.

Voici, en résumé, mes conclusions : 1° il est inutile pour l'armée de dépenser votre temps à vous apprendre le maniement d'un fusil que vous n'aurez jamais à manier en temps de guerre; 2° il est très utile de vous apprendre ce que vous aurez à faire, et jusqu'à présent cette éducation est insuffisante.

Vous serez tous médecins militaires au moins jusqu'à quarante ans. Dans ces conditions, qu'on vous apprenne votre métier; je crois que c'est votre intérêt et encore plus celui de la France.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Péan.

Du morcellement appliqué à l'ablation des tumeurs (1).

(Leçons recueillies par M. Lapervenche, interne des hôpitaux.)

X

Les tumeurs sous-aponévrotiques des membres semblent au premier abord, bien autrement faciles à enlever que celles du cou; vous devez cependant en excepter celles qui

(1) Suite. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 882.

sont en rapport immédiat avec les troncs vasculo-nerveux importants, les grandes articulations, les bourses séreuses profondes et le squelette.

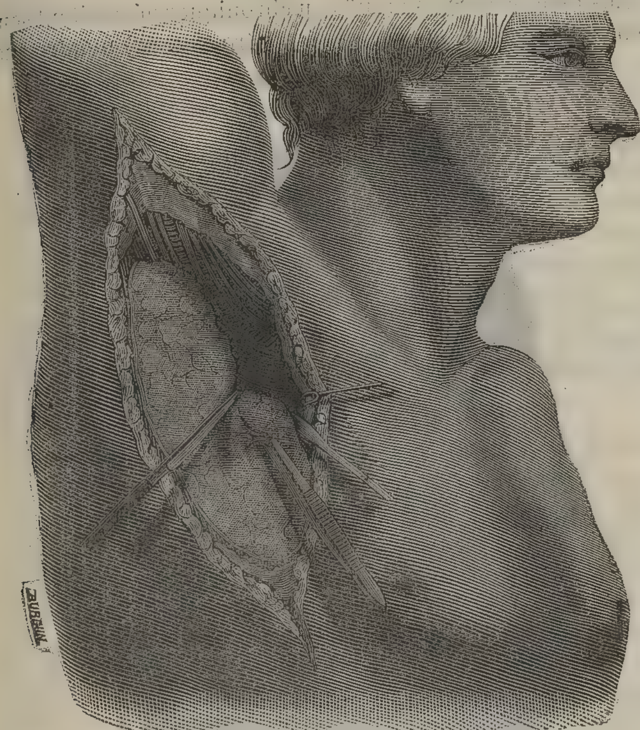


Fig. 18. — Ablation, par morcellement, d'un volumineux lipome de la région axillaire

Voici, par exemple, un malade auquel nous avons enlevé dernièrement, en votre présence, un grand lipome profond de la région axillaire. Vous nous avez vu, après l'avoir mis à nu, l'inciser dans toute son épaisseur, le disséquer du centre à la périphérie, le morceler et enlever séparément chaque portion, de façon à bien voir, pendant toute la durée de l'opération, les gros troncs vasculo-nerveux de voisinage (fig. 18).

Dernièrement aussi, vous nous avez vu enlever par morcellement un grand kyste sous-aponévrotique du creux poplité, qui avait pris naissance dans la bourse d'insertion du jumeau interne et avait des rapports intimes avec les gros vaisseaux et la synoviale articulaire. Voici comment nous avons procédé. Nous commençâmes par inciser sur la partie médiane de la région, parallèlement au grand axe du membre, les diverses couches qui recouvraient la tumeur, en ménageant le nerf et la veine saphène externes; puis, dès que nous aperçûmes la bourse distendue par le liquide séreux, nous l'incisâmes

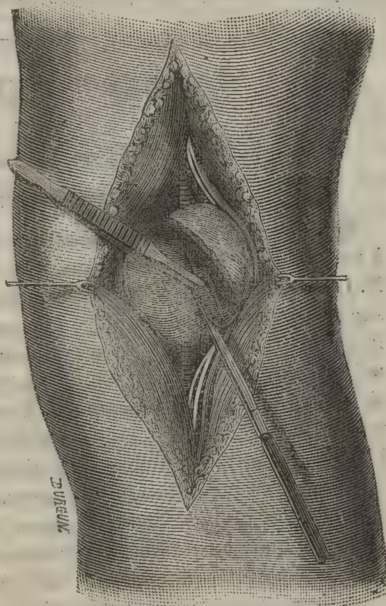


Fig. 19. — Ablation, par morcellement, d'une bourse séreuse de la région poplitée.

de façon à la vider complètement. Reconnaissant alors que la partie profonde de la tumeur côtoyait l'artère, ainsi que la partie postérieure de la synoviale du genou, nous la saisîmes avec soin à l'aide d'une pince à griffe, nous la disséquâmes avec le bistouri et nous la morcelâmes pour voir de près ses rapports avec l'articulation et les vaisseaux du voisinage.

De la sorte, l'opération fut faite promptement et sans danger (fig. 19).

Le *squelette des membres* est souvent le siège de tumeurs profondes, périphériques ou centrales, qu'il convient aussi d'enlever par morcellement pour ne pas intéresser, au cours de l'opération, les organes de voisinage.

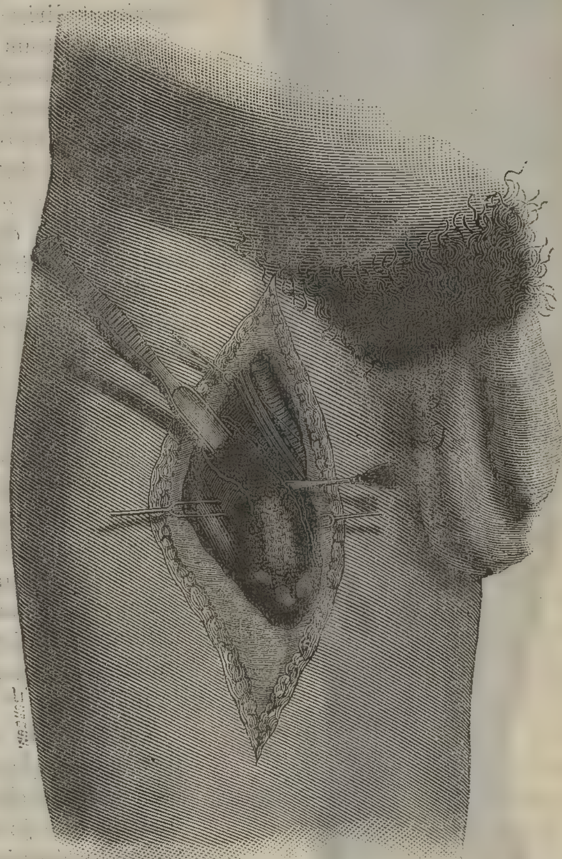


Fig. 20. — Ablation, par morcellement, d'une exostose ostéo cartilagineuse de la partie supérieure du fémur.

Les exostoses ostéo-cartilagineuses sont habituellement situées au voisinage des épiphyses et des articulations, tout près des gros vaisseaux, ce qui rend leur ablation particulièrement difficile. La figure que nous faisons passer devant vous montre comment nous procédons en pareil cas (fig. 20).

Il s'agit, comme vous le voyez, d'une exostose de la partie supérieure du fémur. Après avoir mis à nu la surface externe de la tumeur, au lieu de poursuivre la dissection à la périphérie et de couper d'emblée le pédicule, nous l'attaquons du côté où les rapports sont les moins importants, nous la coupons et nous la détachons par morceaux, tout en conservant son périoste, jusqu'à son point d'implantation. Cette sorte d'évidement terminé, nous faisons basculer la portion de coque restante, et nous la détachons. D'autres fois, nous nous contentons de morceler la tumeur et de l'enlever avec la pince emporte-pièce.

Les *séquestres* inclus dans la cavité des os longs sont par-

fois difficiles à extraire. Il faut, pour les mettre à nu, se créer une voie à travers le tissu osseux de nouvelle formation qui les invagine. C'est dans ce but que nous avons fait construire autrefois, par M. Mathieu, un instrument auquel nous avons donné le nom de polytritome, qui permet à la fois de perforer et de scier les os. Pour le manœuvrer, on fixe cet instrument sur une chaise au moyen d'un étau, puis, au moyen d'une combinaison de roues dentées, on imprime un mouvement de rotation très rapide à l'extrémité libre de l'instrument, partie active que l'opérateur tient en main et dirige à volonté en tous sens. Sur cette extrémité, on peut monter des couronnes de trépan, des forets pointus ou plats, des gouges tranchantes ou des scies circulaires.

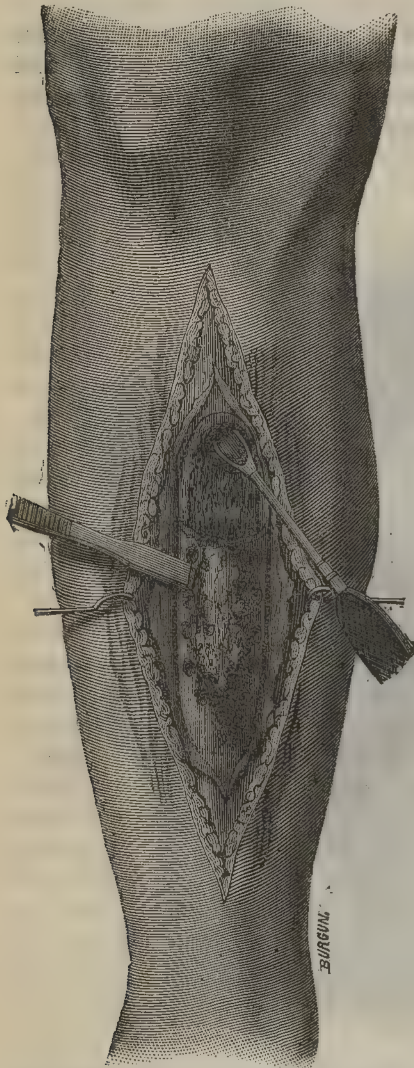


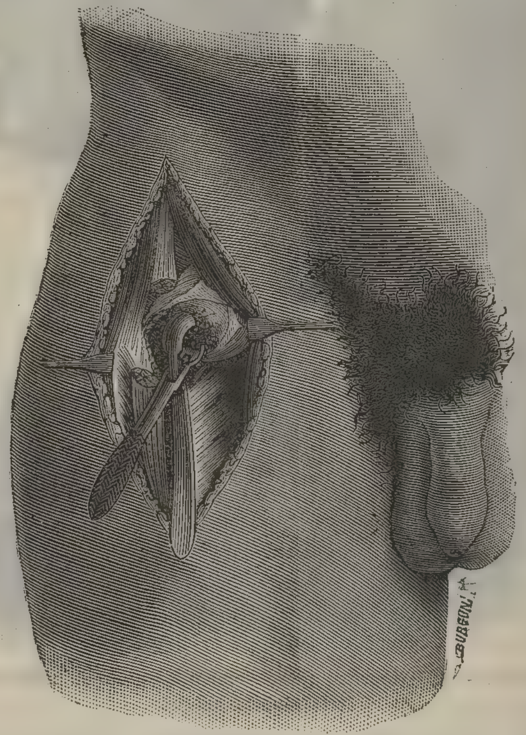
Fig. 21. — Perforation du tibia au polytritome, évidement par morcellement avec la gouge et la cuiller à bords tranchants.

Grâce à ces dispositions nombreuses, on peut agir sur les os profondément placés, entourés de parties molles, sans que la vue et la main du chirurgien soient gênées. On ne produit ni ébranlement ni échappées, comme cela arrive fréquemment avec la gouge et le maillet.

Telle est la ligne de conduite que nous avons suivie chez le malade que je vous présente et qui était affecté d'une nécrose profonde, très étendue du tibia. Après avoir mis à découvert la face antérieure de l'os malade par une longue incision verticale et par une autre transversale qui tombait perpendiculairement sur celle-là, nous avons détaché soigneusement le périoste au moyen de la rugine, puis nous appliquons le trépan de façon à obtenir une série de perforations diposées de manière à circonscrire sur une assez grande étendue la partie osseuse mortifiée : ces trous étaient à peine distants les uns des autres de quelques millimètres. Nous fîmes ensuite sauter sans peine, avec le ciseau et le maillet, les ponts osseux intermédiaires, ce qui nous permit d'enlever la plaque osseuse qui recouvrait les séquestres profonds et multiples, et de voir que quelques-uns étaient adhérents. Pour détacher ces derniers, nous employâmes la curette à bords tranchants et la pince emporte-pièce de manière à bien nettoyer le canal médullaire (fig. 21).

Il est facile d'évider ainsi un os long sans lui faire subir des ébranlements qui, s'il était friable et partiellement détruit, pourraient le fracturer. Or, vous n'ignorez pas que ces fractures ouvertes sont dangereuses et retardent beaucoup la guérison.

Les ostéo-arthrites aiguës ou chroniques nécessitent souvent la résection. La figure ci-contre (fig. 22) montre que,


Fig. 22. — Ablation, par morcellement, d'une exostose de la partie supérieure du fémur.

grâce au morcellement pratiqué avec le bistouri, la gouge et les pinces à mors tranchants, il est facile d'enlever toutes les parties suspectes, sans intéresser les organes voisins.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 31 octobre 1888. — Présidence de M. Le Dentu.

COMMUNICATIONS

Hypertrophie éléphantiasique du nez. — M. KIRMISSON, à propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Le Dentu, fait connaître l'observation d'un homme qui portait sur la moitié gauche du nez une tumeur descendant jusque sur la lèvre supérieure. M. Kirmisson en fit la décortication selon la méthode d'Ollier ; l'hémorrhagie fut assez abondante pour nécessiter l'emploi du thermocautère. La guérison n'en fut pas moins rapide et la réparation était complète au bout de peu de temps. L'opération eut une action bienfaisante sur l'acné du voisinage.

M. DELENS communique l'observation d'un homme qui portait sur l'aile du nez une grosse tumeur de 5 centimètres de long, en forme de poire, retombant sur son menton et menaçant de l'étouffer pendant son sommeil. Elle était pédiculée. M. Delens fit l'incision du pédicule au bistouri.

M. TERRILLON rappelle un travail fait, en 1873, par M. Ball sur ce sujet. Dans ce travail, M. Ball rapportait un cas observé dans le service de M. Alph. Guérin, dans lequel il s'agissait d'une énorme tumeur enlevée par le thermocautère. La déformation consécutive du nez était insignifiante. Il y avait eu une hémorrhagie assez abondante, malgré l'emploi du thermocautère.

M. MARC SÉE a opéré plusieurs malades atteints d'acné hypertrophique. Il ne se contente pas d'enlever la tumeur au thermo-

cautère, il introduit en outre la pointe du thermocautère dans les glandes sébacées hypertrophiées.

Ulcérations trophiques. — M. MONOD, à propos de la malade présentée dans la dernière séance par M. Routier, cite un cas semblable publié par M. Leloir, qui dénomme cette affection une névrite parenchymateuse.

M. ROUTIER dit que, depuis la dernière séance, l'affection, chez sa malade, s'est généralisée aux autres parties du corps.

Ostéomyélite insidieuse du péroné. — M. KIRMISSON a opéré un jeune malade atteint d'une ostéomyélite insidieuse du péroné. Ce jeune homme avait d'abord été regardé comme tuberculeux; on lui avait extrait un petit sequestre au niveau de la malléole péronière, mais la cicatrisation ne fut pas obtenue. Deux nouveaux abcès s'étant développés dans la région du péroné, en même temps qu'une ostéite de la première phalange du pouce, M. Kirmisson songea à une ostéomyélite insidieuse. Le diagnostic était juste, ainsi que l'a prouvé l'opération qui a permis d'extraire la diaphyse tout entière du péroné.

DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DU CANCER UTÉRIN

M. TERRIER rappelle le travail qu'il a communiqué sur ce sujet au dernier Congrès de chirurgie. (Voyez *Gazette des hôpitaux*, p. 298.) A cette époque, il avait fait 17 hystérectomies vaginales totales pour cancer, depuis il a pratiqué de nouveau quatre fois cette opération, soit, en totalité, 21 opérations. Sur ces 21 opérées, 4 sont mortes, 1 par hémorrhagie, 2 par schock, 1 par péritonite, ce qui donne une mortalité de 19,04 p. 100. Cette mortalité, d'ailleurs, tend chaque année à diminuer; en effet, de 1884 à 1888, M. Terrier n'a perdu qu'une malade sur 11 opérées. Ses 21 opérations se décomposent ainsi. Au point de vue de l'étendue de l'affection : 12 fois les lésions cancéreuses étaient limitées au col seul, 3 fois au col et au corps, 2 fois au col et aux ligaments larges, 1 fois au col, au corps et au vagin, 2 fois au col, au vagin et aux ligaments larges. Dans 12 cas seulement l'ablation du col eût pu être faite à la place de l'hystérectomie vaginale. Chez 4 malades, cette amputation du col eût été insuffisante puisque le corps était aussi envahi sans que la clinique l'indiquât d'aucune façon. Ces faits plaident en faveur de l'hystérectomie vaginale; 6 fois une opération incomplète n'a été faite que dans un but palliatif. La survie moyenne de ces 6 opérées a été de six mois.

Quant aux 12 hystérectomies totales pratiquées pour cancer limité au col, elles ont donné 2 morts et 10 guérisons immédiates. Cinq de ces opérées sont actuellement vivantes, 5 sont mortes à des époques variables, de telle sorte que leur survie moyenne a été de treize mois. Pour les 3 malades qui présentaient des lésions du corps et du col, l'ablation totale a donné de bons résultats.

Examinant les faits de M. Verneuil, M. Terrier s'applique à démontrer que les résultats qu'il a obtenus ne sont pas assez probants pour faire abandonner l'hystérectomie totale vaginale.

M. KIRMISSON n'a pratiqué que trois fois l'hystérectomie vaginale pour cancer de l'utérus. Deux de ses malades sont mortes, l'une d'hémorrhagie par l'un des ligaments larges, et l'autre de pelvi-péritonite suppurée. La troisième a guéri très simplement, mais, au bout d'un an, elle présentait une récidive dans les ganglions de la fosse iliaque et mourait quatre mois plus tard, c'est-à-dire seize mois après l'opération.

M. TRÉLAT trouve que la discussion se présente sous un aspect paradoxal. Contrairement aux lois générales de la chirurgie des cancers, l'opération parcimonieuse est donnée comme fournissant des résultats supérieurs à l'opération large; l'hystérectomie partielle comme préférable à l'hystérectomie totale. Il convient de rechercher les motifs de cette apparente contradiction entre les doctrines et les faits. Il convient d'examiner si l'on est en présence d'une exception particulière, s'il y a pour l'utérus des conditions anatomiques spéciales, si les faits cités sont tous également probants.

M. Verneuil a fait de l'hystérectomie totale un tableau trop sommaire et trop noir.

M. Trélat a opéré 5 malades; il en a perdu 1. Des 4 autres, la première en date est aujourd'hui, après trois ans et quatre mois, sans récidive. La seconde a succombé à la récidive au bout de quatorze mois. La troisième a été perdue de vue au bout de six à sept mois, et, pour la quatrième, opérée au mois de mai dernier, il est sans nouvelles depuis les vacances.

La malade qu'il a perdue avait soixante ans passés; le cas était défavorable. L'opérée succomba le cinquième jour à des accidents urémiques.

Si on réunit les 62 cas de MM. Bouilly, Richelot, Pozzi, Terrier et Trélat, avec 13 morts, on a le chiffre de 20,9 p. 100 de mortalité. Mais ce chiffre de 20 p. 100 est loin d'être le dernier mot du pronostic opératoire de l'hystérectomie totale. Il est empreint des erreurs, des incertitudes et des insuffisances du début.

Quand les opérateurs auront satisfait aux trois conditions suivantes : diagnostic assuré, indications sévèrement observées, technique perfectionnée, ils verront le chiffre de la mortalité opératoire se rapprocher de 10 p. 100 (déjà Schrœder est descendu à 6 p. 100 dans sa dernière série de cinquante opérations), et n'offrir, par conséquent, qu'une très petite différence avec le chiffre de l'amputation partielle de l'utérus.

Si la science était définitivement constituée sur l'anatomie pathologique des cancers utérins à leurs débuts, on saurait au juste quelles sont les extensions des formations néoplasiques et les indications opératoires en découleraient sans incertitude. Mais si nos connaissances sont à peu près complètes pour la période d'état et de terminaison des cancers, il n'en est pas de même pour la période du début.

Insistant tout particulièrement sur les faits dans lesquels l'examen anatomique ou histologique a montré l'extension du cancer au corps, alors que la clinique n'indiquait que des lésions du col, M. Trélat fait observer que dans tous les cas de ce genre, et ils ne sont pas rares, c'est l'hystérectomie totale qui peut seule donner quelque espoir d'enlever la totalité des lésions.

A quelle époque a lieu cette invasion? Est-elle précoce ou tardive, rapide ou lente, constante ou irrégulière dans sa marche? Quels signes en révèlent les premières traces? Incertitude profonde et absolue sur toutes ces questions.

Toutefois, puisque les uns et les autres comptent des succès durables, c'est qu'il y a des cas, variétés ou époques où les lymphatiques sont indemnes au moment de l'opération.

M. Trélat arrive au point capital du mémoire de M. Verneuil, la survie de ses opérées :

1° Il n'y a point parité dans les éléments de la discussion entre les deux camps. L'hystérectomie vaginale totale date de juin et juillet 1885. Il est donc impossible de citer des malades ayant plus de trois ans et quatre ou cinq mois de survie.

2° M. Verneuil fait une opération assurément bénigne. Ses malades survivent pour ainsi dire toujours, quel que soit l'effet thérapeutique, utile ou nul, de l'opération. Si l'effet est utile, il compte, à juste titre, de 12 à 80 mois de survie par malade; si l'effet est nul, il compte encore 3, 4, 6 mois de survie. Quand les malades opérées par l'hystérectomie totale meurent par suite de l'opération, on compte 0 survie. Or ces zéros sont trop nombreux dans les opérations de début.

3° Les cinq dernières observations de M. Verneuil, celles qui sont postérieures à 1884, ne semblent pas favorables à la méthode de l'amputation partielle. Sans doute, la récidive a été lente, mais précisément en raison de cette lenteur, ces trois faits me paraissent plaider énergiquement en faveur de l'hystérectomie totale, parce qu'au moment de l'opération, les lymphatiques et les ganglions étaient sains.

Il y a eu une époque, dit en terminant M. Trélat, où on eût facilement prouvé que les femmes, opérées de kyste ovarique, avaient une survie moindre que les femmes non opérées. Qui oserait aujourd'hui songer à cette démonstration ! Nous sommes

ici en présence d'une discussion du même ordre. Aujourd'hui, nous ne possédons pas tous les éléments nécessaires à la solution du problème. Sachons attendre de l'expérience et du temps, qui marche si vite en cette fin de siècle, les arguments solides et incontestables qui résoudront les difficultés et cloront définitivement nos incertitudes actuelles.

Épiplocèle tuberculeuse et hydrocèle vaginale. — M. **LUCAS-CHAMPIONNIÈRE** fait un rapport sur une observation de M. Largeau (de Niort). Il s'agit d'une cure radicale de hernie épiploïque tuberculeuse et d'hydrocèle vaginale, pratiquée sur un enfant de cinq ans et demi. Le fait est assez rare pour être intéressant. Le diagnostic fut : épiplocèle enflammée. L'ablation de la tumeur fut pratiquée sans accidents. La masse épiploïque enlevée a été examinée au microscope, et on a trouvé qu'elle était le siège de granulations tuberculeuses manifestes. L'enfant a repris sa bonne santé et six mois après il n'y avait pas de changement. Cette localisation de la tuberculose est très rare.

LECTURE

M. **CHAPUT** lit l'observation d'un homme, qui, à la suite d'un coup de pied de cheval dans le flanc droit, a présenté une rupture du cæcum et de l'uretère. On a fait la suture de l'intestin, puis la néphrectomie, et le malade a guéri.

La séance est levée.

SOUSCRIPTION

EN FAVEUR DE LA VEUVE D'UN CONFRÈRE

DOUZIÈME LISTE

MM. les docteurs Millard (de l'Académie de médecine)	50 fr.
— Pinard, professeur agrégé à la Faculté de médec. de Paris.	40
— de Duplaà de Garat (de Cap-Breton)	5
— Machelard (de Paris)	10
Trois médecins militaires	45
Un anonyme	10
Onzième liste	5372
TOTAL	5532 fr.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 27 octobre 1888, ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale, au grade de médecin aide-major de première classe, MM. les médecins aides-majors de deuxième classe dont les noms suivent :

1er corps d'armée : MM. Pineau, Bruet, Piédallu, Vrain, Gornard, Massot, Naudet et Crouzat.

13e corps d'armée : MM. Lebard et Bignon.

15e corps d'armée : MM. Bousquet, Civatte, Guynet, La Saigne et Nicati.

18e corps d'armée : MM. Tujague, Josset-Moure, Hillairaut et Capdupuy.

— M. le docteur Augagneur a été élu hier conseiller municipal de la ville de Lyon.

— Les mutations suivantes viennent d'avoir lieu dans le service médical des asiles d'aliénés :

M. le docteur Maret, directeur-médecin de l'asile d'Auch, est promu à la classe exceptionnelle de son grade.

MM. les docteurs Cullerre, directeur-médecin de l'asile de La Roche-sur-Yon, et Langlois, médecin en chef de l'asile de Maréville, sont promus à la première classe de leur grade.

MM. les docteurs Germain Cortyl, directeur-médecin de l'asile d'Alençon, et Boubila, médecin en chef de l'asile de Marseille, sont promus à la deuxième classe de leur grade.

M. le docteur Lemoine, médecin-adjoint à l'asile de Bailleul, est promu à la première classe de son grade.

M. le docteur Guyot, médecin-adjoint à l'asile de Quatre-Mares, est nommé directeur-médecin de l'asile de Châlons, en remplacement de M. Henry Bonnet, retraité. Il est promu dans la troisième classe de son grade.

M. le docteur Vallon, médecin en chef de l'asile de Villejuif, est promu à la deuxième classe de son grade.

M. le docteur Dubuisson, ancien médecin-adjoint des asiles publics, en disponibilité, médecin en chef de l'asile privé de Leyme, est nommé médecin-adjoint de l'asile de Quatre-Mares, et est placé dans la première classe de son grade.

— Le concours pour une place de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, près l'École de médecine de Caen, s'est ouvert, le 3 novembre, devant la Faculté de médecine de Paris.

Le candidat, M. Guillot, a eu à traiter par écrit : « Physiologie de l'estomac. »

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Broca (Élie-André) est nommé préparateur du cours de physique, en remplacement de M. Weiss, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. le docteur Delplanque est maintenu dans les fonctions de chef des travaux d'histoire naturelle.

M. Focken, licencié es sciences naturelles, est maintenu dans les fonctions de préparateur d'histoire naturelle.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — Sont nommés chefs des travaux de laboratoire et préparateurs :

Médecine expérimentale et comparée : chef, M. Rodet; préparateur, M. Courmont. — Anatomie pathologique : chef, M. Bar; préparateur, M. Trévoux. — Physique médicale : chef, M. Didelot; préparateur, M. Coque. — Chimie minérale : chef, M. Linossier; préparateur, M. Lignon. — Physiologie : chef, M. Reboul; préparateur, M. Doyon. — Matière médicale et botanique : chef, M. Beauvisage. — Chimie organique et toxicologie : chef, M. Hugounenq; préparateur, M. Monavon. — Médecine légale : chef, M. Coutagne; préparateur, M. Saint-Cyr. — Pharmacie : chef, M. Florence; préparateur, M. Ducher. — Clinique chirurgicale : chef, M. Moudan. — Clinique médicale : chefs, MM. Roux et Barral; préparateur, M. Curtillet. — Anatomie générale et histologie : chef, M. Vialleton; préparateur, M. Andry. — Médecine opératoire : préparateur, M. Pollosson.

Sont nommés aides de clinique : 1° maladies des femmes, M. Goullioud; 2° maladies des enfants, M. Devic.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Borrel, licencié ès sciences naturelles, est nommé préparateur d'anatomie pathologique, en remplacement de M. Ménard, dont la délégation est expirée.

— M. le docteur Ozanne, ancien médecin du lycée de Versailles, est nommé médecin honoraire dudit lycée.

— L'École dentaire de Paris, dirigée par M. le docteur Th. David, fera sa neuvième rentrée scolaire le samedi 10 novembre à neuf heures du soir, dans son nouveau local, 4, rue Turgot, sous la présidence de M. Ollendorf, directeur de l'Enseignement technique, délégué de M. le ministre du commerce.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Daussure (de Saint-Vrain), Jacquet (de Lyon), Mailho (de Bordeaux) et Phélippeaux (de Saint-Savinien).

— M. le professeur Potain commencera le cours de clinique médicale, à l'hôpital de la Charité, le mardi 6 novembre 1888, à dix heures et le continuera les samedis et mardis de chaque semaine, à la même heure.

La visite des malades aura lieu à huit heures et demie du matin.

Leçons de séméiologie par M. Foubert, chef de clinique, les

vendredis à dix heures; leçons de chimie pathologique, par M. Esbach, chef du laboratoire de chimie, les lundis à dix heures; leçons de physiologie pathologique, par M. Gaucher, chef du laboratoire de physiologie pathologique; démonstrations d'anatomie pathologique, par M. Suchard, chef du laboratoire d'anatomie pathologique, tous les jours.

— M. Topinard commencera le cours d'anthropologie générale, à l'École d'anthropologie, 15, rue de l'École-de-Médecine, le mercredi 7 novembre à quatre heures du soir, et le continuera les mercredis suivants à la même heure. Il établira le parallèle des caractères de supériorité et d'infériorité des races humaines et étudiera la généalogie de ces caractères dans la série animale.

— M. le professeur Mathias-Duval commencera le cours d'histologie, le jeudi 8 novembre, à cinq heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure. Il étudiera les tissus conjonctifs, cartilagineux et osseux; les éléments de la génération; le système nerveux.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LÉVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 128. — JEUDI 8 NOVEMBRE 1888. 61e ANNÉE. JEUDI 8 NOVEMBRE 1888. — N° 128.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La plus grande partie de la séance a été occupée par une discussion, entre MM. Hérard et Jaccoud, relative à l'action de l'acide fluorhydrique sur le bacille tuberculeux. L'année dernière, à pareille époque, M. Hérard faisait un rapport sur deux communications, l'une de M. Seiler, l'autre de M. Garcin, sur le traitement de la phthisie pulmonaire par les inhalations d'acide fluorhydrique (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1887, p. 1193). Il concluait, en disant que ces inhalations possèdent une action thérapeutique incontestable, quand la phthisie n'est pas parvenue à une période trop avancée. L'autorité qui s'attache au nom de M. Hérard, surtout en matière de phthisie, donna à ce nouveau mode de traitement un certain retentissement et un grand nombre de médecins se mirent à faire respirer aux phthisiques des vapeurs d'acide fluorhydrique. Malheureusement les résultats ne concordèrent pas avec ceux de MM. Seiler et Garcin, qui étaient si favorables que, par cela seul, ils éveillèrent la défiance d'un grand nombre de collègues. Cependant la question méritait d'être étudiée. Restant sur le terrain purement expérimental, MM. Grancher et Chautard, M. Villemin fils, M. Trudeau (de New-York), M. Jaccoud se livrèrent à des recherches et firent, avec une technique différente, des expériences sur ce sujet, lesquelles, comme il arrive trop souvent en pareil cas, ont abouti à des résultats contradictoires, positifs de la part de MM. Trudeau, Villemin fils, négatifs de la part de MM. Grancher, Chautard et Jaccoud. La communication de ce dernier (voy. *Gazette des hopitaux*, 1888, p. 1169), a rappelé à la tribune M. Hérard qui, comme il y a un an, défend avec conviction l'action de l'acide fluorhydrique dans le traitement de la phthisie, tandis que M. Jaccoud maintient ses conclusions négatives tout en y apportant une certaine réserve.

Jamais, croyons-nous, on ne s'est plus occupé du traitement de la tuberculose que dans ces dernières années, et si l'on jette un regard sur tout ce qui a été dit ou écrit à ce sujet, depuis la découverte du bacille de Koch, on voit que c'est encore beaucoup plus du côté de l'hygiène que du côté de la thérapeutique, qu'il faut chercher des ressources pour combattre le terrible fléau. Nous n'en voulons pour preuve qu'un article récemment paru dans la *Revue de médecine* sur le « Traitement hygiénique de la phthisie », par le docteur Dettweiler, directeur du sanatorium de Falkenstein, traduit de l'allemand par M. Reblaud, interne des hôpitaux. Sur 1022 tuberculeux traités à Falkenstein, on en renvoie guéris complètement 132, soit 13,2 p. 100 et guéris relativement 110, soit 11 p. 100, soit un total de 24,2 p. 100. On sait que la base du traitement est ici l'action constante d'un air pur. Voici du reste les conclusions intéressantes de ce travail :

« 1° Il n'existe pas jusqu'à présent de traitement spécifique de la phthisie ; toutes les tentatives faites dans ce sens sont restées sans résultat.

2° Le traitement le plus rationnel aura pour but actuellement de normaliser pour ainsi dire les échanges de l'organisme, de ramener la nutrition et la fonction de tous les organes au point qui sera le point physiologique de l'individu en question, de mettre cet organisme ainsi en état de se défendre contre le virus. Pour cela l'action constante d'un air pur, excitant, la suralimentation, indispensable jusqu'à un certain degré, l'endurcissement, le traitement prophylactique ou curatif des processus d'inflammation broncho-pulmonaire, l'entraînement pour les exercices corporels dans les limites qui conviennent à chaque individu, et après qu'une cure prolongée à l'air et au repos aura préparé la voie à la guérison, le traitement symptomatique de la fièvre, enfin l'éloignement de toutes les influences nocives : voilà des préceptes de la plus haute importance. C'est donc un traitement général aussi bien somatique que psychique qu'il faut suivre, et toute sa force réside dans la rapidité avec laquelle il s'attaque aux premiers symptômes de toute nature.

3° Il n'y a pas de climat spécifique, ni de climat à immunité parfaite ; la valeur de chaque climat sera mesurée à la facilité avec laquelle il permettra de répondre aux indications établies au paragraphe 2. Le phthisique peut être traité dans tous les climats non extrêmes ; le choix dépendra exclusivement des conditions individuelles. Pour la guérison, le genre de vie et la méthode entrent en première ligne de compte.

4° Le vice capital de la phthisiothérapie actuelle réside dans la croyance, fortement enracinée, à l'incurabilité de la phthisie. Pour obtenir des résultats durables, il faut atta-

quer la maladie avec la plus grande énergie, réclamer de la part des malades le plus tôt possible le sacrifice de leur situation; la flânerie sans but et sans direction dans les stations du Midi, cette tromperie de séjour de six semaines dans une station quelconque, tout cela doit être radicalement changé. La manie de tromper les malades par le faux diagnostic de catarrhe du sommet fait partie du mal. Un catarrhe isolé du sommet n'est autre chose que de la phthisie.

5° Les rapports du médecin avec le malade doivent être constants et non livrés au caprice de ce dernier. Ce desideratum, comme tous les précédents, ne peut être rempli que par le séjour dans des établissements fermés, auxquels à mon avis est réservé l'avenir de la phthisiothérapie. La partie pédagogique et psychique du traitement a une grande importance. C'est pourquoi le médecin doit avoir une conviction bien arrêtée, une volonté de fer. Il a besoin de beaucoup de patience, de beaucoup de dévouement, de pas mal de commisération pour le malade. Pour être un bon médecin de phthisique, il faut être un homme essentiellement bon. »

Cette méthode de traitement nous paraît mériter toute l'attention des praticiens. Nous pourrions citer, même parmi des confrères, plusieurs exemples de guérison réelle et durable de phthisie avérée et avancée, guérison obtenue par un traitement basé sur les mêmes règles ou à peu près.

Pour en revenir à la séance de l'Académie, nous signalerons le rapport de M. Albert Robin sur les eaux minérales. M. Robin s'est montré un peu dur pour les inspecteurs qu'il paraît subir à contre-cœur. Il les accuse d'abord de négligence, 21 seulement sur 140 ayant envoyé des rapports. Il ajoute, il est vrai, qu'étant donné le peu de sanction qu'ont ces rapports, on comprend le peu d'empressement des rapporteurs. M. Robin exprime aussi le regret que les inspecteurs ne soient pas nommés par l'Académie. Dans l'état actuel des choses leur nomination, leur maintien ou leur renvoi sont soumis souvent à des influences politiques ou autres qui nuisent singulièrement à leur autorité. Enfin, il signale de nombreuses lacunes dans l'organisation actuelle et voudrait voir installer, dans les stations thermales, des laboratoires où les médecins pourraient se livrer à des travaux utiles à la science et à l'humanité.

ÉCOLE DE MÉDECINE NAVALE DE TOULON

Séance d'ouverture.

I

La séance d'ouverture des cours de l'École de médecine navale de Toulon vient d'avoir lieu sous la présidence de M. le docteur Bérenger-Féraud, directeur du service de santé.

M. Taillotte, pharmacien de première classe, a prononcé d'abord un discours sur l'*Unité* dans la nature. Des applaudissements très mérités ont salué cette très intéressante étude du savant professeur d'histoire naturelle.

M. le docteur Bérenger-Féraud, après avoir félicité l'orateur, a retracé à son tour l'histoire des travaux de l'École de médecine navale de Toulon. Nous sommes heureux de pouvoir reproduire ce discours.

II

Messieurs,

C'est la troisième fois que j'ai l'honneur de présider la séance d'ouverture des études à l'École de médecine navale de Toulon.

Chaque année, j'ai eu à constater un nouveau progrès; aujourd'hui, plus encore que précédemment, nous pouvons jeter ensemble, avec une légitime satisfaction, un coup d'œil sur les résultats que nous avons obtenus.

Au lendemain du décret du 24 juin 1886, lorsque je fus placé à votre tête, l'École de médecine navale de Toulon comptait vingt-sept élèves; elle en possède quatre-vingt-six aujourd'hui. Ce chiffre serait notablement plus grand encore si la nécessité de proportionner le nombre de nos élèves aux besoins de notre recrutement n'avait fait refuser quelques-uns des nombreux candidats qui aspirent à être admis dans notre École. En 1886, deux élèves seulement étaient en règle vis-à-vis de l'Université; actuellement, nous en avons à peine quatre retardataires, et encore, deux le sont pour cause de maladie. Pendant l'année qui vient de s'écouler, sur cinquante et un élèves qui sont allés subir des examens du doctorat, quarante-trois ont été reçus à leur première épreuve, plusieurs avec la mention *bien*.

Mais ce qui sera l'événement capital de la présente année scolaire, c'est que nous retirons les premiers fruits officiels de notre enseignement. Quinze de nos étudiants en médecine obtiendront leur diplôme de docteur, deux étudiants en pharmacie deviendront pharmaciens universitaires de 1re classe. Les trois écoles de Brest, Rochefort et Toulon ont pour mission d'assurer un recrutement annuel de trente à trente-cinq officiers de santé de la marine. Vous voyez que cette année nous fournirons une bonne moitié des recrues.

MM. les étudiants de quatrième année qui avez fini vos études et allez subir vos derniers examens; lorsqu'au commencement de l'année dernière, alors que vous veniez à peine de subir votre troisième séance d'épreuves du doctorat, j'ai exigé que vous prépariez sans retard votre thèse; lorsque je vous convoquais chaque semaine pour vérifier où vous en étiez de votre tâche, encourageant ceux qui avaient travaillé, gourmandant ceux qui étaient en retard, vous avez pu trouver que je ne vous laissais aucun repos. Aujourd'hui que votre manuscrit est prêt à être livré à l'impression, je sais combien vous êtes heureux de n'avoir plus à songer à la préparation de votre thèse, qui est l'objet de tant de préoccupations pour les candidats au doctorat.

MM. les élèves de troisième, de seconde et de première année; ce que je viens de dire à vos anciens doit être pour vous un exemple profitable; lorsque vous me verrez exiger que les cours, les travaux d'amphithéâtre, de laboratoire, les exercices pratiques de séméiotique et de petite chirurgie soient suivis exactement, vous trouverez peut-être que je charge trop le programme de vos études journalières. Le jour de l'examen vous vous féliciterez d'avoir été poussés ainsi énergiquement dans la voie du travail.

D'ailleurs, vous ne devez pas oublier que dans les écoles de médecine navale il faut travailler plus que dans les autres; la carrière de médecin de marine exige qu'on ait, dès le premier jour, les connaissances pratiques les plus précises. A terre, le jeune médecin peut à peu près toujours recourir aux conseils et à l'aide d'un maître dans les cas graves; à bord et sur les plages tropicales, au contraire, le médecin est le plus souvent seul, ne pouvant compter que sur lui-même pour conserver la santé et la vie des matelots et soldats confiés à ses soins.

Pénétré de ces exigences, et pour vous mettre à la hauteur des circonstances dans lesquelles vous vous trouverez quand vous irez à la mer, j'ai eu non seulement en vue, dans la répartition de vos cours, le programme des examens universitaires qui est la base fondamentale et naturelle des études médicales, programme que je m'attacherai à vous faire suivre en entier, mais encore j'ai assez compté sur votre zèle pour vous faire commencer, dès votre première année d'école, les travaux pratiques de l'ana-

tomie et de la petite chirurgie, outre la préparation du premier examen de doctorat. Puis, pendant la troisième année, en même temps que vous étudierez l'anatomie et la physiologie avec grand soin, il vous faudra commencer l'étude de la séméiotique et vous vous familiariserez avec les cliniques.

Afin de rendre ce surcroît d'études moins pénible pour vous, j'ai fait appel à la bonne volonté de tous les officiers de santé présents au port ; chaque professeur titulaire aura pour l'aider au moins un répétiteur. Vos aînés s'occuperont donc avec grand soin de votre instruction. Une fois de plus nous montrerons ainsi que, dans le corps de santé de la marine, nous avons un enseignement qui, du sommet à la base de la hiérarchie, fait que chacun rend à un plus jeune la part d'instruction qu'il a reçue précédemment de son ancien.

Travail et dévouement! telle doit être notre devise. Et souvenez-vous que ce sont les deux facteurs les plus certains du succès dans la médecine navale. J'en suis un exemple que je me plais à vous rappeler incessamment. A votre âge, j'étais le dernier de ceux qui venaient s'asseoir sur les bancs de nos amphithéâtres; j'ai travaillé, j'ai servi de mon mieux et j'ai la grande satisfaction d'y être le premier aujourd'hui. Chacun de vous peut prétendre à un pareil résultat ; le moyen est à la portée de tous.

Vous travaillerez donc, Messieurs; en travaillant vous récompenserez dignement vos maîtres de leur sollicitude à vous instruire. Vous dédommagerez vos familles des lourds sacrifices qu'elles s'imposent pour vous permettre de vous créer une position honorable. Vous paierez à notre chère marine, à notre patrie aimée, la dette d'amour et de dévouement que nous lui devons tous. Et quelles que soient les chances de votre vie, si vous travaillez, lorsque vous arriverez au terme de votre carrière, vous aurez la grande et salutaire satisfaction d'avoir accompli votre devoir.

III

Nous, qui avons suivi, dans toute sa carrière, l'éminent directeur de l'Ecole de Toulon, nous le retrouvons dans ce discours tel qu'il a été toute sa vie : travailleur ardent, ne négligeant aucune occasion d'apporter de nouvelles contributions à la science ; sachant, sous toutes les latitudes, profiter des circonstances pour éclairer un point de science ou de pratique. Aussi avons-nous applaudi de tout cœur à la croix de commandeur de la Légion d'honneur qui, récemment, est venue récompenser ses trente-sept années de services, dont vingt à la mer. Par le discours qu'on vient de lire, on peut se rendre compte et de la vigoureuse impulsion donnée aux études de l'École de médecine navale de Toulon, et de l'excellent esprit scientifique qui règne dans cette grande École.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Fournier.

Traitement interne de la syphilis par les mercuriaux, étude comparée du sublimé et du proto-iodure de sodium.

La nomenclature des composés mercuriels, que l'on a tour à tour proposés et employés dans le traitement interne de la syphilis, est des plus considérables, et il serait réellement fastidieux de la faire passer sous vos yeux, d'ailleurs tous ces composés, après avoir eu plus ou moins leur heure de vogue, depuis les pilules que Frédéric Barberousse envoyait à François Ier, jusqu'au peptonate et au salicylate de mercure, préconisés en ces derniers temps, le premier par Martineau, et le second par un médecin de Rio, ont été plus ou moins abandonnés. Aussi, en réalité, ce qui nous reste de tous ces médicaments, ce sont deux grands remèdes, les véritables colonnes du traitement de la syphilis, c'est-à-dire le sublimé et le proto-iodure d'hydrargyre.

Le sublimé (deuto ou bichlorure de mercure) fait la base de la liqueur de Van Swieten, dont chaque cuillerée à bouche de 16 grammes contient 16 milligrammes de sublimé, et non pas 2 centigrammes comme on le dit généralement ; elle fait également la base des pilules de Dupuytren, dont chaque pilule contient 1 centigramme de sublimé et 2 centigrammes d'extrait thébaïque. Par contre, c'est le proto-iodure de mercure que nous trouvons dans la pilule de Ricord, dont chaque pilule renferme 5 centigrammes de proto-iodure.

Ceci dit sur chacun de ces deux agents médicamenteux auquel devons-nous de préférence recourir ? Pour ma part je répondrai immédiatement à cette première question, qu'une préférence exclusive serait absolument contraire au véritable esprit médical, qui veut que l'on prenne à chacun ce qu'il a de bon. Étudions donc les avantages et les inconvénients de chacun d'eux aux trois points de vue : 1° de leur action ptyalique ; 2° de leur action gastro-intestinale ; 3° de leurs effets thérapeutiques.

1° *Action ptyalique.* — Il est certain que le sublimé a une action moins ptyalique que le proto-iodure. Celui-ci irrite beaucoup plus les gencives, il détermine beaucoup plus facilement la stomatite. Et sans parler de certaines idiosyncrasies, de certains cas exceptionnels, j'ajoute qu'il y a une grande inégalité sous ce rapport entre les deux sexes. Ainsi la bouche de la femme supporte beaucoup moins le proto-iodure que celle de l'homme ; et voici quelques chiffres à ce sujet :

a. Une dose quotidienne de 5 centigrammes de proto-iodure est inoffensive pour la bouche de l'homme dans l'immense majorité des cas ; chez la femme, elle est aussi le plus souvent sans inconvénients, cependant il y a déjà un certain nombre d'exceptions, un certain nombre de femmes chez lesquelles cette même dose détermine quelquefois des malaises de la bouche, un peu de fluxion gingivale, de la névralgie dento-gingivale en dehors même de toute fluxion, parfois même un peu de stomatite, légère il est vrai, mais incontestable néanmoins.

b. Une dose de 7 à 8 centigrammes, voire même de 10 centigrammes, chez l'homme, est presque toujours aussi sans inconvénients pour sa bouche. Chez la femme, déjà au-dessus de 5 centigrammes la tolérance est variable et s'arrête généralement à 7 ou 8 centigrammes ; c'est là la dose limite de tolérance pour sa bouche, soit donc la valeur d'une pilule et demie de Ricord. Peu de femmes, en effet, supportent une dose quotidienne de 10 centigrammes, sans avoir promptement de l'inflammation de la bouche.

c. A fortiori ne saurait-on dépasser cette dose, sauf quelques cas de tolérance absolument exceptionnelle. Au contraire, chez l'homme, il n'est pas rare de pouvoir donner, pendant dix ou quinze jours, de 12 à 15 centigrammes de proto-iodure, sans aucun dommage pour l'appareil buccal. En réalité, la dose moyenne pour la tolérance est de 10 centigrammes.

2° *Action gastro-intestinale.* — Vous savez que le sublimé est un toxique violent déterminant facilement des phlegmasies gastro-intestinales. Pris à dose thérapeutique, il produit plutôt des phénomènes gastriques que des phénomènes intestinaux. C'est ainsi que la plupart des malades se plaignent de douleurs d'estomac, de gastralgies, parfois assez fortes pour qu'on soit forcé d'interrompre le traite-

ment. Cependant ces gastralgies sont en général passagères et cessent avec le traitement. Par contre, le sublimé laisse bien souvent après lui la dyspepsie, les malades digèrent mal, leur estomac devient susceptible, paresseux, intolérant. Cette action nocive du sublimé s'observe beaucoup plus chez la femme que chez l'homme.

L'action du proto-iodure sur le tube digestif est toute différente; cet agent est en général toléré, et lorsqu'il ne l'est pas ce n'est pas l'estomac qui est atteint mais l'intestin (quelques coliques, diarrhée légère de temps en temps et c'est tout); ainsi, ni gastralgie, ni dyspepsie consécutive. Je dois ajouter qu'il peut donner lieu à deux formes de diarrhée : l'une *initiale* ou d'accoutumance, qui se déclare pendant les premiers jours et ne dure pas; l'autre *intercurrente*, caractérisée par des récidives de temps en temps et d'une durée de deux ou trois jours seulement, quoiqu'on ne cesse pas le traitement.

3° *Effets thérapeutiques.* — Bien que certains médecins préconisent de préférence le sublimé au proto-iodure, tandis que les autres prescrivent de préférence le proto-iodure, il me paraît incontestable qu'avec le proto-iodure on obtient des effets plus intenses, d'autant plus que les doses peuvent en être plus élevées sans inconvénient qu'avec le sublimé, en raison même de l'intolérance gastrique, c'est pourquoi je préfère, pour ma part, prescrire le proto-iodure de mercure.

Si donc nous nous résumons, nous voyons :

1° Sublimé, pas d'accidents ptyaliques, mais phénomènes gastriques;

2° Proto-iodure, ptyalisme, mais tolérance gastro-intestinale;

3° Effets thérapeutiques supérieurs avec le proto-iodure qui autorise l'emploi de doses plus élevées que le sublimé.

De tout ceci résultent les trois conclusions suivantes :

a. Pas de préférence exclusive entre les deux agents;

b. Prescrire l'un ou l'autre, suivant les indications afférentes à chaque cas, ainsi : si bouche en piteux état, sublimé; si estomac nerveux, susceptible, proto-iodure;

c. En dehors de toute indication spéciale comme médicament usuel, courant, préférer le proto-iodure parce qu'il est mieux toléré que le sublimé par le tube digestif, et parce que l'intolérance de la bouche est plus rare que l'intolérance gastro-intestinale.

Ceci dit, sous quelle forme, comment et à quelle dose devons-nous administrer le proto-iodure? Ce médicament peut être donné sous la forme de liqueur de Van Swieten, ou dans de l'eau très aromatisée, ou dans du lait qui le dulcifie et le rend plus tolérable à l'estomac, ou mieux encore en pilules, pilules de Dupuytren que je modifie en supprimant le gayac et diminuant la dose d'opium qui est vraiment trop considérable (2 centigrammes par pilule) et de la manière suivante : sublimé et extrait thébaïque, 1 centigramme de chaque par pilule. Les pilules de Ricord contiennent aussi un peu trop d'opium (1 gramme pour 60 pilules, soit 16 milligrammes par pilule, et si l'on ordonne deux pilules par jour — dose moyenne — cela fait 32 milligrammes d'opium), aussi lorsque je les prescris, je les modifie de la manière suivante : proto-iodure 5 centigrammes, extrait thébaïque 1 centigramme par pilule. Une recommandation des plus importantes à faire est d'exiger que ces pilules soient *fraîchement préparées* et de consistance molle, sous peine de les voir durcir très rapidement et, par suite, passer intactes dans les selles sans aucune absorption. Il suffit d'ailleurs au pharmacien d'ajouter une ou deux gouttes de glycérine pour leur donner cette mollesse absolument nécessaire.

Comment faut-il administrer ces pilules? S'il ne s'agit que d'une pilule par jour, on la prendra une seconde avant le dîner du soir, si deux, une au premier déjeuner du matin (huit heures), l'autre au dîner du soir, et toujours une seconde avant le repas. Chez la femme, si une seule pilule même est mal tolérée, coupez-la en deux, faites-la lui prendre en deux moitiés, absolument comme s'il s'agissait de deux pilules.

Enfin, dernière question : à quelle dose devons-nous donner le proto-iodure de mercure? Très souvent, je pourrais dire dix-huit ou dix-neuf fois sur vingt, on donne les mercuriaux, en ville, à dose insuffisante, parfois même à des doses dérisoires. Je pourrais citer une femme qui, pendant trois ans, prenait par jour 1 milligramme (!) de sublimé; bien plus, j'ai vu un homme de cinquante ans, porteur d'une syphilis datant de six mois avec accidents précoces, qui était traité, depuis deux mois, en prenant chaque jour 6 dix-milligrammes (0,0006) de sublimé! Voilà ce que quelques-uns, en ville, appellent traiter la vérole!

Si la dose efficace, vraie, curative et surtout préventive, varie, elle oscille toujours cependant autour d'une dose moyenne que voici :

1° Pour le sublimé, homme adulte, 3 centigrammes par jour; femme adulte, 2 centigrammes. Au-dessous on n'obtiendra rien.

2° Pour le proto-iodure, homme adulte, 10 à 12 centigrammes par jour; femme, 7 à 8 centigrammes.

Voilà pour les doses moyennes; quant aux doses individuelles elles ne sauraient être fixées que par les résultats thérapeutiques obtenus; dans tous les cas ces doses individuelles se rapprochent toujours beaucoup, en général, en plus ou en moins, des doses moyennes.

EXTRACTION DES CORPS ÉTRANGERS DE L'ŒSOPHAGE

Par M. le docteur Créquy,
Ancien interne des hôpitaux, médecin en chef des Chemins de fer de l'Est.

La communication que M. le professeur Verneuil a faite récemment à l'Académie de médecine, sur l'extraction des corps étrangers de l'œsophage, me rappelle un procédé que j'ai employé plusieurs fois avec succès; ce procédé est d'une exécution facile et à la portée de tout le monde.

Il consiste à brouiller un écheveau de fil entre les mains de manière à l'emmêler le plus possible, de le fixer par le milieu avec un fil résistant long de 40 à 50 centimètres, de l'englober de confiture au goût du patient et de le lui faire avaler. Aussitôt qu'on le suppose avoir dépassé le corps étranger, on tire sur le fil qui l'entraîne et le fait sortir. J'ai réussi plusieurs fois par ce procédé; mais dans un cas la traction fut inutile, le peloton de fil, arrivé au niveau du corps étranger (qui présentait des aspérités) détermina des efforts de vomissements qui produisirent l'expulsion.

Il est probable que, dans ce cas, la pelote de fil, par son volume, dilate l'œsophage, détache les aspérités du corps étranger de ses parois et produit au-devant de ce dernier un peu de vide qui lui permet de rebrousser chemin.

Ce procédé me paraît surtout applicable lorsqu'il s'agit d'os ou d'arêtes de poisson; c'est du moins dans ces cas que je l'ai employé, à la grande satisfaction du malade.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 novembre 1888. — Présidence de M. Hérard.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. le ministre de l'Instruction publique autorisant l'Académie à accepter un legs de sept cantos de reis (23902 fr.), fait par M. Pedro da Costa Alvarenza, pour fondation d'un prix à décerner à l'auteur de la meilleure œuvre inédite sur n'importe quelle branche de la médecine;

2° Une note de M. Monod, directeur de l'Assistance publique au ministère de l'Intérieur, qui informe l'Académie que M. le président du Conseil, ministre de l'Intérieur, lui alloue une subvention de 8000 francs pour l'aider à propager la vaccination animale (vaccin de génisse);

3° Une note de M. le docteur Pissot (de Cholet) relativement à la procréation des sexes à volonté.

COMMUNICATIONS

Action de la liqueur d'absinthe et de l'alcool absorbés par la voie gastrique. — M. Dujardin-Beaumetz, sans vouloir rentrer dans la discussion qui s'est élevée entre M. Laborde et lui, à propos de la différence entre l'injection par les veines et l'absorption par l'estomac, tient cependant à faire connaître à l'Académie les conclusions d'expériences faites par M. Mairet.

La liqueur d'absinthe (absinthe suisse, absinthe de débit, absinthe fabriquée au laboratoire), ingérée par l'estomac, ne provoque d'attaques d'épilepsie qu'à une dose fort élevée, suffisante pour produire une ivresse complète et persistante ; il faut même, pour que les attaques se produisent, que les hautes doses soient prolongées pendant plusieurs jours consécutifs, et elles n'apparaissent guère que quand la vie de l'animal est gravement compromise.

M. Mairet fait remarquer qu'il y a identité complète entre l'alcool rectifié et la liqueur d'absinthe.

Lorsque la liqueur d'absinthe est ingérée par l'estomac, ce n'est pas à l'essence d'absinthe, mais à l'alcool que renferme cette liqueur, qu'il faut attribuer les attaques qui se produisent sous l'influence de l'ivresse, et dans l'absinthisme aigu, l'épilepsie n'est pas plus fréquente que dans l'alcoolisme aigu.

Mouches Tsé-Tsé. — M. Laboulbène rappelle avoir, dans un précédent rapport, signalé certaines particularités intéressantes relativement à la mouche tsé-tsé et indiqué la rareté de cet insecte. Depuis cette époque, il a reçu d'un missionnaire de nombreux spécimens de cet insecte. Ce missionnaire, mordu une centaine de fois, a été atteint d'une sorte d'urticaire. « Mais, fait plus intéressant, ajoute le missionnaire, quelques jours avant notre passage, les tsé-tsé avaient suffi pour mettre une armée en déroute. »

Des expériences seront faites avec ces mouches.

Les vins empoisonnés d'Hyères et les épidémies d'acrodynie. — M. Ollivier lit un rapport sur les communications de MM. Vidal, Marquez et Dubrandy, relatives à l'affaire des vins empoisonnés d'Hyères.

Après avoir rappelé les faits cliniques signalés par ces auteurs, M. Ollivier ajoute que M. Vidal (d'Hyères) a rattaché tous ces faits à l'acrodynie, et qu'il présume que toutes les épidémies d'acrodynie, signalées jusqu'à ce jour, ont une même origine que celle observée à Hyères.

Peut-on accepter cette manière de voir?

Peut-on, après les épisodes du Midi, déclarer que ces épidémies étaient une forme d'arsénicisme due, selon toute probabilité, à l'addition d'acide arsénieux à des matières alimentaires ?

M. Ollivier ne le croit pas. Sauf dans l'épidémie d'acrodynie observée pendant la campagne de Crimée, le processus clinique fut notablement différent de celui observé à Hyères. A Hyères, les phénomènes gastro-intestinaux n'ont existé que pour mémoire. Dans les acrodynies de Paris, de Meaux, de la Ferté-Gaucher, de Coulommiers, au contraire, il y a eu des diarrhées rebelles, opiniâtres, des diarrhées cholériformes et dysentériformes. La seule différence dans la manière dont ce symptôme se comporta, ne permet guère d'assimiler les acrodynies d'il y a soixante ans à l'arsénicisme. Puis, il y a dans celles-là des bizarreries de diffusion. La maladie d'Hyères est restée cantonnée dans la zone où l'on débitait les denrées toxiques; l'acrodynie vraie sautait d'un quartier à l'autre, et aucune relation commerciale ne pouvait expliquer ces particularités. De plus, il y eut enquêtes sur enquêtes. On connaissait l'empoisonnement par l'arsenic à peu près aussi bien qu'on le connaît aujourd'hui. Tout fut scruté, examiné ; les soldats, qui ne buvaient pas de vin, étaient malades et les civils qui en buvaient dans le voisinage ne l'étaient pas ; le pain des quartiers de Lourcine ou du faubourg du Temple ne valait ni plus ni moins que celui des quartiers voisins.

Malgré des similitudes indiscutables, M. Ollivier ne trouve pas, dans l'évolution et la nature de la maladie d'Hyères, une explication qu'on puisse adapter intégralement aux épidémies d'acrodynie, et il en reste aux conjectures de ses devanciers. C'étaient probablement des maladies d'alimentation, mais on ne sait à quel produit rattacher les accidents qui les caractérisèrent.

Action de l'acide fluorhydrique dans la tuberculose. — M. Hérard répond à M. Jaccoud (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 1169). Il lui reproche d'avoir laissé de côté, à tort à son avis, la seule expérience probante, celle dans laquelle l'acide, employé à l'état pur, avait supprimé la virulence des crachats.

Il se demande jusqu'à quel point M. Jaccoud était autorisé à supprimer, dans ses conclusions, un des résultats de ses expériences, la destruction de la virulence du bacille tuberculeux par l'acide fluorhydrique pur. A son sens, la conclusion qui s'imposait était celle-ci : l'acide fluorhydrique détruit la virulence du bacille tuberculeux, mais seulement quand il est très concentré ; mélangé à l'eau à parties égales et en proportion moindre, il est sans action.

M. Jaccoud avait pensé que l'acide fluorhydrique pur était trop énergique pour pouvoir être utilisé dans la pratique. C'est là une erreur; l'air chargé de vapeurs d'acide fluorhydrique pur peut être respiré pendant une heure, à la dose minimum de 1 litre par minute, sans provoquer le moindre malaise. D'ailleurs, l'acide fluorhydrique véritablement pur est parfaitement supporté, même par des enfants. L'argument invoqué par M. Jaccoud et tiré de l'impossibilité d'utiliser en médecine l'acide fluorhydrique est donc sans valeur.

Plusieurs expérimentateurs ont démontré d'une façon absolument certaine l'action de l'acide fluorhydrique sur les bacilles; et, parmi ceux-ci, M. Trudeau (de New-York) a publié le résumé de six séries d'expériences tout à fait concluantes. M. Trudeau s'est servi, dans une première série, d'une solution d'acide fluorhydrique dans l'eau à des degrés différents de concentration, à 1/100, 1/200, 1/400, 1/800, 1/1600, qu'il faisait agir sur des cultures tuberculeuses contenues dans des tubes. Ces tubes sont restés stériles et le contenu, inoculé dans le poumon droit à un certain nombre de lapins, n'a déterminé aucune lésion tuberculeuse avec les solutions comprises entre 1/400 et 1/800.

Dans la deuxième série, les cultures ont été soumises à un air chargé de vapeurs fluorhydriques, après avoir barboté dans un mélange de 1 partie d'acide pour 3 parties d'eau. Les cultures sont restées stériles.

Dans la troisième série, le contenu de tubes qui, inoculé, avait produit la tuberculisation, est resté inactif dès qu'il a été soumis à un courant d'air qui a barboté dans une solution d'acide fluorhydrique à 1/3.

Dans la quatrième, les cultures ont été soumises à un courant d'air ayant traversé une solution d'acide fluorhydrique à 1/5, 1/7, 1/9, 1/30, 1/50. A 1/50 seulement, les végétations se sont développées.

Dans la cinquième série, on voit que des bactéries de la putréfaction sont détruites par l'acide fluorhydrique.

Dans la sixième série, on voit que des inhalations d'acide fluorhydrique, continuées pendant longtemps, produisent d'excellents résultats chez des lapins.

MM. Grancher et Chautard, en étudiant la même question, sont arrivés à cette conclusion, que l'action des vapeurs sur l'évolution de la tuberculose expérimentale est nulle. La tuberculose, par le mode d'inoculation adopté (injection intra-veineuse), s'est généralisée, et l'inhalation de vapeurs fluorhydriques ne pouvait avoir la prétention de modifier des bacilles disséminés dans tous les organes. Mais il semble bien démontré que les vapeurs d'acide fluorhydrique ont une réelle action sur les bacilles du poumon.

M. Hérard sait que beaucoup de médecins refusent aux vapeurs fluorhydriques toute valeur dans le traitement de la phthisie, cela ne le surprend pas et tient, selon lui, aux causes multiples et variées qui peuvent et doivent modifier les résultats thérapeutiques.

De ces causes, les unes tiennent à la maladie, d'autres aux procédés d'administration du médicament, et tous ont eu à les constater dans les cas les plus divers. Cependant il croit pouvoir affirmer que l'efficacité des vapeurs fluorhydriques est réelle; il pourrait citer des observations dans lesquelles l'amélioration a été notable.

S'il fallait émettre une hypothèse sur le mode d'action de l'acide fluorhydrique, M. Hérard dirait qu'il agit probablement en excitant l'appétit, en modifiant physiologiquement la sécrétion bronchique; enfin en agissant comme microbicide sur les bacilles de Koch, non pas sur les bacilles qui vivent dans la trame même du tissu pulmonaire, mais sur ceux qui pullulent dans les sécrétions bronchiques.

M. Hérard cite en terminant plusieurs exemples des bons effets de l'emploi des vapeurs d'acide fluorhydrique dans le traitement des tuberculeux.

M. JACCOUD fait observer que sa conclusion générale contient une réserve : « Dilué dans les diverses proportions indiquées, concentré, même jusqu'à égalité d'acide et d'eau, a-t-il dit, l'acide fluorhydrique a été impuissant à modifier la vitalité et la transmissibilité du bacille tuberculeux. » Il a donc dit *a été* et non pas est impuissant, car il n'a entendu conclure que sur ce qu'il a vu dans ses expériences prises isolément. Il ajoute qu'il a suivi une technique spéciale; il ne croit pas que les autres expérimentateurs se soient placés dans les mêmes conditions que lui. S'il avait voulu d'ailleurs corroborer les résultats qu'il a obtenus de ceux d'autres expérimentateurs, il aurait pu citer les expériences de MM. Grancher et Chautard dont vient de parler M. Hérard; ces expérimentateurs se sont placés dans des conditions plus favorables encore à la thèse défendue par M. Hérard, puisqu'ils ont fait agir directement l'acide fluorhydrique pur et cela pendant des heures consécutives, c'est-à-dire bien plus longtemps que ne l'a fait M. Jaccoud, et quels ont été les résultats obtenus dans ces conditions? Tous les animaux sont morts tuberculeux. Le seul fait qu'aient constaté MM. Grancher et Chautard, c'est que la survie des animaux soumis à l'acide fluorhydrique a été un peu plus longue que celle des animaux simplement inoculés. Voilà donc des faits expérimentaux qui, technique à part, se rapprochent beaucoup de ceux observés par M. Jaccoud qui, en terminant, insiste encore sur la sobriété de ses conclusions.

M. HÉRARD regrette que M. Jaccoud n'ait pas fait un plus grand nombre d'expériences et qu'il se soit servi de vapeurs fluorhydriques insuffisantes. Il aurait voulu qu'il se servît d'acide concentré, pur, il aurait obtenu alors des résultats positifs et se serait placé dans les limites de l'efficacité de l'acide fluorhydrique.

RAPPORTS

Eaux minérales. — M. A. ROBIN donne lecture à l'Académie de la première partie du rapport annuel au ministre du Commerce sur les eaux minérales pendant l'année 1886. M. Robin insiste particulièrement sur les points suivants :

1° Amélioration des établissements thermaux ;
2° Insuffisance des travaux scientifiques ;
3° Régime et hygiène ;
4° Police sanitaire ;
5° Inspectorat des eaux minérales ;
6° Traitement des indigents.

L'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture des rapports suivants :

M. DEVILLIERS au nom de la Commission d'hygiène de l'enfance ;

M. FRANCK sur le Prix Barbier ;

M. CUSCO sur le Prix Monbine.

Elle vote ensuite les récompenses accordées aux travaux sur : 1° l'hygiène de l'enfance ; 2° les eaux minérales ; 3° les épidémies en 1887.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1888-1889.

1. M. ROSSIGNOL. De la gangrène symétrique des extrémités chez l'enfant. — 2. M. TERGRIGORIANTZ. Hémiplégie chez les enfants. — 3. Mlle GOLDSPIEGEL. Contribution à l'étude de l'hystérie chez les enfants. — 4. M. LEROUX. Contribution à l'étude de l'artérite syphilitique. — 5. M. PLICQUE. Récidives des tumeurs malignes. — 6. M. DEMARS. Des kystes hydatiques du foie. — 7. M. FÉLICE. Rapport de la chlorose avec la tuberculose. — 8. M. PANTALONI. Portion pelvienne des uretères chez la femme. — 9. M. JONDEAU. Nævi polypoïdes du méat urinaire chez la femme. — 10. M. LAVAUX. Du lavage de la vessie sans sonde. — 11. M. ROUSSEAU. Contribution à l'étude de l'antisepsie en obstétrique, dans ses applications à la campagne. — 12. M. THÉRÉAULT. De la transparence dans la tumeur comme élément de diagnostic. — 13. M. MILIER. Contribution à l'étude de l'épilepsie dans ses rapports avec l'aliénation mentale. — 14. M. DE VIVILLE. Gangrène des pieds d'origine nerveuse. — 15. M. SOCA. Étude clinique sur la maladie de Friedreich. — 16. M. MIGNON. De la fièvre dans la phthisie chronique et de son traitement par la créosote. — 17. M. BUSSAT. Traitement chirurgical de l'ongle incarné : procédé Quénu. — 18. M. DURAS. De l'imperforation de l'anus avec abouchement congénital du rectum dans le vagin. — 19. M. REGNAULT. Des altérations craniennes dans le rachitisme. — 20. M. TABARAND. Des rapports de la dégénérescence mentale et de l'hystérie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

École de médecine de Reims. — M. Valzer est maintenu suppléant de la chaire de chimie et matière médicale.

— *École de médecine de Toulouse.* — Un congé pour raison de santé est accordé à M. Toussaint, professeur de physiologie.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. Giard, docteur ès sciences, est chargé d'un cours sur l'évolution des êtres organisés.

— *Faculté des sciences de Dijon.* — M. Depousargues, licencié ès sciences naturelles, est chargé, pendant la durée du congé accordé à M. Schmitt, des fonctions de préparateur de zoologie.

— *Faculté des sciences de Lyon.* — M. Chabry, docteur ès sciences, est nommé maître de conférences de zoologie.— M. Roche est maintenu préparateur de chimie générale.

— *Faculté des sciences de Nancy.* — M. Chevalier est nommé préparateur en minéralogie.

— *Faculté des sciences de Toulouse.* — M. Legoux est nommé doyen, en remplacement de M. Baillaud, nommé doyen honoraire.

— M. Chaffanjon, naturaliste, est chargé d'une mission scienti-

samedis suivants à la même heure. — Il étudiera la grossesse normale et pathologique, l'accouchement simple, la dystocie.

— M. le professeur Germain Sée commencera son cours de clinique médicale, le lundi 12 novembre, à l'Hôtel-Dieu, à neuf heures, et le continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure. — Les leçons de ce semestre seront principalement consacrées à l'étude des maladies du cœur d'après les recherches modernes.

— M. le docteur Tillaux, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, commencera ses leçons de clinique chirurgicale le lundi 12 novembre, à dix heures très précises, et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

— M. le professeur Gariel commencera le cours de physique médicale, le lundi 12 novembre 1888, à midi (petit amphithéâtre de la Faculté) et le continuera les mercredis, vendredis et lundis mercredis, suivants à la même heure.

— M. Raphaël Blanchard, agrégé, commencera les conférences d'histoire naturelle médicale, le lundi 12 novembre 1888, à deux heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure. — Il étudiera les cryptogames et le parasitisme animal.

— M. Letourneau commencera le cours d'histoire des civilisations, à l'École d'anthropologie, le lundi 12 novembre, à quatre heures du soir, et le continuera les lundis suivants à la même heure. — Il traitera de l'évolution des institutions politiques dans les diverses races humaines : le gouvernement, la guerre, la justice.

— M. le professeur Cornil commencera le cours d'anatomie pathologique, le lundi 12 novembre 1888, à cinq heures du soir, à la Faculté (grand amphithéâtre), et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure, à la Faculté, les mercredis à l'École pratique, à une heure et demie, dans la salle des travaux pratiques d'anatomie pathologique.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 130. — MARDI 13 NOVEMBRE 1888. 61e ANNÉE. MARDI 13 NOVEMBRE 1888. — N° 130.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

LA MALADIE DE FRÉDÉRIC III

D'APRÈS LES DOCUMENTS PUBLIÉS

I

Le prince impérial d'Allemagne était atteint depuis deux mois d'un enrouement rebelle, lorsque son médecin ordinaire, le docteur Wegner, se décida à faire appeler un spécialiste en consultation. C'est ainsi que Gerhardt put constater, le 6 mars 1887, sur la corde vocale gauche, un *épaississement polypeux* qu'il ne réussit pas à enlever avec une anse métallique. Il se servit alors du galvanocautère pour attaquer la tumeur qu'il considérait comme bénigne. Après avoir subi des cautérisations répétées, le malade fit une cure à Ems. A son retour des eaux, il se soumit de nouveau à l'examen laryngoscopique de Gerhardt qui posa le diagnostic de tumeur maligne et réclama les lumières du chirurgien Bergmann. Le professeur de clinique chirurgicale de Berlin n'hésita pas : il crut à un cancer et proposa la laryngotomie. Bergmann, dans cette consultation du 18 mai 1887, justifie, de la façon suivante, l'intervention sanglante :

« Il est facile de concevoir (1) que je propose la laryngotomie, dans tous les cas où l'on a des raisons sérieuses de *soupçonner une néoplasie maligne* de l'intérieur de l'organe...

« L'opération que nous proposions n'était pas plus dangereuse qu'une trachéotomie ordinaire... Supposons maintenant que nous ayons fait erreur et que, au lieu du cancer, nous ayons trouvé une tumeur bénigne, l'opération n'aurait été aucunement préjudiciable à l'illustre malade... Assurément il y a un revers fâcheux à la thyrotomie : l'altération de la voix. »

Ce chirurgien ajoute dans le rapport qu'il a publié : « Je me rangeai à l'opinion (2) de Wegner, lorsque celui-ci déclara qu'il était nécessaire, dans un cas si important, d'appeler aussi un spécialiste de renom, d'autant plus que *je ne me sentais aucunement la compétence spéciale d'un laryngologiste, ni celle d'un chirurgien exercé aux opérations intra-laryngées.* » Mackenzie est proposé par Wegner et accepté par Bergmann et Gerhardt. Comment concilier l'opinion de Bergmann qui reconnaît la nécessité de faire appel à un spécialiste et l'assertion suivante de Gerhardt? « Le résultat de l'examen laryngoscopique et l'histoire de la maladie étaient pour nous si clairs et si probants que tout médecin capable d'inspecter un larynx nous paraissait devoir partager notre jugement. »

Il est, cependant, impossible de nier l'importance de cette consultation. Il serait puéril de vouloir rabaisser le rôle du médecin consultant à l'expérience duquel les docteurs allemands avaient fait appel spontanément, dans un cas aussi grave.

Le 18 mai, Wegner, Schrader, Bergmann, Gerhardt, Lauer et Tobold se réunirent de nouveau et déclarèrent à l'unanimité qu'il fallait pratiquer, dans le plus bref délai, l'ouverture du larynx.

L'opinion de Bergmann est donc adoptée. Voici les arguments développés, ce jour-là, par Gerhardt : « *Bien qu'il existe quelques exemples de sarcomes* et un *de cancer du larynx heureusement opérés par voie buccale et guéris par la suite*, il n'y avait pas lieu, par contre, d'espérer obtenir la guérison par le même procédé, *en présence de cette tumeur plate, faisant corps sur une si grande surface avec la corde vocale...* On devait fendre le larynx. C'est là, grâce aux moyens dont nous disposons aujourd'hui, une *opération presque sans danger*, que l'on *pratique sans crainte* même *pour extirper des tumeurs bénignes*, aussi bien chez les enfants que chez les vieillards. Par cette voie seulement, il était possible de pratiquer une extirpation radicale du néoplasme, en suivant nettement l'opération avec les yeux *sans crainte de laisser aucun germe morbide* dans l'organe... On pouvait se demander si la *perte de substance* nécessitée par cette opération, au lieu de se limiter aux parties molles, *ne devrait pas comprendre aussi une portion du cartilage thyroïde*. Cette grave considération ne fut pas passée sous silence. »

Gerhardt se contente de dire que l'ablation totale du néoplasme n'est guère possible par la méthode endo-laryngée, mais Bergmann (1) va plus loin. « Par la raison que cette dernière (la tumeur) siégeait à la face inférieure de la corde vocale, peut-être même au niveau de la paroi latérale de la portion sous-glottique, cette circonstance rendait illusoire toute tentative d'extraire un fragment pour l'examiner. »

Cependant, la thyrotomie acceptée par le prince impérial est fixée au 21 mai. Mackenzie arrive le 20 au soir. Le laryngologiste anglais déclare que l'aspect de la tumeur ne lui donne pas l'idée d'un cancer. Il croit à l'existence d'une tumeur bénigne. Dans tous les cas, avant de faire la thyrotomie, il faut enlever un fragment de la tumeur et le soumettre à l'examen d'un histologiste, qui se prononcera sur la nature de la néoplasie.

Le plan proposé par le médecin anglais est adopté. « Il fut accepté par nous tous, écrit Gerhardt, que l'opération serait différée, jusqu'à l'examen histologique. Mackenzie devait se charger de l'extraction du fragment à examiner et Virchow de cet examen lui-même. »

Le 21, Mackenzie enlève un fragment de la tumeur. L'habileté opératoire du laryngologiste avait donc triomphé de « cette cir-

(1) *La maladie de l'empereur Frédéric III*, rapports officiels des médecins allemands, traduits par le docteur Luc. In-12. Prix : 3 francs. — Paris, W. Hinrichsen, 22, r. Jacob.

(2) Loco citato.

(1) Documents allemands, rapport de Bergmann.

constance qui rendait illusoire toute tentative d'extraire un fragment pour l'examiner ». Virchow, après examen microscopique de la pièce, pense qu'il s'agit d'une *pachydermia laryngis* (1).

Le 23 mai, Mackenzie essaya, mais en vain, d'enlever une nouvelle parcelle de tumeur. Gerhardt accusa son confrère d'avoir entamé la corde vocale droite qui était saine et de n'avoir pas lavé sa pince dans l'eau phéniquée avant l'opération. Le prince, à partir de ce jour, devint aphone, ce qui était dû, dit le laryngologiste allemand, à la blessure de la corde vocale droite. Bergmann et Tobold constatèrent cette plaie faite *à droite*, en plein tissu normal.

Mackenzie répond qu'il n'a pas entamé la corde vocale saine et qu'il est à peu près impossible, même le voulût-on, de blesser une corde vocale normale avec un instrument qui ne peut couper que ce qui fait saillie. Un élève, après un an de pratique, est incapable de faire une blessure semblable. En admettant même que cette plaie eût été produite, elle aurait guéri facilement et sans grand dommage. Quant au reproche d'avoir manqué aux règles de l'antisepsie, Mackenzie affirme que son instrument était enfermé dans une trousse doublée à l'intérieur de tissus antiseptiques.

Quelques jours après, le 24 mai, le médecin anglais propose à ses collègues d'enlever la tumeur avec des pinces tranchantes et de brûler ce qui resterait avec le galvanocautère. Il déclare pouvoir restaurer ainsi la voix du prince. « Quant à la nature de la tumeur, écrit Bergmann, Mackenzie s'appuyant sur l'examen et le dire de Virchow la considérait comme bénigne. » Le chirurgien allemand expose le plan de Mackenzie d'après le protocole rédigé par Wegner ce jour-là. « Si le néoplasme continue de croître, il faut commencer par l'opérer avec les pinces; *si ce moyen échoue et que d'autres tentatives intra-laryngées demeurent sans succès, il faut avoir recours à la laryngotomie.* » Voici l'opinion officielle de Gerhardt. « Bien qu'il ne pense que la tumeur puisse être extirpée par voie buccale, il se décide toutefois à se rallier au plan de Mackenzie, *sur l'assurance de ce dernier d'effectuer ainsi l'ablation du néoplasme,* mais seulement aussi longtemps que ni l'examen d'un fragment, ni la marche (c'est-à-dire l'accroissement opiniâtre de la tumeur), n'auraient pas nécessité un autre mode de traitement. » Tobold tient le procédé d'extirpation, par la pince, pour inopportun et insuffisant. « Il considère la laryngotomie comme le seul moyen permettant de venir complètement à bout du mal, en mettant à même d'exciser avec sûreté et avec une absolue précision toutes les parties, de détruire et de rendre inoffensif le point d'implantation, en y appliquant la pointe incandescente d'un thermocautère Paquelin. » Bergmann réclame l'intervention hâtive, dans la crainte de voir la tumeur, qui est pour lui un cancer, prendre un grand développement et diminuer l'efficacité de la thyrotomie.

Telles sont les opinions qui furent émises le 24 mai. Cependant une résolution définitive fut prise, de l'avis même de Gerhardt. « *Il fut unanimement accepté que Morell Mackenzie extirpât la tumeur avec les pinces tranchantes et le galvanocautère, puisqu'il assurait pouvoir le faire et même rendre à la voix sa clarté.* »

Le 8 juin, Mackenzie fait une nouvelle opération et enlève deux fragments qui sont examinés par Virchow. Le célèbre histologiste, dans un rapport rendu public, déclare que l'instrument a pénétré jusqu'aux parties profondes, au-dessous de la muqueuse. La tumeur est une *pachydermia verrucosa.* Ce diagnostic anatomique est plus évident que lors de la première opération, car une partie plus centrale de la tumeur a été évidemment enlevée. *Quoique cette portion soit très malade, la condition saine du tissu sur la surface coupée permet d'avoir une opinion très favorable, quant au pronostic.* On ne peut, par l'examen de ces deux fragments, justifier cette opinion favorable au sujet de la maladie elle-même; mais ils *ne présentent rien qui puisse non plus justifier* la crainte d'une maladie plus étendue et plus grave. Tels sont les termes principaux de ce document important qui a joué, pensons-nous, un rôle considérable dans les déterminations qui furent prises. Le diagnostic *pachydermia verrucosa* était ferme, et, tout en faisant quelques réserves, Virchow portait un pronostic favorable sur la marche de la maladie. Gerhardt cherche à diminuer, après coup, la portée des conclusions de Virchow. Il a l'air d'insinuer que l'anatomo-pathologie ne peut guère arriver à faire connaître la nature des tumeurs.

Bergmann ne passe pas sous silence l'importance de la déclaration du micrographe berlinois. Si on a des doutes sur le rapport de Virchow, il faut s'en prendre, dit Bergmann, « à la *malheureuse* coïncidence de cette communication avec la publication du même Virchow sur la *pachydermia laryngis* datant du 27 juin (1). La chose était d'autant plus naturelle, qu'une phrase du rapport du même auteur, daté du 20 juin, pouvait donner à penser que l'*anatomo-pathologie était sortie des limites qui lui étaient tracées et, non content d'interpréter ce qui lui avait été soumis, avait cherché à faire concorder ses résultats avec les constatations du clinicien, tirant de là des conclusions pour les appliquer à l'ensemble de la maladie.* » L'attaque contre Virchow n'est guère dissimulée. Ce savant avait cru trouver une pachydermie verruqueuse. Cela n'avançait guère la question, dit Gerhardt, car l'histoire clinique de l'affection ainsi dénommée reste encore à faire. N'est-ce pas justement cette obscurité qui porta le trouble dans le diagnostic et par suite dans le traitement?

Quoi qu'il en soit, les médecins allemands apprirent que le prince impérial allait partir pour l'Angleterre, afin de se soumettre au traitement de Mackenzie. Que firent Lauer, Bergmann, Schrader et Tobold dans une réunion particulière? Ils se bornèrent à formuler deux vœux : « 1° Le traitement devait être soumis au contrôle d'un laryngologiste allemand; 2° *le traitement de Mackenzie ne devrait se prolonger*, ainsi qu'il en avait convenu lui-même, que *jusqu'au moment où la malignité du mal aurait été établie, soit par l'examen microscopique, soit par d'autres arguments.* » La malignité du mal n'était donc pas définitivement établie, à la veille du départ du prince pour l'Angleterre.

Gerhardt devait être chargé de contrôler le traitement, mais au dernier moment il est remercié, et c'est un de ses élèves, le docteur Landgraf, médecin militaire, qui doit le remplacer. Défense est faite à Landgraf de tenir Gerhardt au courant de l'état du prince. Il est probable que, pour donner satisfaction à l'opinion publique, on avait pris Landgraf, jeune docteur, dont l'autorité scientifique ne pouvait porter ombrage à Mackenzie.

« Mes fonctions se trouvaient donc bornées, dit Landgraf, à pratiquer l'examen du larynx et à rédiger avec mon chef (Wegner) le résultat des examens. »

Dans le volume que Mackenzie a publié (2), ce laryngologiste affirme que Gerhardt a essayé de le perdre dans l'esprit de la princesse impériale. Il en prend acte pour accuser son confrère d'avoir brûlé sans mesure le néoplasme et d'avoir transformé une tumeur bénigne en tumeur maligne. Mais Mackenzie oublie qu'il a pratiqué de nombreuses excisions dans le larynx et qu'il s'est servi aussi du galvanocautère.

Ces citations prouvent jusqu'à quel point la passion peut conduire.

Pour résumer la question au point de vue scientifique, on peut dire qu'avant l'arrivée de Mackenzie, les médecins allemands avaient porté le diagnostic de cancer et voulaient pratiquer la thyrotomie et, au besoin, la thyrectomie. Le consultant anglais s'opposa à l'opération, parce qu'il croyait à une tumeur bénigne. M. Schwartz dit dans sa thèse : « Il est quelquefois très difficile au début de distinguer un polype d'une tumeur maligne; c'est l'examen microscopique seul, qui pourra décider dans ces cas et assurer le diagnostic. » C'est cette considération qui fut

(2) Ce rapport n'a pas été publié. Les autorités allemandes ont refusé à Mackenzie de lui communiquer les pièces officielles déposées aux archives. Mais l'opinion de Virchow, à cette époque, est révélée dans différents passages des rapports.

(1) Communication faite par Virchow à une société savante de Berlin.

(2) Sir Morell Mackenzie. *Fhe fatal Illness of Frederick the Noble.* — *La dernière maladie de Frédéric le Noble.* — Paris, P. Ollendorff.

mise en avant par Mackenzie. Virchow se prononça en faveur d'une *pachydermia verrucosa*, affection bénigne. Tobold, Gerhardt et Bergmann se rallièrent entièrement au plan de Mackenzie. Il s'agissait d'enlever la tumeur par la voie endo-laryngée, jusqu'à ce que le microscope ou la marche de la maladie eussent fait reconnaître le cancer. Les médecins allemands sont donc mal inspirés en déclarant que leur confrère anglais est seul responsable des événements qui ont suivi. La thyrotomie a été abandonnée par eux, après les investigations de Virchow.

En réalité, c'est une question de doctrine qui a divisé, dès le début, les médecins du prince impérial.

Pour la majorité des laryngologistes, la méthode endo-laryngée est la méthode de choix qui doit être employée pour enlever les tumeurs bénignes du larynx. L'extraction des néoplasmes de bonne nature, par la voie bucco-laryngée, est une opération inoffensive. Elle a, de plus, l'avantage de donner d'excellents résultats, au point de vue de la phonation.

La laryngotomie n'est qu'une méthode de nécessité. En effet, la thyrotomie, quoique peu grave, donne encore une mortalité de 5 p. 100 (Thèse Schwartz, p. 176). « Il en résulte donc, dit cet auteur, que la laryngotomie, en tant qu'opération appliquée au traitement des polypes, n'est pas inoffensive et le cède de beaucoup, sous ce rapport, à la méthode endo-laryngée. » De plus, l'ouverture du larynx détermine des troubles fonctionnels graves : la voix reste souvent enrouée, parfois profondément altérée. Ces raisons font restreindre l'indication de la thyrotomie aux néoplasmes malins. Telle est la première opinion.

L'opinion contraire est soutenue par des chirurgiens qui pensent que la thyrotomie, pratiquée suivant les règles de la méthode antiseptique, est une intervention chirurgicale réellement bénigne. Il y a donc lieu d'y avoir recours, non seulement dans les cas de tumeurs de mauvaise nature, mais aussi dans les cas de néoplasmes bénins. Le champ opératoire est mis directement sous les yeux du chirurgien qui enlève, avec précision, toute la tumeur.

Que résulte-t-il de cette divergence d'appréciation ?

Les partisans de la thyrotomie, conséquents avec eux-mêmes, professent qu'il faut ouvrir largement le larynx, dès qu'on soupçonne la malignité de la néoplasie. Tandis que les laryngologistes, enthousiastes de la méthode endo-laryngée, n'acceptent la thyrotomie qu'avec réserve et même avec une répugnance non dissimulée. Ils ne se résignent à cette intervention, qu'au moment où ils ont la main forcée, c'est-à-dire quand la tumeur est dûment reconnue de mauvaise nature (1).

Or, Mackenzie a toujours préconisé la méthode endo-laryngée. Bergmann, Gerhardt, Tobold, etc. défendent, au contraire, la thyrotomie.

Voilà la cause du différend entre Mackenzie et ses confrères allemands.

Si nous avions pratiqué la thyrotomie le 21 mai, disent Bergmann, Gerhardt, Tobold, etc., nous aurions pu obtenir la guérison radicale du cancer.

Mais, répond Mackenzie, la thyrotomie n'a jamais guéri que 2 cancéreux, tandis que vous exposiez le prince impérial à une mort immédiate (27 p. 100 de mortalité dans les thyrotomies pour cancer).

Quoi qu'il en soit, les deux méthodes opératoires ont des défenseurs et des adversaires. Elles présentent des avantages et des inconvénients. Suivant son tempérament chirurgical, son éducation scientifique, ses habitudes opératoires, ses succès et ses revers antérieurs, le laryngologiste ou le chirurgien adoptera l'une ou l'autre de ces méthodes.

Peut-on infliger une flétrissure au médecin qui se montre fidèle à sa doctrine, à son enseignement et à sa pratique journalière ?

En réalité, les médecins allemands doivent partager la responsabilité du traitement avec Mackenzie. Ils n'ont pas le droit de lui reprocher de n'avoir pas accepté la thyrotomie, car n'avaient-ils pas adhéré, à l'unanimité, au plan proposé par le laryngologiste anglais ? Au lieu de protester, quand le prince impérial se décida à quitter l'Allemagne pour se rendre en Angleterre, dans le but de confier exclusivement à Mackenzie la cure de sa maladie, les docteurs Bergmann, Tobold, etc., émirent un vœu qui légitimait le traitement imposé par le spécialiste de Londres.

II

Pendant le séjour en Angleterre, du 14 juin au 3 septembre, la santé générale du prince impérial resta excellente. Mais quel était l'état local ? D'après Landgraf, la tumeur ne faisait que s'étendre et le diagnostic cancer s'imposait de plus en plus. Mais la lecture des rapports des docteurs anglais Morris Wolfenden et Hovell ne confirme pas l'opinion du médecin allemand. Le 28 juin, Mackenzie enlève une parcelle de la tumeur qui est envoyée à Virchow. Le micrographe de Berlin ne semble pas avoir renoncé à son premier diagnostic anatomique.

Le 21 juillet apparaît une nouvelle tuméfaction à la surface postérieure des cartilages aryténoïdes. Mackenzie pense à une périchondrite. Peu de temps après, il constate la réapparition de la tumeur à l'endroit où il l'avait enlevée. Il cautérise au galvanocautère. Vers le 11 août, la reine d'Angleterre trouve la voix du prince naturelle. Hovell constate cette amélioration qui est plus marquée encore à la fin d'août, à ce qu'affirme Mackenzie.

Au moment de quitter l'Angleterre, la princesse impériale demanda son avis à Mackenzie. Le laryngologiste déclara que la tumeur ne lui paraissait pas être d'une nature maligne, mais qu'elle pouvait prendre ce caractère. Tout en penchant pour une tumeur bénigne, il ne cacha pas que le néoplasme pouvait être déjà cancéreux ou qu'il pouvait le devenir.

Le prince partit pour Toblach, dans le Tyrol, où il eut une petite poussée inflammatoire, le 20 septembre. De Toblach, le malade se rendit à Venise, puis à Baveno.

Le 7 octobre, Mackenzie trouva le larynx en très bon état. Il existait encore des traces de l'inflammation périchondrale, mais le spécialiste de Londres espérait que le progrès morbide était arrêté. Il n'était cependant pas sans inquiétude.

La situation était toujours bonne, selon Hovell, jusqu'au milieu d'octobre. Mais il y avait eu de temps en temps de l'inflammation et, *jusqu'au 28 octobre, la voix du malade était très claire et parfaitement naturelle.* Ce jour-là la tumeur s'ulcéra et, le 30, un nouveau gonflement apparut sur la corde vocale droite.

L'état local s'aggrave. Morell Mackenzie part pour San Remo et y arrive le 6 novembre. Le laryngologiste déclare au prince qu'un changement très défavorable avait eu lieu dans la tumeur. « Est-ce un cancer ? » lui demande Frédéric. « Je regrette d'avoir à vous dire que cela en a bien l'apparence, mais il est impossible d'en avoir la certitude. » Le prince serre la main de son médecin, et, avec un sourire d'une indicible douceur, il lui dit : « C'est ce que j'ai craint depuis quelque temps. Je vous remercie, sir Morell, de votre franchise avec moi. »

Mackenzie réclame une consultation, et on fait appeler Schrœtter (de Vienne), Krause (de Berlin) et Schmidt. L'opinion fut qu'il s'agissait d'un cancer. Schmidt pensa à la possibilité de la syphilis et proposa d'administrer de l'iodure de potassium pour éclairer le diagnostic. Les docteurs rédigèrent un procès-verbal qu'ils signèrent tous : « Après des examens minutieux et répétés, les médecins réunis ont acquis la complète certitude qu'il s'agit d'un cancer du larynx. » Cependant Mackenzie, dans un protocole spécial, tout en admettant le cancer, fait re-

(1) On a vu que Gerhardt lui-même reconnaît l'existence de plusieurs guérisons de tumeurs malignes, obtenues par la méthode endo-laryngée. Plusieurs faits de ce genre ont été publiés, et, tout dernièrement, Schnitzler signalait la guérison d'un cancer larygné qui se maintient depuis vingt ans. Il avait enlevé le néoplasme avec des pinces introduites par la bouche dans le larynx. Pour le laryngologiste viennois, la constatation d'un cancer n'est pas une contre-indication à la méthode endo-laryngée. Mackenzie, d'accord avec le plus grand nombre des médecins, ne va pas jusqu'à soutenir cette opinion qui nous semble bien risquée. N'est-ce pas une preuve des fluctuations qui existent dans la science sur le traitement des néoplasmes *suspects* du larynx ?

marquer qu'en l'absence d'évidence microscopique, ce diagnostic ne pouvait être donné avec une certitude absolue.

Schrœtter fut chargé de communiquer ce diagnostic à Son Altesse impériale, et de lui faire un rapport établissant les avantages et les désavantages de l'ablation du larynx et de la trachéotomie. Le prince impérial refusa, par écrit, l'ablation du larynx et se décida pour la trachéotomie, quand les circonstances l'exigeraient.

Les Allemands reprochent à Mackenzie de n'avoir pas su reconnaître les progrès de l'affection, du 9 juin au 6 novembre, et d'avoir laissé passer le moment favorable pour faire la thyrotomie. Le fait est, qu'en novembre, il ne pouvait plus être question de thyrotomie, et qu'il fallait adopter ou l'ablation du larynx ou la trachéotomie palliative. L'oppression était telle, qu'il fallut opérer immédiatement. Bramann, assistant de Bergmann, ouvrit la trachée et se servit du chloroforme. Morell était opposé à l'anesthésie. Le prince eut une syncope pendant l'opération. L'incision de la trachée fut faite avec habileté, mais pas tout à fait sur la ligne médiane, affirment Mackenzie et Hovell.

Nous ne pouvons entrer dans les détails que fournit le laryngologiste anglais sur les conséquences malheureuses qu'auraient entraînées cette incision légèrement latérale et l'introduction d'une canule de courbure inusitée. Cette canule, de dimension exagérée, aurait irrité la paroi postérieure de la trachée. Il faut passer sous silence les changements incessants de canules, les accusations réciproques d'impéritie, la lutte sourde entre les médecins anglais et les médecins allemands, la constatation microscopique du diagnostic cancer au mois de mars, la mort de l'empereur Guillaume et le départ du nouvel empereur Frédéric, le 10 mars, pour l'Allemagne.

Rien n'est plus pénible que la lecture des preuves établissant l'hostilité perpétuelle entre les médecins ; rien n'est plus triste à constater que la surveillance, l'espionnage dont ils se rendent coupables ; rien n'est plus écœurant que ce parti pris de dénigrement qui existe dans les deux camps; pendant ce temps, le malade héroïque marchait à grands pas vers la mort.

C'est le 12 avril qu'eut lieu une scène qui a été fort diversement racontée. Bergmann appelé par Mackenzie « trouve l'empereur assis sur une chaise en train d'étouffer ». « J'eus l'impression, dit Bergmann, que la mort par suffocation était affaire de quelques minutes. » Alors il tâche d'introduire la canule à plusieurs reprises, n'y réussit pas à cause des végétations cancéreuses qui avaient envahi la plaie et qui empêchaient de pénétrer dans l'intérieur de la trachée. Le chirurgien se sert des érignes qu'il avait emportées, mais la canule n'entre pas, tandis que la dyspnée de l'auguste malade prend des proportions de plus en plus graves. Bergmann plonge le doigt dans la plaie, à travers les fongosités, jusqu'à l'ouverture de la trachée, dans le dessein d'y loger une érigne. Il y parvient et Bramann, qui assistait son chef, insinue une canule. « Aussitôt l'empereur put respirer librement, ce dont il nous témoigna sa joie et sa reconnaissance par un geste expressif, et en nous serrant la main. A la vérité, cette manœuvre avait fait saigner la plaie, mais modérément. La canule une fois en place, le suintement sanguin s'arrêta spontanément. » Tel est le récit de Bergmann qui affirme avoir empêché l'empereur d'étouffer.

Mackenzie raconte tout autrement ce qui s'est passé ce jour-là. Il voulait remplacer la canule de l'empereur par une autre de sa fabrication. Comme il lui était recommandé de vivre en bonne intelligence avec Bergmann, il écrivit à son collègue de venir le plus tôt possible, quoiqu'il n'y eût aucun danger pressant. Quand Bergmann arriva, « il était dans un état de violente excitation. Cet état était-il dû aux rapports exagérés qu'il avait pu recevoir sur l'état de l'empereur, ou à des causes d'une nature plus personnelle ? C'est ce que je ne puis dire; mais toujours est-il que Bergmann agissait de la façon la plus extraordinaire, la plus inconcevable. Il était dans un tel état, qu'il ne pouvait m'écouter avec attention. » Le chirurgien allemand retire la canule et s'efforce d'introduire un tube non garni d'une pelote. Cette tentative n'a pas de succès ; la respiration devint très embarrassée, il y eut un violent accès de toux et une hémorrhagie très considérable. Bergmann coupe l'éponge d'une canule-tampon et tente de forcer le tube dans la trachée, mais cet essai n'arrive qu'à labourer les tissus et à faire une fausse route en avant de la trachée. La toux et l'hémorrhagie augmentent. L'opérateur enfonce le doigt dans la plaie et ne réussit qu'à déterminer une nouvelle perte de sang et une autre quinte de toux. Enfin, Bramann arrive au secours de son maître et introduit facilement la canule. L'empereur toussa presque sans interruption et perdit du sang pendant deux heures. L'empereur aurait dit à Mackenzie : « J'espère que vous ne laisserez pas le professeur von Bergmann me faire d'autres opérations. » Le laryngologiste anglais a, paraît-il, en sa possession, un billet de Frédéric ainsi conçu : « Débarrassez-moi de cet insupportable Bergmann. »

Ce qu'il y a de certain, dit Mackenzie, c'est que la fausse route de Bergmann, faite d'une façon si brutale et si maladroite, détermina la production d'un abcès en avant de la trachée et précipita la terminaison funeste. La suppuration détruisit peu à peu les forces de l'empereur et cette complication, qui devait entraîner la mort, doit être attribuée uniquement à Bergmann et non pas à la marche naturelle de la maladie.

Le chirurgien allemand nie, avec énergie, la fausse route qui lui est attribuée et déclare qu'il n'y a jamais eu *d'abcès* au-devant du larynx et de la trachée. L'autopsie devait éclairer et trancher le différend. Voici, d'après les documents allemands, le protocole d'autopsie :

« Au cou, une plaie longue de 6 centimètres et demi, rectiligne, fermée par des points de suture, présentant des bords desséchés, sur le côté droit desquels on trouve une tuméfaction pâle, mesurant 2 centimètres de hauteur, 1,5 de largeur et 0,5 d'épaisseur. L'intérieur de la plaie est occupée par une grande quantité d'ouate et de bismuth, après l'extraction de laquelle apparaît une cavité mesurant 5 centimètres de profondeur, à peu près autant de longueur et dont les bords s'écartent, après l'enlèvement des fils de suture, en laissant entre eux un intervalle de 2 centimètres et demi. » C'est, pour Morell Mackenzie, la cavité de l'abcès. « En raison du fait, dit celui-ci, que la cavité avait été remplie d'ouate ou de bismuth et aussi en raison du fait que la sécrétion purulente avait cessé pendant les trois ou quatre derniers jours de la vie de l'empereur, il n'y avait rien qui pût spécialement appeler l'attention sur l'abcès, mais M. Hovell put facilement retrouver l'endroit où il était placé. » Mais pourquoi Mackenzie, qui assistait à l'autopsie, n'attira-t-il pas l'attention sur cet abcès ? Pourquoi ce mot ne fut-il pas consigné au procès-verbal? La présence du pus, à ce niveau, n'est même pas signalée. A notre avis, l'existence de cet abcès n'est pas prouvée et ainsi s'écroulerait l'échafaudage construit ingénieusement par le laryngologiste anglais. En revanche, les ravages causés par le cancer laryngé furent longuement notés.

III

Que ressort-il de l'histoire de cette maladie racontée par les médecins allemands et par Mackenzie ?

C'est que l'accord n'existait pas entre les médecins traitants. Cette divergence d'opinions aurait dû se terminer par une entente loyale ou par la retraite définitive et motivée de ceux qui considéraient comme funeste le traitement adopté malgré eux. Dans tous les cas, le silence était de rigueur, après la mort de l'empereur. Mais à quel spectacle a-t-on assisté ? Des livres ou plutôt des pamphlets ont été publiés d'abord en Allemagne, puis en Angleterre. D'un côté, divulgation de documents officiels tronqués et arrangés avec un art perfide ; de l'autre, publicité inaccoutumée et voisine d'une réclame que l'auteur donne à un livre, qui semble être plutôt destiné aux gens du monde qu'aux médecins. La jalousie, la haine, la mauvaise foi, les imputations calomnieuses, l'oubli des plus simples devoirs professionnels s'éta-

lent froidement et violent toutes les règles de la déontologie et les plus vulgaires convenances.

Ni la pitié qu'inspirait la douleur récente de celle qui pleurait son époux, ni le respect dû à la mémoire d'un homme courageux qui avait enduré, avec patience, les explorations incessantes de ses trop nombreux médecins, ni le secret médical dont on n'avait pas été délié expressément par le malade, n'ont pu imposer silence aux mauvaises passions déchaînées. Mais Mackenzie, Gerhardt et Bergmann, en particulier, auraient dû comprendre qu'une telle dispute ne pouvait que rabaisser leur dignité d'homme et compromettre le bon renom de la médecine.

R. Pichevin,
Interne des hôpitaux de Paris.

SOUSCRIPTION

EN FAVEUR DE LA VEUVE D'UN CONFRÈRE

TREIZIÈME LISTE

MM. les professeurs Proust	20 fr.
— Tarnier.	100
Douzième liste.	5532
Total.	5652 fr.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Dans son dernier conseil, la Faculté de médecine de Paris a accordé, sur sa demande, un congé d'un an, à M. le professeur A. Richet.

M. le professeur Tarnier a été délégué dans la chaire de clinique de la rue d'Assas.

MM. les agrégés Brun, Hutinel, Brissaud et Ballet ont demandé à se spécialiser comme suit : M. Brun, dans la chaire d'ophthalmologie ; M. Hutinel, dans la chaire des maladies des enfants ; M. Brissaud, dans la chaire des maladies du système nerveux, et M. Ballet, dans la chaire des maladies mentales.

Au prochain concours d'agrégation, les chaires de thérapeutique, maladies cutanées et syphilitiques, et anatomie pathologique, seront spécialisées.

Une commission est chargée de la réforme du concours du clinicat et de donner son avis sur le maintien ou la suppression des internes dans les services de chirurgie.

— L'assemblée de la Faculté de médecine de Nancy a présenté pour le décanat, en première ligne, M. Heydenreich, professeur de clinique chirurgicale (par 24 voix sur 28 votants).

— Par décret, en date du 10 novembre 1888, ont été nommés près la Faculté de médecine de Montpellier :

1° Professeur de pathologie interne, M. Carrier, agrégé des Facultés de médecine ;

2° Professeur d'anatomie, M. le docteur Paulet.

— Par arrêté ministériel, en date du 7 novembre 1888, est rapporté l'arrêté du 9 octobre 1888, portant, qu'un concours s'ouvrira le 12 avril 1889, devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'École de médecine de Marseille.

— Par arrêté ministériel, en date du 9 novembre 1888, MM. les docteurs Balzer, du Castel, Gailleton (de Lyon), Hardy, Humbert, Laillier, Leloir (de Lille), Mauriac, Pozzi et Ricord, ont été nommés membres du comité d'organisation du congrès international de dermatologie et de syphiligraphie.

— Par arrêté ministériel, en date du 9 novembre 1888, M. le professeur Gaudry (de l'Institut) a été nommé membre du comité d'organisation du congrès international de zoologie, en remplacement de M. de Quatrefages, démissionnaire.

— MM. les docteurs de Lavenay (de Dosingy) et Comoz (de Rumilly) sont nommés chevaliers du Mérite agricole.

— Le concours de l'internat des hôpitaux de Nancy s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Riche, Zumbiehl et Sibut.

Internes provisoires : MM. Senique et Vigneron.

— *Hôpitaux de Nantes.* — A la suite des divers concours ouverts près les hôpitaux, ont été proclamés :

Internes titulaires : MM. Monnier, Briton, Chevalier, Brindeau, Allaire, Brianceau, Renoul, Gouraud, Leray, Sureau et Neveu-Dérotrie.

Internes provisoires : MM. Sourdille, Bellouard et Tulasne.

Externes : MM. Loréal, Lapeyre, Retaillau, Müller, Lenoir, Texier, Galard, Guilbaud, Le Coquil, Acher-Dubois, Tremaut, Le Même, Brindejonc, Voyer, Derien et Leïsjoin.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le docteur Coudray est maintenu dans les fonctions de préparateur de pathologie externe.

Le personnel des travaux pratiques d'histologie est composé comme suit : M. Rémy, chef des travaux ; MM. Variot et Chatellier, préparateurs ; MM. Launois, Girod, Pilliet, Binot, Legrand et Morau, aides-préparateurs.

— MM. Lalande et Le Noir, élèves de la Faculté de médecine de Paris, sont appelés à jouir, pendant l'année scolaire 1888-1889, d'une des bourses d'enseignement supérieur instituées sur la fondation de Barkow.

— M. Kortz, élève de la Faculté de médecine de Paris, est appelé à jouir, pendant l'année scolaire 1888-1889, d'une des bourses d'enseignement supérieur instituées sur la fondation Pelrin.

— M. C. Deschamps est chargé d'une mission à l'effet d'explorer les îles Laquedives et d'y recueillir des collections scientifiques destinées à l'État.

M. le docteur Louis Catat, ancien enseigne de vaisseau, est chargé d'une mission d'exploration à Madagascar ; M. Georges Foucart, ingénieur des arts et manufactures, est adjoint à cette mission.

— MM. les docteurs Abadie, médecin de la clinique ophthalmologique des Quinze-Vingts, Javal, député, Mathias-Duval et Panas, professeurs à la Faculté de médecine, sont nommés membres de la commission d'études ayant pour objet d'élaborer un projet de réglement relatif aux moyens de constater l'état normal de la vue chez les candidats aux divers diplômes pour l'enseignement du dessin. Cette commission sera, en outre, saisie des diverses questions relatives à l'hygiène de la vue dans les écoles. M. le docteur Chevallereau, médecin-adjoint de la clinique ophthalmologique des Quinze-Vingts, est nommé secrétaire, et M. le docteur Galtier-Boissier, secrétaire-adjoint de cette commission.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — Les concours de clinique chirurgicale et ophthalmologique viennent de se terminer. M. Vallas est nommé chef de clinique chirurgicale et M. Meurer chef de clinique ophthalmologique.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Brousse, agrégé, est chargé des fonctions de préparateur du laboratoire de clinique médicale, en remplacement de M. Blaise, dont la délégation est expirée.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — Ont été proclamés lauréats pour l'année scolaire 1887-1888.

Première année : prix, M. Voirin ; mention honorable, M. Detling. — Deuxième et troisième années : prix, M. Thomas ; première mention honorable, M. Duffner ; deuxième mention honorable, M. Thiébault. — Quatrième année, chirurgie : M. Riche ; médecine : mention très honorable, M. Senique.

Prix Bénit : prix, M. de Langenhagen ; mention honorable, M. Simon.

Prix de thèses : prix, M. de Langenhagen. — Mentions :

1° MM. Hecht, 2° Jeannot, 3° Claude, 4° Sturel, 5° Rémond, 6° Guirlet.

— *École de médecine d'Amiens.* — M. Lenoël est maintenu suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

— *École de médecine de Besançon.* — M. Gaussin est nommé secrétaire de l'École, en remplacement de M. Boutet, admis à la retraite.

— *École de médecine de Nantes.* — Ont été proclamés lauréats pour l'année scolaire 1887-1888 :

Élèves en médecine. — Première année : premier prix *ex æquo*, MM. Filaudeau et Lapeyre; deuxième prix *ex æquo*, MM. Le Coquil, Lenoir, Leray et Letourneau; accessit, MM. Loréal et Roy; mention très honorable, M. Gaston. — Deuxième année : premier prix, M. Guépin; deuxième prix, M. Neveu. — Troisième année : premier prix, M. Poirier; deuxième prix, M. Korb. — Quatrième année: premier prix, M. Guimbertière; deuxième prix, M. Bichon.

Prix de clinique : premier prix *ex æquo*, MM. Chéneau et Sureau; deuxième prix *ex æquo*, MM. Guimbertière et Leray.

Élèves en pharmacie. — Première année : premier prix, M. Gautier; accessit, MM. Duclos et Berthomé; mention honorable, MM. Bureau et Debreilly. — Deuxième année : premier prix, M. Tripot; deuxième prix, M. Huteau; accessit, MM. Péault et Savé. — Troisième année : premier prix, M. Bonnet; deuxième prix, M. David.

Travaux pratiques. — Première année : premier prix, M. Bureau; deuxième prix, M. Charron; accessit *ex æquo*, MM. Gautier et Duclos; mention honorable, MM. Savin et Berthomé. — Deuxième année : premier prix, M. Meneux; deuxième prix, M. Huteau; accessit, M. Péault; mention honorable, MM. Bruguières et Caillon. — Troisième année : premier prix, M. Guignard; premier accessit, M. Martineau; deuxième accessit, MM. Trion et Marchandeau.

— *École supérieure de pharmacie de Nancy.* — Ont été proclamés lauréats pour l'année scolaire 1887-1888.

Prix universitaire. — Première année : médaille d'argent, M. Henry. — Seconde année : médaille d'argent, M. Girard; mention honorable, M. Lamaze. — Troisième année : médaille d'or de 300 francs, M. Marcotte.

Travaux pratiques. — Médaille d'argent : chimie, première année, M. Bourbon. — Médaille de bronze : chimie, première année, M. Rœch. — Médaille d'argent : chimie, seconde année, M. Lamaze. — Médaille d'argent : micrographie générale, seconde année, M. Grandsire. — Médaille d'argent : micrographie appliquée, troisième année, M. Fabri. — Médaille d'argent : chimie et toxicologie, troisième année, M. Simon.

— M. le professeur Ball a repris son cours de clinique dimanche matin, à l'asile Sainte-Anne, au milieu d'un nombreux auditoire de collègues et d'élèves. — Il a commencé une série de leçons sur la folie de la persécution, sujet qui emprunte une actualité toute spéciale aux débats qui se sont élevés depuis deux ans dans les sociétés savantes sur ce point de la pathologie mentale. — Voici le programme du cours : les vrais persécutés (sujet traité dans la première leçon); les persécutés ambitieux; les persécutés persécuteurs; la folie à deux ou folie communiquée; les idées de persécution : alcooliques, débiles, paralytiques généraux, déments séniles, hypochondriaques, etc.

— Le cours de médecine légale pratique a lieu à la Morgue les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine, à deux heures de l'après-midi. — Les mercredis, M. le professeur Brouardel; les vendredis, M. le docteur Descoust; les lundis, M. le docteur Vibert.

Des conférences pratiques de physiologie, d'anatomie pathologique et de chimie appliquées à la toxicologie, ont commencé samedi (caserne de la Cité, 2, quai du Marché-Neuf) au laboratoire de toxicologie. Elles auront lieu les jeudis à quatre heures : M. le docteur Descoust; les mardis à trois heures : M. le docteur Vibert; les samedis à trois heures : M. Ogier. Seront seuls admis à suivre le cours de médecine légale pratique et les conférences, sur la présentation d'une carte spéciale qui leur sera délivrée, après inscription au secrétariat de la Faculté : 1° MM. les docteurs en médecine; 2° MM. les étudiants ayant subi le troisième examen de doctorat.

Le laboratoire de chimie (caserne de la Cité) sera également ouvert aux élèves qui désireraient entreprendre des recherches personnelles sur des sujets de chimie toxicologique.

— M. le docteur Galezowski commencera son cours public sur les maladies des yeux à l'École pratique de la Faculté (amphithéâtre n° 2), mardi prochain 13 novembre 1888, à huit heures du soir, et le continuera les mardis suivants à la même heure. — Ce cours comprendra une étude sur la syphilis oculaire et ses conséquences.

— M. le professeur Le Fort commencera le cours de clinique chirurgicale, à l'hôpital Necker, le mardi 13 novembre 1888, à dix heures du matin, et le continuera les jeudis et mardis suivants à la même heure.

— M. le professeur Duplay commencera le cours de médecine opératoire, le mardi 13 novembre 1888, à quatre heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. — Objet du cours : Thérapeutique des maladies chirurgicales de l'appareil digestif et de ses annexes (bouche, pharynx, œsophage, estomac, intestins, foie, etc.). — Opérations qui se pratiquent sur ces différents organes. — Chirurgie abdominale.

— Les médecins de la clinique nationale ophthalmologique des Quinze-Vingts commenceront le mardi 13 novembre une série de conférences qui auront lieu dans l'ordre suivant :

Le mardi, à deux heures : M. le docteur Abadie, Clinique et opérations.

Le jeudi, à trois heures : M. le docteur Valude, Optique physiologique, théorie et pratique.

Le vendredi, à une heure : M. le docteur Trousseau, Thérapeutique usuelle. Opérations.

Le samedi, à deux heures : M. le docteur Chevallereau, Ophthalmoscopie clinique, exercices ophthalmoscopiques.

— M. le professeur Dieulafoy commencera le cours de pathologie interne, le mardi 13 novembre 1888, à trois heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure. — Il traitera des maladies des voies respiratoires.

— M. le professeur Guyon reprendra ses leçons de clinique des maladies des voies urinaires, le mercredi 14 novembre, à neuf heures et demie du matin, et les continuera les mercredis suivants à la même heure. — Tous les samedis, leçon au lit du malade et opérations. — Tous les lundis, MM. Hallé et Albarran, internes du service, feront des démonstrations anatomo-pathologiques concernant les maladies des voies urinaires.

— M. le professeur Trélat commencera le cours de clinique chirurgicale, à l'hôpital de la Charité, le mercredi 14 novembre 1888, à dix heures. — Les mercredis et vendredis, leçons à l'amphithéâtre et opérations à dix heures. Les mardis, maladies des femmes et études de pièces au laboratoire. Les mardis, jeudis et samedis, visite des malades à neuf heures.

— M. Reynier, agrégé, commencera les conférences de physiologie, le mercredi 14 novembre 1888, à cinq heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure. — Il étudiera les fonctions de la reproduction et les organes des sens.

— M. le docteur Fort commencera sa clinique des maladies des voies urinaires le jeudi 15 novembre 1888, à neuf heures, rue Dauphine, n° 16. — Des consultations gratuites seront données les mardis, jeudis et samedis, de neuf heures à onze heures, à partir du 15 novembre.

— M. Schwartz, agrégé, commencera les conférences de patho-

logie externe, le jeudi 15 novembre 1888, à trois heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure. — Il étudiera les maladies des os, des vaisseaux et des nerfs ; les maladies des membres.

— M. le professeur Cornil pratiquera les autopsies, tous les jours, à dix heures, à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Bichat). Le jeudi, à la même heure, conférences pratiques. — Il commencera ces conférences le jeudi 15 novembre.

— M. le professeur Laboulbène commencera le cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie le jeudi 15 novembre 1888, à quatre heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure. — Objet du cours : l'ancienne Académie de chirurgie ; nosographie et thérapeutique historiques ; biographie et bibliographie médicales.

— M. le professeur Alfred Fournier commencera le cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques, le vendredi 16 novembre 1888, à neuf heures du matin, à l'hôpital Saint-Louis, et le continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure. — Ordre du cours : les mardis, leçons au lit des malades ; les vendredis, leçons à l'amphithéâtre, à dix heures.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE	3 mois : 8 fr. 50.	— 6 mois : 16 fr.	— 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. .	3 mois : 10 fr.	D. — 6 mois : 18 fr.	— 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie est actuellement dans la période des rapports de prix. Elle a entendu aujourd'hui le rapport de M. Mesnet sur le prix Falret. La question posée était la suivante : Rapports de la syphilis cérébrale avec la paralysie générale. Le travail de M. Mesnet est lui-même une étude consciencieuse et approfondie de cette importante question. Il conclut en émettant de prudentes réserves sur l'origine syphilitique de certaines paralysies générales.

M. Germain Sée a présenté à l'Académie un nouveau médicament, la strophantine, qui, suivant lui, serait un tonique du cœur dans certains cas, bien supérieur à la digitale elle-même. Il a fait connaître les expériences qu'il a entreprises en collaboration avec M. Gley, sur cette substance, ainsi que ses applications thérapeutiques.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. POTAIN.

Pathogénie des maladies de l'appareil respiratoire.

J'ai l'habitude de consacrer chaque année ma première leçon à vous exposer quelque sujet de pathologie générale. Il me semble qu'il y a utilité à nous entendre d'abord sur un certain nombre des points les plus importants de cette partie de la science, c'est économie de temps pour la suite. Et c'est à la pathogénie que je donne d'ordinaire la préférence.

Quand on veut s'attaquer à un ennemi, on tâche d'abord de savoir comment il a distribué ses forces, et d'où il tire ses ressources. De même il nous importe de savoir comment une maladie s'est constituée, avant d'en essayer le traitement.

Aujourd'hui je vous parlerai de la pathogénie des maladies de l'appareil respiratoire, mais il est bien entendu que nous devrons nous contenter d'une revue générale, d'une vue d'ensemble, quitte à revenir plus tard sur les détails. Cette question est d'autant plus intéressante qu'elle a donné lieu, dans ces derniers temps, à de très considérables erreurs.

Nous allons donc chercher comment les causes pathogéniques extérieures peuvent agir sur les poumons et sur les bronches, soit directement, soit indirectement, après avoir déterminé dans l'organisme des troubles qui retentissent sur l'appareil respiratoire.

Et d'abord quelles sont, sous ce rapport, les conditions spéciales à cet appareil? On peut se le représenter comme une vaste cavité anfractueuse, immédiatement et constamment en rapport avec l'air atmosphérique, aussi exactement que la surface cutanée elle-même et plus peut-être. Or, sa constitution est bien plus délicate, et la paroi alvéolaire est si mince qu'il ne faut pas s'étonner que, tout pouvant pénétrer à travers une membrane aussi ténue, le poumon soit si aisément accessible aux germes morbides.

Mais il faut aussi tenir compte de causes indirectes. Le poumon est, plus que tout autre organe, en relations constantes avec le reste de l'organisme, par les ramifications du système nerveux, par la communauté du plasma, et par l'intermédiaire de la circulation, puisque tout le sang de l'économie le parcourt incessamment. De par sa délicatesse de structure et de par sa vascularité d'une richesse extrême, cet organe présente donc des conditions spéciales de réceptivité.

Sans doute, les bronches et les poumons ont reçu une constitution si différente que leur susceptibilité vis-à-vis des causes nocives n'est pas du tout la même. Mais c'est surtout le poumon que nous allons avoir en vue.

L'air y pénètre incessamment avec des conditions de température et d'humidité variables, conditions qui n'agissent sur l'organe que d'une façon exceptionnelle. Assurément il n'est pas indifférent de vivre dans une atmosphère humide, mais c'est plutôt l'économie tout entière qui en pâtit.

Cependant, le poumon lui-même peut être affecté par une chaleur excessive et subite, comme dans certains incendies, dans les explosions de chaudière à vapeur, ou dans les explosions de grisou, lorsque, comme disent les ouvriers mineurs, ils ont *avalé le feu*. Les voyageurs qui ont traversé les déserts de l'Afrique racontent qu'ils ont éprouvé une sensation de chaleur insupportable dans la poitrine. Il est vrai que, dans ces contrées, l'air est généralement chargé d'un sable excessivement fin qui, en raison de sa capacité calorifique très supérieure à celle de l'air, produit sur les vésicules pulmonaires une sorte de brûlure. Le même phénomène se produit dans les tempêtes de neige ; ce qui les rend intolérables, c'est la neige brisée en tout petits frag-

ments qui s'introduit dans les poumons et y détermine un froid intense auquel on ne résiste pas.

Certains gaz sont particulièrement dangereux. Il faut citer les vapeurs d'iode, d'acide hypo-azotique. Il y a quelques années, un chimiste de la Sorbonne a succombé à la suite d'inhalations de vapeurs d'acide hypo-azotique. Il en est de même de l'acide chlorhydrique, de l'acide sulfureux et de l'acide fluorhydrique, sur lesquels je suis obligé d'insister, parce que dans ces derniers temps ils ont été employés comme moyen de traitement. Nous ne pouvons pas dire encore ce qu'on en peut espérer, mais nous savons ce qu'on en peut craindre et avec quelle prudence il faut en user.

Les poussières de l'air inspiré vont se déposer dans les poumons. La majeure partie reste, il est vrai, à l'entrée des voies respiratoires, surtout dans les fosses nasales. Mais il est aujourd'hui expérimentalement prouvé que les poussières peuvent pénétrer jusqu'au fond de l'arbre respiratoire, et qu'elles y sont absorbées. Il faut remarquer que cette action est incessante et que, si chaque jour n'apporte que quelques grains de poussière, les années en entassent de grandes quantités.

Il se produit alors une desquamation épithéliale, un exsudat, puis ce travail bizarre qui fait pénétrer les corps étrangers dans l'organisme, l'enclavement, l'absorption proprement dite. Beaucoup de poussières pénètrent ainsi, mais peu ont été étudiées autant que le charbon. Faut-il penser cependant que tout ce qu'on trouve dans le poumon soit du charbon? Quand on examine les choses de très près, on s'assure qu'à côté du charbon, il faut faire une place à une matière noire qui résulte de la transformation du pigment sanguin. Sur les poumons des vieillards, par exemple, on peut, avec du soin, faire le départ de ce qui appartient au charbon et de ce qui revient à la matière colorante.

La conséquence ultérieure de l'absorption de ces poussières est une série de petites pneumonies interstitielles, et ensuite la dégénérescence scléreuse, graisseuse et caséeuse du poumon. La pénétration de très petits fragments de silex produit ce qu'on a appelé la *calicose*, induration spéciale, observée surtout chez des ouvriers dits piqueurs de meules, qui soulèvent avec leur outil une poussière d'une finesse excessive, d'autant plus facilement respirée, que ces ouvriers sont obligés de travailler de très près. Un médecin me montra un jour comme un prodige, dans une contrée où cette industrie est très répandue, un homme d'une quarantaine d'années : c'était le plus vieil ouvrier du pays; il paraît qu'ils meurent presque tous avant cet âge. D'ailleurs la tuberculose bacillaire vient souvent s'ajouter à cette première affection. Les particules de fer produisent la *sidérose* chez les aiguiseurs. Les poussières végétales altèrent aussi, plus ou moins sérieusement, les poumons, mais elles déterminent surtout la bronchite chronique.

A côté de ces corps inertes, certains êtres vivants pénètrent aussi dans les voies respiratoires, s'y fixent et y vivent en parasites. Ce sont l'aspergillus, les sarcines, l'oïdium, les actinomycètes. Ces micro-organismes s'introduisent en général avec l'air inspiré sous la forme de spores, mais ces spores végètent et arrivent parfois à former des masses considérables dans le poumon. L'aspergillus se présente en moisissure dans les foyers humides, tels que les cavernes tuberculeuses; les sarcines ont la même apparence avec tendance à la gangrène nauséabonde; l'oïdium avait donné naissance, dans une observation de mon ami Parrot, à une petite tumeur, grosse comme un noyau de cerise, entourée d'un tissu enflammé; le leptothrix a été trouvé dans les cavernes et dans les crachats des phthisiques; les actinomycètes ne se rencontrent que dans des cas tout à fait exceptionnels.

Mais l'air se fait encore le véhicule de poussières d'une bien autre importance. Ce sont les germes infectieux. Je vous dirai deux mots seulement du bacille de la tuberculose, qui pénètre avec l'air dans les poumons. On n'a pas attendu que Koch nous ait montré ce bacille, pour savoir que le principe de la tuberculose s'introduit avec les poussières que l'air entraîne jusqu'au fond de la vésicule pulmonaire. Dès longtemps, M. Villemin nous avait montré comment, dans les casernes, le balai, chaque matin, soulève en nuage les germes que les crachats desséchés des phthisiques ont répandu sur le sol.

Aujourd'hui, nous connaissons le corps du délit, nous savons que c'est un être vivant, quel être vivant c'est, et de quelle résistance vitale il est doué. Nous savons qu'il vit plus de quarante jours dans un milieu desséché et qu'il peut vivre cent quatre-vingt-six jours à l'abri de l'air; nous savons qu'il en flotte, sans doute, constamment dans l'atmosphère. Toutefois, on sait aussi que l'air expiré par les malades est complètement innocent. En Allemagne, on a fait respirer des phthisiques, pendant quinze jours, devant des cages contenant des lapins, et ces animaux, dont vous connaissez la grande aptitude à la tuberculose, ne sont pas devenus tuberculeux. Or, les mêmes animaux étaient aussitôt contaminés, quand on répandait en poussière, dans l'air de leur cage, les crachats desséchés de ces phthisiques. De sorte que l'air expiré par un phthisique n'est pas à craindre, le crachat est tout le danger. Aussi à ce point de vue, l'habitude de cracher à terre est-elle des plus déplorables. Une autre habitude, dont il est bien difficile de faire comprendre la gravité aux malades, c'est celle de cracher dans un mouchoir. Et cependant, le crachat qui s'y dessèche se brise et se pulvérise ensuite, n'en est pas moins dangereux. Nous devons donc nous efforcer d'obtenir qu'ils crachent dans un vase quelconque, où le crachat demeure humide, afin d'empêcher la dissémination des bacilles.

Sans doute, il y a des moyens de désinfection, mais il ne faut pas en exagérer la valeur. L'ammoniaque, l'acide phénique, l'acide salicylique, à titres concentrés, peuvent détruire la nocivité des bacilles, lorsque le contact direct a été de vingt-quatre heures, mais pensez-vous que quelques gouttes d'acide phénique diluées dans l'atmosphère puissent avoir une action quelconque sur les bacilles qui s'y trouvent? Non, le seul moyen, c'est de recueillir le crachat et de le soumettre à quelques minutes d'ébullition. L'action même de l'eau bouillante détruit toute nocivité; il suffit donc de placer les crachats dans un vase contenant de l'eau bouillante.

Lorsque le bacille a pénétré dans le poumon, il commence à agir, en déterminant d'abord cette tuméfaction et cette prolifération excessive qui créent le terrain favorable à la culture. Il ne suffit pas de la pénétration d'un bacille pour déterminer la maladie, et le nombre paraît n'être pas indifférent, en outre, le danger paraît croître avec l'abondance de la matière virulente.

Durant quelque temps, la tuberculose demeura la seule affection bacillaire, dont le poumon parût susceptible de se

laisser atteindre. Mais voici qu'on a découvert l'agent ou les agents pathogènes de la pneumonie lobaire qui sont aussi des schizomycètes. On en a même trouvé peut-être un peu trop, car leur nombre est embarrassant et il devient difficile de savoir quel est, parmi ceux qu'on a isolés, celui qu'il faut considérer comme la cause efficiente de la pneumonie? Toutefois, puisqu'on est arrivé à reproduire la maladie par l'inoculation, nous ne pouvons pas douter qu'il y ait là un élément essentiel.

A la suite de cette découverte, quelques esprits, d'une logique un peu trop rigide, n'ont pas manqué de conclure avec quelque sévérité : « Nos pères, naïfs, imaginaient que le froid détermine la pneumonie. C'était évidemment une erreur, puisqu'il s'agit d'un pneumocoque ! » Or, voici une observation que j'ai recueillie, il y a deux ans, à l'hôpital Necker. Un homme reçoit sur le côté gauche un boulon assez pesant; il éprouve d'abord une violente douleur, puis un frisson, bientôt la fièvre s'allume et ce malade a une pneumonie qui se développe dans le point même de la contusion. C'était une pneumonie traumatique, s'il en fût. Nous trouvâmes des pneumocoques dans le tissu du poumon. Vous voyez donc bien que plusieurs causes peuvent s'associer pour déterminer la maladie : la congestion et l'attrition ne suffisaient pas à elles toutes seules. Il faut quelque chose de plus et de particulier. Jadis, on invoquait les prédispositions individuelles, la nature du terrain. On ignorait l'agent essentiel. Aujourd'hui, nous savons que la pneumonie lobaire est l'œuvre d'un être vivant, d'un pneunocoque, qu'il soit capsulé ou non, qu'il soit en fer de lance ou qu'il soit ovalaire. Cela n'empêche qu'il faille quelque circonstance spéciale pour lui permettre de s'implanter, de se développer et de produire la maladie. Et ces circonstances spéciales, nous les appelons légitimement des causes.

Voyez, en outre, comment une découverte nouvelle, une étude approfondie des faits, ramènent à des opinions anciennes, taxées pendant quelque temps de surannées. Jadis on considérait le mouvement fébrile de la pneumonie, comme une conséquence de l'inflammation de l'organe. Puis, vint une école qui voulut voir dans cette fièvre à cycle fatal une expression de l'infection générale dont l'état du poumon n'était qu'une localisation ultérieure. Je ne partageais point cette doctrine, ayant maintes fois constaté que la fièvre, dans la pneumonie, était, beaucoup plus qu'on n'affectait de le croire, dépendante de l'état local.

Or, voici que, aujourd'hui, la nature infectieuse de la maladie paraît bien incontestablement établie. Mais c'est d'une infection primitivement locale qu'il s'agit et qui ne se généralise qu'après coup. En sorte qu'on ne saurait plus isoler la fièvre de l'affection locale dont elle est contemporaine et dont, après tout, elle résulte.

Nous arrivons à l'étude des cas dans lesquels les influences pathogènes n'atteignent l'appareil respiratoire que d'une façon indirecte. Elle n'est pas moins intéressante. Les poumons peuvent se trouver comprimés par une tumeur, par un épanchement dans la plèvre, et en souffrir. Ce sont des faits vulgaires. Mais il me faut insister sur un fait tout opposé, c'est l'ampliation exagérée qui se produit en mainte circonstance et qu'on connaît peu. Si j'en crois les recherches que j'ai poursuivies ces vacances, avec mon chef de laboratoire, M. le docteur Gaucher, et mon interne, M. Dutil, il faudrait, en bien des cas, en tenir très grand compte. Cette ampliation, quand elle est excessive, peut n'être pas sans inconvénient, ni même sans danger, alors même qu'elle est volontaire comme dans le cas suivant. Dernièrement, je fus consulté par un jeune homme qui, dans le but d'améliorer le timbre et le volume de sa voix, se livra, pendant quatre ou cinq jours, à des efforts presque incessants de grandes inspirations. Le résultat fut une douleur thoracique assez vive, une congestion très prononcée du sommet des deux poumons et une hémoptysie. Ladite ampliation se produit instinctivement chez les gens, dont la respiration devient pour une raison quelconque insuffisante. Les vésicules se distendent au delà de la mesure qui leur permettrait de revenir sûrement sur elles-mêmes et, par suite, il s'établit un emphysème plus ou moins généralisé. Tel est le secret de l'emphysème de la bronchite chronique, tel est celui de l'emphysème des asthmatiques.

L'ampliation est mécaniquement produite par le chirurgien qui évacue un épanchement abondant et la distension qui en résulte peut n'être pas moins dangereuse que ne l'était la compression à laquelle on a soustrait l'organe.

Après ces influences relativement directes, viennent celles qui atteignent l'appareil respiratoire par l'intermédiaire des vaisseaux. C'est ainsi que l'oblitération, le rétrécissement, la compression de l'artère pulmonaire entraînent la diminution de la circulation et exposent par suite le poumon à l'envahissement par les bacilles de la tuberculose.

Chose remarquable, les affections du cœur droit n'ont guère d'influence fâcheuse sur l'état du poumon. Il arrive, au contraire, qu'elles lui sont un moyen de salut quand, dans le cours d'un rétrécissement mitral par exemple, les capillaires du poumon étant soumis à une distension excessive, la valvule vient à remplir son office de soupape de sûreté en devenant insuffisante et laisse refluer en arrière le sang que le poumon ne pourra plus admettre.

Du système veineux viennent les embolies qui, volumineuses, produisent sans doute le spasme des capillaires pulmonaires, l'insuffisance circulatoire générale et la syncope, plus petites, entraînent la circulation dans un domaine restreint et y produisent les infarctus.

Des variations de la circulation capillaire périphérique résultent, pour le poumon, des abords irréguliers du sang qui peuvent compromettre gravement l'intégrité de l'organe respiratoire. Ce que le poumon peut encore recevoir de la périphérie vasculaire, ce sont des germes vivants : c'est ainsi que se produit la pyohémie; c'est ainsi, sans doute, que dans la fièvre typhoïde se produisent les fluxions pulmonaires; c'est ainsi encore, on le doit croire, que naît la pneumonie scarlatineuse.

Faut-il donc imaginer que tous ces microbes, incessamment, nous guettent et que chacun de nous peut être, à tout instant, envahi par quelqu'un de ces germes morbides? Non pas. Il leur faut, pour se fixer, germer et proliférer, puis produire des altérations pathologiques, rencontrer certaines conditions d'aptitude et non de résistance. Nous savons que l'inoculation de quelques maladies crée l'immunité pour l'avenir, nous savons aussi que certains sujets prédisposés subissent la contagion là où les autres resteront indemnes. Mais cette force de résistance est absolument indépendante de la force du système musculaire ou du système nerveux. On voit tous les jours des hommes très vigoureux devenir la proie de la phthisie. Nous ignorons absolument, et c'est là le grand desideratum de la médecine et de l'hygiène en particulier, quelles sont les conditions qui font que tel individu est très apte à la contagion, tel autre un peu et tel autre pas du tout.

Nous devons noter aussi les influences nerveuses : 1° l'excitabilité nerveuse exagérée qui détermine les toux, les dyspnées, qu'on appelle hystériques ; 2° les troubles du système nerveux pouvant faire naître, dans les poumons, des altérations beaucoup plus graves : hyperesthésies, spasmes, hyperhémies, congestions, ischémies.

Certains désordres du poumon peuvent encore être la conséquence d'influences réflexes, ayant leur point de départ dans les voies digestives. C'est ainsi qu'un malade de l'hôpital Necker avait été pris d'accidents congestifs, après avoir avalé un verre d'eau glacée. Et maintes fois, j'ai eu occasion de vous signaler ces sujets, chez qui la moindre excitation de l'estomac par un aliment mal digéré, fût-ce une feuille de salade, détermine de véritables suffocations.

Un certain nombre de réflexes partent aussi des voies génitales : on voit des femmes ayant une fluxion ovarienne, chez lesquelles la base du poumon se congestionne du côté de l'ovaire malade.

Il en est de même du rein : les accidents dits urémiques ne sont pas toujours des effets d'intoxication, mais bien probablement aussi, pour une part au moins, des actes réflexes.

Enfin, il ne faut pas oublier que le poumon fait partie intégrante de l'économie et, par conséquent, participe à tous les états dyscrasiques, dont celle-ci peut être affectée : la goutte, le rhumatisme, la scrofule, le diabète, toutes les cachexies en un mot. Les modifications, qui surviennent alors dans les tissus, deviennent, en plus d'une circonstance, comme une préparation de terrain favorable, par exemple, à la propagation du bacille tuberculeux.

Vous venez de voir de combien de façons diverses et dans combien d'affections différentes le poumon peut être atteint, soit directement, soit indirectement. Tout ceci vous fait comprendre combien, en toutes circonstances, il importe de le surveiller et de constater, dès l'abord, les diverses atteintes qu'il peut subir. Et vous songez, sans doute, quelle immense reconnaissance nous devons à Laënnec, pour les moyens merveilleux qu'il a mis, à cet égard, entre nos mains, et pour les précieuses ressources qu'il nous a léguées.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 novembre 1888. — Présidence de M. Hérard.

PRÉSENTATIONS

M. LARREY présente, de la part de M. le docteur J.-A. Fort, un deuxième mémoire sur le traitement des rétrécissements de l'urèthre, par l'électrolyse linéaire. M. Larrey, qui a été rendu témoin d'une opération, dit que le procédé est très ingénieux, que le malade ne perd pas de sang et que cette opération réunit tous les avantages de la chirurgie conservatrice.

M. Larrey présente, également de la part de M. le docteur J.-A. Fort, *un bel atlas d'anatomie chirurgicale*, comprenant 22 planches qui représentent les principales régions, de grandeur naturelle. Les dessins, fort bien faits, ont été pris, en grande partie, sur des coupes de sujets congelés au Val-de-Grâce, en 1870, pendant le siège de Paris.

Anévrysme artério-veineux du sinus caverneux. — M. LE FORT présente une malade qui reçut dernièrement un coup de pied de cheval dans la région temporale droite ; elle perdit connaissance sur le moment ; le lendemain, elle ressentit des battements dans la tête. Trois semaines après, elle entra à l'hôpital Necker.

Elle présentait une exophthalmie assez forte qui était consécutive à l'accident. On pensa à une tumeur orbitaire, et, en auscultant la région, on entendit un bruit de souffle dans la plus grande partie du crâne, bruit de souffle continu, avec renforcement systolique. Il y avait, en outre, une légère vascularisation de l'œil droit. Il s'agissait donc d'un anévrysme artério-veineux du sinus caverneux.

C'est là une affection extrêmement rare. En effet, il n'en existe que quatre cas authentiques dans la science : deux appartiennent à Nélaton. Dans tous ces cas, un phénomène a manqué : le thrill.

En présence de ces symptômes, M. Le Fort a lié la carotide primitive droite. Après l'opération, le bruit de souffle cesse pour reparaître quelques jours après et presque aussi intense ; l'exophthalmie avait simplement diminué. On s'aperçut que la compression de la carotide primitive gauche atténuait ces phénomènes et on se décida à lier cette artère. Consécutivement le souffle diminua, disparut, mais il y eut quelques phénomènes cérébraux qui ont disparu actuellement, de telle sorte que la malade peut être considérée comme améliorée, quoiqu'il persiste encore un bruit de souffle et un développement vasculaire des paupières.

COMMUNICATION

Action de la strophantine sur le cœur et la circulation. — M. G. SÉE fait, en son nom et au nom de M. Gley, une communication sur ce sujet.

C'est surtout l'action de cette substance sur le cœur et sur la circulation qu'il a cherché à déterminer, ou la prédominance de cette action parmi les effets physiologiques de la strophantine.

Sous l'influence d'une dose de 1/40 de milligramme injectée sous la peau, le cœur de la grenouille s'arrête en dix minutes environ en systole, il est alors complètement inexcitable, soit mécaniquement, soit électriquement.

L'action de la strophantine sur le cœur de la grenouille est même si rapide, que les indications, données par le cardiographe, sont trop peu marquées pour qu'on puisse bien analyser cette action. On obtient les mêmes effets quand on a préalablement détruit le bulbe et la moelle.

Sur le chien ou sur le lapin, on observe une série de phénomènes très intéressants, en enregistrant les variations de la pression sanguine intra-artérielle dans les deux bouts d'une artère carotide ou fémorale, au moyen du manomètre double de M. François-Franck.

La dose employée variait de 1 milligramme et demi (pour le lapin) à 4 milligrammes (pour le chien), en injection intra-veineuse ; la dose mortelle moyenne pour le chien, d'un poids de 11 kilogrammes, est de 2 milligrammes à 2 milligrammes et demi.

Les phénomènes cardio-vasculaires sont les suivants :

Dans une première période, peu après l'injection, ralentissement du cœur plus ou moins marqué, élévation considérable de la pression ; puis le cœur s'accélère pendant quelques instants. Dans la deuxième période, qui dure jusqu'à l'arrêt du cœur, irrégularités, courtes phases d'accélération, ralentissements plus persistants, systoles avortées. Pendant tout ce temps la pression reste très élevée. Ce n'est qu'à la fin qu'elle s'abaisse un peu ; quelquefois même il y a encore une élévation considérable précédant une chute soudaine qui coïncide avec l'arrêt du cœur. Sur le lapin, la phase primordiale de ralentissement avec augmentation de la pression et oscillations de grande amplitude est plus marquée que chez le chien. Toutes ces variations de pression sont les mêmes dans le bout périphérique et dans le bout central. Cette indépendance de la pression sanguine (constance de l'effet vasoconstricteur), par rapport aux modifications que subissent les mouvements du cœur, montre déjà que la strophantine détermine des actions vaso-motrices directes. Il est donc probable qu'à l'activité exagérée du muscle cardiaque correspond aussi

une exagération de la toxicité artérielle qui détermine la vaso-constriction dont il s'agit. Cette vaso-constriction est d'ailleurs très générale.

MM. Sée et Gley ont, en effet, étudié simultanément les variations qui surviennent dans les vaisseaux du rein au moyen du néphrographe de Roy. Ils ont constaté une diminution du volume du rein par resserrement des vaisseaux.

Sous quelle influence se produit cette vaso-constriction? Est-elle d'origine centrale ou périphérique? L'action se produit, un peu moins marquée, il est vrai, quand on a préalablement sectionné le bulbe. Mais en agissant ainsi on n'a pas détruit tous les centres vaso-moteurs, puisqu'il est admis aujourd'hui que la moelle en contient.

Si après avoir sectionné le bulbe et énervé complètement un membre, on inscrit les variations de la pression dans le bout périphérique de l'artère de ce membre, comparativement avec la pression artérielle d'un autre membre, les résultats obtenus dans cette expérience sont tels que l'on est conduit à conclure : la strophantine, si elle agit sur les centres vaso-moteurs bulbo-médullaires, agit aussi, soit sur les ganglions nerveux des tuniques artérielles, soit sur les fibres lisses des vaisseaux.

En ce qui concerne l'action des nerfs vagues et du sympathique sur la circulation pendant l'intoxication, M. Sée a pu constater que, surtout dans la première période, les effets de l'excitation électrique de ces deux ordres de conducteurs nerveux sont sensiblement les mêmes qu'à l'état normal.

L'action sur la sécrétion rénale de la strophantine est telle qu'on pouvait le prévoir, étant donné les résultats fournis par les recherches précédentes : elle diminue d'un tiers et quelquefois de moitié la quantité d'urine sécrétée.

Chez l'homme, M. Sée a administré le médicament à la dose de 1 à 2 cinquièmes de milligramme. Les résultats obtenus peuvent se résumer ainsi :

Dans les asystolies d'origine mitrale, dans celles surtout consécutives à l'insuffisance mitrale, l'effet est sûr et des plus nets; le pouls reprend sa régularité, la dyspnée cesse et la diurèse s'établit. Il en a été de même dans des cas de dilatations simples du cœur d'origines diverses. Par contre, l'influence de la strophantine a été nulle chez les aortiques, elle a même été nocive chez les sujets atteints d'angor pectoris.

M. Sée estime, par contre, que le strophantus et les teintures diverses qui en ont été faites ne méritent pas les éloges qui leur ont été décernés. Son action est inconstante, incomplète. Il n'agit ni sur la dyspnée, ni sur l'urination.

M. BUCQUOY emploie depuis un an la teinture ou l'extrait de strophantus. Il en obtient des effets très remarquables, qu'il fera connaître avec tracés sphygmographiques à l'appui.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ, étant donné le retentissement qu'ont habituellement les communications de M. Germain Sée, croit qu'il serait prudent de ne pas trop pousser les praticiens à employer la strophantine; attendu qu'il en existe plusieurs variétés dont les effets peuvent être tout à fait différents.

Nous sommes en possession, actuellement, de cinq variétés de strophantine, et même d'une strophantidine. Il se passe donc ici ce qui a lieu déjà pour la digitaline. En thérapeutique, il vaut mieux avoir recours à la digitale qu'à la digitaline. Il en sera de même probablement pour la strophantine.

Reste le strophantus qui est un très bon médicament, presque supérieur à la digitale.

Mais ici encore on se trouve en présence du même embarras. Il existe plusieurs espèces de teintures de strophantus; il y a la teinture au vingtième, de Fraser; la teinture au cinquième, de M. Dujardin-Beaumetz; la teinture au dixième, de M. Constantin Paul.

M. Bucquoy, de son côté, emploie l'extrait de strophantus. Il faut donc s'entendre, et cela sera facile à l'égard du strophantus.

Mais il n'en est pas de même avec la strophantine, dont nous ne pouvons rien faire actuellement.

RAPPORT

M. MESNET lit un rapport sur le prix Falret.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 novembre 1888. — Présidence de M. SIREDEY.

COMMUNICATIONS

Hystérie dans l'intoxication par le sulfure de carbone. — **M. MARIE** a observé récemment deux cas d'hémiplégie hystérique manifeste chez des ouvriers employés dans une fabrique de sulfure de carbone. Dans ces deux cas, le diagnostic hystérie ne pouvait faire le moindre doute. Il a donc cherché, à cette occasion, quelques renseignements dans les auteurs, et a été étonné de voir qu'aucun d'eux n'a eu l'idée qu'il pouvait s'agir d'hystérie dans les faits semblables qu'ils ont rapportés.

Le tableau de l'hystérie toxique sulfo-carbonée est donc à faire.

Les troubles de la sensibilité sont ordinairement très marqués. Ceux de la sensibilité générale consistent en hémi-anesthésies plus ou moins complètes ou en anesthésies limitées, non plus suivant le territoire de tel ou tel nerf, mais d'après une ligne circulaire passant par la racine du membre (anesthésie en gigot de M. Charcot). Quelquefois, au lieu d'anesthésie, c'est de l'hyperesthésie que l'on observe. Les troubles de la sensibilité spéciale sont, du côté de l'œil, l'anesthésie de la cornée, la diminution de la vision, le rétrécissement du champ visuel, la polyopie monoculaire, la macropsie, la micropsie; de même, diminution de l'ouïe, de l'odorat, du goût.

Les troubles moteurs sont parallèles à ceux de la sensibilité. On rencontre l'hémiplégie, la paraplégie ou les paralysies limitées à un membre tout entier ou à un segment de membre, comme dans l'hystéro-traumatisme. Un trouble moteur fréquent dans l'hystérie sulfo-carbonée est l'hémispasme glosso-labié.

Enfin, mais plus rarement, on observe des attaques convulsives, présentant le caractère hystérique. Puis, tous les troubles divers de l'hystérie : céphalalgie avec constriction, battements dans les tempes, cauchemars, émotivité extrême, etc.

Le début des accidents est tantôt progressif, presque insensible, tantôt brusque, subit. Chez l'un des deux malades observés par M. Marie, voici comment les choses se sont passées : Étant en train de nettoyer une cuve contenant du sulfure de carbone, tout à coup il se sent « échauffé aux bourses », et, au moment même où il venait de remonter sur le sol, il ressentit « comme un coup sur la tête », puis il tomba sans connaissance. Il sait qu'il est resté ainsi une demi-heure, comme asphyxié. Ayant repris ses sens, il a pu retourner chez lui à pied, s'est couché, a bien dormi toute la nuit; le lendemain, au réveil, grands fourmillements dans le membre supérieur droit, et, progressivement, au bout de trois à quatre jours, paralysie de celui-ci; et, quelques jours plus tard, paralysie de la jambe droite.

Cette sensation, éprouvée par le malade aux parties génitales, semble être spéciale à l'hystérie sulfo-carbonée, et il faut, suivant toute vraisemblance, n'y voir autre chose qu'une véritable *aura* hystérique. Cette aura, tous les ouvriers qui travaillent le sulfure de carbone la connaissent à merveille; ils déclarent, en effet, d'une façon unanime, que dès que l'on éprouve, au scrotum, une sensation anomale, il faut immédiatement quitter l'ouvrage et aller au grand air, sinon on est exposé à être pris d'accidents plus ou moins graves. Les troubles génitaux sont, d'ailleurs, fréquents dans l'hystérie sulfo-carbonée, et peuvent consister en excitation génitale ou, au contraire, en impuissance; chez la femme, les métrorrhagies sont assez ordinaires.

En résumé, l'apparition de l'hystérie, sous l'influence de l'intoxication sulfo-carbonée, est tout à fait indéniable, mais on ne saurait prétendre que tous les phénomènes nerveux, observés dans cette intoxication, soient de nature hystérique; il y a, en effet, certains cas de paralysie qui, suivant toute vraisemblance,

sont dus à des névrites périphériques. N'est-ce pas une coïncidence singulière que de voir les intoxications qui produisent les névrites périphériques (alcool, plomb, mercure) amener aussi l'hystérie, et ne doit-on pas se demander, avec M. Charcot, si, à tout bien considérer, l'hystérie ne reconnaîtrait pas pour cause quelque altération des centres nerveux ?

Traitement de la diphthérie par les cautérisations antiseptiques. — **M. GAUCHER** rappelle avoir communiqué un nouveau mode de traitement de l'angine diphthéritique, par l'ablation des fausses membranes et la cautérisation antiseptique de la muqueuse sous-jacente. Il a rapporté, à ce sujet, 17 observations d'angines graves toutes guéries par cette thérapeutique.

M. Dubousquet-Laborderie (de Saint-Ouen) vient d'ajouter à cette statistique 81 cas d'angine diphthéritique, observés dans l'espace de quatre ans et pour lesquels il a employé les cautérisations phéniquées appliquées rigoureusement. Sur ces 81 cas, il y a eu 4 décès par croup, soit une mortalité de 5 p. 100. Tous les cas traités à temps, avant l'extension des fausses membranes au larynx, ont guéri. La principale condition de succès est la fréquence des visites médicales et l'application du traitement par le médecin lui-même.

M. Dubousquet n'a pas eu un seul cas de mort chez les adultes, ni chez les enfants au-dessus de cinq ans. L'efficacité moindre du traitement chez les jeunes enfants tient à ce que, chez eux, l'extension des fausses membranes au larynx est plus rapide, ou, du moins, provoque plus rapidement des accidents de suffocation qui nécessitent la trachéotomie. M. Dubousquet n'a pas observé de réaction inflammatoire, ni plus de gêne de la déglutition que par les autres méthodes. Il n'a pas, non plus, observé d'intoxication phéniquée, bien que les urines fussent noires, preuve que ce traitement est en même temps un traitement général.

M. Gaucher emploie une solution de 5 à 10 grammes, suivant les cas, d'acide phénique cristallisé, dans 10 grammes d'alcool; il ajoute à cette solution 70 centigrammes d'acide tartrique pour la rendre aseptique. Après avoir râclé fortement la gorge avec un pinceau taillé en brosse, de façon à bien enlever les fausses membranes, il badigeonne avec la solution phéniquée. On répète cette manœuvre trois fois par jour. En outre, toutes les deux heures, on fait rincer la gorge avec une solution d'acide phénique au centième.

M. CADET DE GASSICOURT a expérimenté le traitement de M. Gaucher, à l'hôpital et en ville. Il reconnaît que les cautérisations, avec sa solution, sont parfaitement applicables chez les enfants, et qu'elles nettoient parfaitement l'arrière-gorge. En revanche, elles sont un peu plus douloureuses.

Mais il paraît bien difficile d'admettre que ce traitement réussisse dans tous les cas. M. Cadet de Gassicourt vient précisément d'échouer à l'hôpital, dans un de ces cas éminemment toxiques d'emblée contre lesquels tout échoue.

M. GAUCHER rappelle avoir parlé d'une mortalité de 5 p. 100. Il n'a donc pas dit que le traitement réussissait infailliblement.

M. LABBÉ, à propos du passage de l'acide phénique dans les urines, insiste sur les dangers d'intoxication phéniquée que peuvent présenter ces pulvérisations phéniquées prolongées.

Il rappelle que Trousseau a préconisé les cautérisations à l'acide chlorhydrique et qu'elles n'ont jamais réussi.

M. GAUCHER connaît cependant un cas très authentique où elles ont parfaitement bien réussi. C'est le sien. Du reste, on ne peut pas assimiler un caustique simple, comme l'acide chlorhydrique, à un caustique antiseptique comme l'acide phénique. En ce qui concerne le danger des pulvérisations phéniquées, il y a eu toute une méthode de traitement basée précisément sur ces pulvérisations.

Quant au danger qui pourrait résulter de l'absorption d'une certaine quantité d'acide phénique, à la suite des cautérisations, jamais ni M. Gaucher ni M. Dubousquet ne l'ont constaté dans 99 observations.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Aujourd'hui a eu lieu l'inauguration de l'Institut Pasteur. A l'occasion de cette cérémonie, M. le professeur Grancher a été promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.

— Par arrêté ministériel, en date du 12 novembre 1888, ont été nommés membres du Comité d'organisation du Congrès international de l'Assistance publique : MM. Bourneville, Chautemps, Dreyfus-Brisac, Drouineau, Jeanson, Le Fort, Martin, Monod, Muteau, Napias, Peyron, Regnard, Rochard, Th. Roussel, Strauss, Teissier du Cros, Thulié, Tolain et U. Trélat.

— Par arrêté ministériel, en date du 12 novembre 1888, ont été nommés membres du Comité d'organisation du Congrès international de pathologie interne : MM. Ballet, Bergeron, Bouchard, Bucquoy, Cadet de Gassicourt, Chantemesse, Charcot, Chauffard, Comby, Damaschino, Debove, Desnos, du Cazal, Féréol, Guyot, Hérard, Jaccoud, Joffroy, Kelsch, Landouzy, Lereboullet, Letulle, Millard, Moutard-Martin, R. Moutard-Martin, Peter, Potain, Rendu, Siredey et Villemin.

— Par arrêté ministériel, en date du 12 novembre 1888, ont été nommés membres du Comité d'organisation du Congrès international d'anthropologie et d'archéologie préhistorique : MM. Berthelot, Bertrand, Boulle, Cartailhac, Chantre, Cotteau, Mathias-Duval, Gaudry, Hamy, Hébert, Letourneau, de Mortillet, Pozzi et Topinard.

— Les laboratoires d'enseignement de zoologie, d'anatomie et de physiologie comparée de la Sorbonne ont été ouverts le mercredi 14 novembre. Les travaux pratiques auront lieu sous la direction de MM. les professeurs de Lacaze-Duthiers et Yves Delage de midi à six heures; ils consistent en dissection, exercices pratiques et conférences d'anatomie, physiologie et zoologie dont les sujets sont pris dans les programmes de la licence et de l'agrégation des sciences naturelles.

Les laboratoires de recherches sont ouverts tous les jours de huit heures du matin à six heures du soir pendant toute l'année scolaire, à la Sorbonne, à partir du mercredi 14 novembre; aux stations maritimes de Roscoff (Finistère), pendant l'été, de Banyuls-sur-Mer, laboratoire Arago (Pyrénées-Orientales).

On s'inscrit de deux à quatre heures au secrétariat de la Faculté des sciences.

— Les travaux du laboratoire d'enseignement de zoologie anatomique commenceront le jeudi 15 novembre, au Muséum, sous la direction de M. le professeur Milne-Edwards et auront lieu tous les jours de midi à quatre heures, pendant le semestre d'hiver : ils consisteront en dissections, autopsies, exercices pratiques et conférences.

Le laboratoire des recherches restera ouvert pendant toute la durée de l'année scolaire. — Les étudiants qui voudront prendre part à ces travaux devront s'inscrire de midi à quatre heures, au laboratoire, rue de Buffon, 55.

— Le laboratoire de recherches de botanique, dirigé par M. le professeur Gaston Bonnier, est ouvert à la Sorbonne, pendant l'année scolaire, tous les jours, de huit heures du matin à sept heures du soir. — On s'inscrit de deux à quatre heures, au laboratoire (escalier E au deuxième étage).

Le laboratoire d'enseignement est ouvert depuis le 10 novembre. Les exercices et travaux pratiques de morphologie, de physiologie et de botanique systématique dont les sujets seront pris dans les programmes de la licence et de l'agrégation des sciences naturelles auront lieu sous la direction du professeur. — Les manipulations en vue de la préparation spéciale à la licence commenceront le 15 mars. Des conférences spéciales seront faites au laboratoire en vue de la préparation à l'agrégation. Des excursions botaniques compléteront l'enseignement.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 132. — SAMEDI 17 NOVEMBRE 1888. 61e ANNÉE. SAMEDI 17 NOVEMBRE 1888. — N° 132.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Traitement de l'hypertrophie des amygdales par l'ignipuncture.

Par M. VALAT, interne des hôpitaux.

I

RÉSUMÉ DES TROUBLES PROVOQUÉS PAR L'HYPERTROPHIE AMYGDALIENNE. — INSUFFISANCE DE LA THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE. — HISTORIQUE DE LA CAUTÉRISATION.

L'hypertrophie des amygdales est très fréquente chez les enfants et nombreux sont les troubles qu'elle provoque. « Le gonflement des tonsilles ne peut guère arriver à un certain degré, ni se prolonger longtemps, sans entraîner à sa suite un ou plusieurs accidents, dont les principaux sont : l'altération de l'ouïe, celle de la voix et la gêne de la respiration, la déformation des parois de la poitrine, le coryza, les bronchites, la toux, les amygdalites répétées, l'angine glanduleuse, enfin un affaiblissement général et des obstacles sérieux apportés au développement physique et intellectuel... On conçoit que des accidents si variés ne puissent persister longtemps et acquérir une intensité notable sans dommage pour l'organisme, les troubles de la respiration surtout entraînent ceux de l'hématose, d'où la cachexie, l'émaciation, l'amaigrissement, désordres qui trouvent souvent un nouvel aliment dans les états diathésiques qui causent l'hypertrophie (1). »

Dans la description précédente, l'auteur vise principalement les troubles qu'on observe chez les enfants. Au delà de cet âge, le pronostic est bien moins sérieux. Toutefois si l'adolescent et l'adulte atteints d'hypertrophie tonsillaire sont moins incommodés, ils sont cependant exposés à des angines fréquentes, à l'affaiblissement de l'ouïe, à des troubles de la parole, etc. Tous ces symptômes peuvent s'aggraver si l'on n'apporte un prompt remède à l'affection dont ils dépendent.

Il faut le reconnaître, les moyens médicaux, employés seuls, comptent peu de succès. « Divers topiques ont été proposés contre l'hypertrophie des amygdales; on a recommandé les applications d'alun, la cautérisation avec le nitrate d'argent, les gargarismes au jus de citron, etc., mais ces moyens échouent le plus souvent, et il est nécessaire de recourir à l'ablation des organes malades (1). »

Le traitement chirurgical a, de tout temps, tenu le premier rang. Dans un mémoire intitulé : *De la rescision des amygdales tuméfiées*, Louis (2) fait un historique complet des moyens employés pour la cure de l'hypertrophie tonsillaire.

Nous rapportons les points principaux de cet historique pour montrer que, depuis plusieurs siècles, les chirurgiens ont essayé de substituer à l'amygdalotomie, par crainte des récidives et des hémorrhagies, d'autres procédés tels que la ligature et la cautérisation.

Guillemeau est le premier, d'après Louis, qui ait enlevé les amygdales par la ligature.

Cette pratique fut suivie par Juncker (1680), par Sharp (1688), élève de Cheselden, et, au commencement de ce siècle, par Samuel Cooper.

« Chassaignac, qui avait donné à la ligature une forme si heureuse dans son écraseur linéaire, ne pouvait manquer de se servir de cet instrument pour enlever les amygdales. Mais il rencontra de telles difficultés pour charger la glande qu'il dut y renoncer. Maisonneuve essaya le pouvoir de son serre-nœud là où l'écraseur avait échoué (3). »

Malgré toutes ces tentatives, la ligature n'est jamais devenue un procédé de choix et, aujourd'hui, elle est complètement abandonnée.

Brunus, chirurgien de Padoue (1252), fut le premier à parler de la cautérisation. Encore indiqua-t-il ce moyen, non pour combattre l'hypertrophie, mais simplement pour prévenir la récidive après l'opération pratiquée avec les instruments tranchants. « Pour être sûr, dit-il, que les amygdales ne recroîtront pas, ce qui arrive fréquemment, il faut avoir soin de les cautériser après la résection. »

Le premier, Marc-Aurèle Séverin, médecin de Naples (1520-1541), emploie d'emblée le cautère actuel dans la cure de l'hypertrophie tonsillaire. Louis (op. cit.) ajoute à propos de ce procédé : « Je suis persuadé que ce moyen est plus facile, moins douloureux, plus sûr, et qu'il est sujet à moins d'inconvénients que la rescision. »

(1) Desnos. *Dictionnaire Jaccoud*, t. II, p. 140.

(1) D'Espine et Picot. *Manuel pratique des maladies de l'enfance*, 1880, 2e édition, p. 379.
(2) *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie*, 1774, t. VIII.
(3) De Saint-Germain. *Chirurgie des enfants*, p. 352.

Heister (1683), dans ses *Instituts de chirurgie*, se montre favorable à la cautérisation. Il énumère les substances à employer (solution de sel ammoniac, eau escarrotique préparée avec l'eau forte et la quantité de vif argent qu'elle peut dissoudre sur le feu, etc.).

Wiseman (1734), dans sa *Chirurgie*, rapporte que Edwards Moll enfonçait son cautère dans le corps de l'amygdale et cela à plusieurs reprises, trois ou quatre fois, de façon à y former un vide.

Barrier et Philippeaux (de Lyon) crurent réaliser un progrès en substituant, à l'emploi du cautère actuel, un instrument spécial destiné à porter l'agent caustique au contact de l'amygdale. On trouvera, dans la *Gazette médicale de Lyon* (1854), la description de cet appareil très incommode.

Maisonneuve (1) essaya les flèches caustiques. Mais la situation des amygdales, la difficulté de placer convenablement les flèches, le voisinage des voies digestives et aériennes et, avant tout, celui de la carotide interne, sont des motifs suffisants pour expliquer le discrédit du procédé.

Holmes, dans son *Traité des maladies chirurgicales des enfants* (1870, p. 816), parle d'un procédé imaginé par W. Smith et assez comparable à celui de Barrier (de Lyon). Il consiste à faire à la surface des amygdales des applications répétées de substance caustique, à l'aide d'une petite coupelle métallique, aplatie et montée sur un manche.

Cet aperçu historique montre que la cautérisation a été employée depuis plus de six cents ans. L'énumération des caustiques et l'incommodité des instruments destinés à mettre ces substances au contact des amygdales, expliquent suffisamment le discrédit de cette méthode (2). Le cautère actuel était également d'un emploi difficile.

L'avantage était resté aux instruments tranchants et principalement à l'amygdalotome.

Voici que la cautérisation, tombée dans l'oubli, reconquiert de jour en jour la faveur des médecins, depuis que Krishaber a signalé les avantages obtenus par le thermocautère dans la cure des hypertrophies amygdaliennes. Les résultats publiés par Krishaber (3) ont décidé beaucoup de médecins à en faire usage. « Aujourd'hui en France, pour n'en citer que quelques-uns, MM. Cazin (de Berck), de Saint-Germain, Proust, Renault, etc., y recourent volontiers. »

Dans ces dernières années, MM. Verdenal (4), Ricordeau (5) ont montré une partie des avantages de cette méthode.

Dans des thèses soutenues en 1888, MM. Gache (6), Chauveau (7), Dodart (8), ont repris le même sujet.

Dans le service de notre éminent maître, M. Verneuil, M. Gache nous a vu employer la thermocautérisation. La description qu'il donne n'est que l'exposé de la pratique que nous avons suivie, sur les conseils du maître. Nous allons, à notre tour, reprendre la question.

Nous étudierons : 1° les indications de la thermocautérisation ; 2° le manuel opératoire ; 3° les avantages de la méthode.

II

INDICATIONS DE LA THERMOCAUTÉRISATION.

M. de Saint-Germain définit en deux lignes les indications de la tonsillotomie : « Ce ne sera que des amygdales qui se touchent que nous couperons et nous serons toujours devant des amygdales qui se touchent quand nous aurons sous les yeux une luette procidente (1). »

Les indications de la thermocautérisation sont plus étendues, car un certain nombre de ces glandes, sans arriver au contact, dépassent notablement le bord libre des piliers, rendent la voix nasonnée, gênent la respiration et avant tout exposent le sujet à des angines fréquentes. A ces cas convient tout spécialement l'ignipuncture. Après deux séances de cautérisation, les amygdales sont suffisamment diminuées pour contenir dans leur loge, et du même coup ont disparu tous les inconvénients de leur hypertrophie.

Mais nous trouvons des indications plus formelles de la méthode ignée, dans l'âge, la constitution du malade, dans la forme, la consistance et les dispositions anatomiques des glandes ; enfin dans les cas de récidive après l'amygdalotomie.

1. *Age du malade.* — Si la tonsillotomie est rarement suivie d'hémorrhagie abondante chez l'enfant, il s'en faut qu'elle présente la même sécurité chez l'adulte. Les auteurs les plus autorisés sont d'accord à ce sujet. Guersant (2) dit avoir pratiqué l'excision des amygdales sur plus de mille enfants. C'est à peine si sur un nombre aussi considérable il a gardé le souvenir de trois cas dans lesquels il vit se produire une forte hémorrhagie. En revanche sur 12 à 15 opérations pratiquées chez les adultes, 4 ou 5 au moins lui ont donné de l'inquiétude ; il n'arriva à arrêter le sang qu'en ayant recours à l'emploi du cautère actuel et du perchlorure de fer. L'un de ses opérés n'était autre que le professeur Axenfeld, alors son interne.

M. de Saint-Germain professe la même opinion que Guersant. « Il faut éviter d'enlever les amygdales passé dix-sept ou dix-huit ans. On ne doit le faire que contraint et forcé, appuyé sur une indication absolue, sans quoi l'on risque des accidents dont le plus constant est l'hémorrhagie (3). »

Ainsi, chez l'adulte, l'ignipuncture est la méthode de choix pour la cure de l'hypertrophie tonsillaire.

De même, on aura recours d'emblée à la méthode ignée, s'il s'agit d'un adolescent sujet aux épistaxis, si fréquentes à cet âge, ou encore d'un individu nettement hémophile.

La littérature médicale renferme plusieurs cas de mort à la suite de l'amygdalotomie, chez de pareils sujets, et tout récemment un auteur américain, Sands (4), vient de publier

(1) *Mémoire sur une nouvelle méthode de cautérisation dite de cautérisation en flèche*, Société de chirurgie, 1857.

(2) Rilliet rapporte un cas de mort due à un crayon de nitrate d'argent tombé dans le pharynx.

(3) Krishaber. *Annales des maladies du larynx et des oreilles*, juillet 1881.

(4) Verdenal. Thèse de Nancy, 1882.

(5) Ricordeau. *Du traitement de l'hypertrophie des amygdales par la cautérisation ignée*, Thèse Paris, 1886, n° 263.

(6) Gache. *Traitement de l'hypertrophie amygdalienne par la thermocautérisation*, Thèse Paris, 1888.

(7) Chauveau. *Des hypertrophies amygdaliennes*, Thèse Paris, 1888.

(8) Dodart. *Du traitement de l'hypertrophie des amygdales par l'ignipuncture*, Thèse Bordeaux, 1887-1888, n° 97.

(1) De Saint-Germain. *Chirurgie des enfants*, p. 347.

(2) Guersant. *Notice sur la chirurgie des enfants*, Paris, 1884.

(3) De Saint-Germain. Op. cit.

(4) Sands. Obstinate hemorrhage after tonsillotomy, *New-York Med. Journ.*, 11 mai 1887.

l'observation d'un hémophile, dont la vie fut pendant plusieurs jours en danger à la suite de cette opération.

2. *Amygdales enflammées.* — On sait combien est dangereuse l'ablation des amygdales enflammées. M. Tillaux (1) fait bien ressortir le double inconvénient de cette intervention, pendant la durée des phénomènes inflammatoires. « Le tissu est alors mou, friable et n'offre aucune résistance sous l'instrument. Il se déchire; les lambeaux peuvent même tomber sur l'orifice supérieur du larynx et déterminer des phénomènes de suffocation. Ce qui m'est arrivé dans un cas où j'eus le bonheur de rattraper, avec le doigt, les fragments détachés. De là, je conclus qu'il ne faut jamais enlever une amygdale, lorsque le sujet vient de traverser une période inflammatoire; je considère qu'il convient d'attendre au moins un mois. »

Une autre complication peut encore résulter de cette précipitation à enlever une amygdale avant que la répression du processus inflammatoire soit complète... « Les vaisseaux y sont très développés et, en opérant à cette période, on fait courir au malade les risques d'une hémorrhagie parfois très grave. » Rien de pareil n'est à craindre avec l'ignipuncture.

3. *Amygdales enchâtonnées.* — Cette disposition anatomique rend dangereux l'emploi du bistouri et contre-indique, d'autre part, celui de l'amygdalotome. Quel que soit le nombre des amygdalotomes, il y a des glandes complètement cachées par les piliers qu'on ne peut enlever avec cet instrument [de Saint-Germain (2)]. D'ailleurs, il y a plus de trente ans que Richard (3) avait signalé cet inconvénient. « Dans les cas pareils, il faut avoir assisté aux tristes efforts du chirurgien qui s'acharne à l'application de l'amygdalotome pour être singulièrement refroidi sur son emploi. Et à quoi aboutit-il souvent? A ébarber simplement la tumeur tonsillaire ou même à ne retirer rien du tout. » Dans ces cas la méthode ignée est donc la seule possible.

4. *Concrétions amygdaliennes* (4). — « Si des calculs existaient dans la glande, ils causeraient dans l'opération faite au bistouri une simple difficulté qui n'arrêterait pas le chirurgien. Celui-ci, en effet, rencontrant sous son instrument une résistance qui lui indique la présence d'une concrétion, devrait continuer la section, d'abord en arrière du calcul, puis en avant jusqu'à ce qu'il s'échappât de lui-même, et terminer ensuite l'incision de la partie supérieure de la glande. Mais, dans l'opération faite avec l'amygdalotome, un calcul peut être la cause d'une complication; si la pique n'a rencontré aucune résistance qui fît supposer une concrétion, en retirant l'anneau sécateur, celui-ci pourrait se briser. C'est un accident qui, à notre connaissance, est arrivé au moins une fois. La rupture de l'anneau peut se faire encore quand l'amygdale possède une dureté considérable » [Liégeois (5)]. M. de Saint-Germain a vu le même désagrément arriver à Maisonneuve.

Dans les cas exceptionnels où existent des concrétions amygdaliennes, nous estimons l'emploi du thermocautère bien préférable à celui des instruments tranchants. Avec le fer rouge on débride les tissus au-devant du calcul et on retire ce dernier, sans être gêné par le sang.

Récidives. — Les récidives qui surviennent après l'amygdalotomie constituent une nouvelle indication de la méthode ignée. Elles n'avaient pas échappé à l'observation des auteurs anciens, et c'est principalement pour les éviter que quelques-uns eurent l'idée de recourir à la cautérisation. On lit dans la thèse de Chollet (1) : « Percy, s'appuyant sur l'autorité de Louis, a dans ces derniers temps cherché à remettre la cautérisation au rang des autres méthodes. Il a même précisé les cas, dans lesquels elle ne pouvait être remplacée par aucun autre moyen. C'est, dit-il, lorsque les amygdales sont dans un état de végétation chancreuse, lorsqu'après leur extirpation on voit repousser des boutons qui en présagent le retour; lorsqu'elles sont si volumineuses que l'amputation en est jugée impossible, ou lorsque, l'ayant tentée, on a été forcé de laisser une souche sur laquelle les instruments tranchants n'ont plus de prise; enfin, quand une hémorrhagie, succédant à cette opération, menace les jours du malade et résiste aux styptiques connus. »

M. de Saint-Germain (2) nous apprend que, de nos jours, les récidives sont aussi fréquentes. « Vous verrez, quand vous aurez de la pratique, que neuf fois sur dix, celui qui se sert de l'amygdalotome ne coupe qu'une partie de la glande, qu'il montre en se félicitant d'avoir fait une bonne opération. Puis, qu'arrive-t-il? L'amygdale reprend bientôt le volume qu'elle avait auparavant et on va chercher un autre chirurgien. »

III

DESCRIPTION DU MANUEL OPÉRATOIRE

Badigeonnage à la cocaïne de l'isthme du gosier. — On pourrait croire, au premier abord, que la cautérisation des amygdales est très douloureuse. Plusieurs fois, nous avons pratiqué l'ignipuncture de ces glandes chez des adultes, qui nous ont affirmé n'avoir éprouvé qu'une légère souffrance. Malgré cette indolence, il y a intérêt à badigeonner toute la région de l'isthme du gosier avec une solution de cocaïne. Cette précaution présente un double avantage : insensibiliser complètement le champ opératoire et supprimer le réflexe du vomissement que certains sujets ont beaucoup de peine à dominer. La suppression du réflexe rend l'opération plus facile, par suite de l'immobilité absolue des glandes. Pour obtenir le double effet indiqué plus haut, on peut employer une solution au quart ou au dixième. Nous nous sommes servi indistinctement de l'une ou de l'autre. Dans une œillère, on versera environ 2 ou 3 grammes d'une solution au quart et, avec un pinceau de charpie imbibé dans le liquide anesthésique, on touchera toute la région de l'isthme du gosier (piliers, luette, base de la langue, amygdales), trois fois en cinq minutes, en recommandant au malade de ne pas cracher, afin que la cocaïne produise son action. Après ces trois badigeonnages l'anesthésie est obtenue et on peut procéder à l'opération.

Nous nous servons exclusivement de la pointe la plus fine du thermocautère; elle a environ 2 millimètres de diamètre. Sa chaleur de rayonnement est presque nulle et, introduite

(1) Tillaux. *Anatomie topographique*, p. 351.
(2) *Dictionnaire Jaccoud*, t. II, art. AMYGDALOTOMIE.
(3) Richard. *Gazette des hôpitaux*, 1857, p. 386.
(4) Consulter le très intéressant mémoire sur les accidents causés par les calculs de l'amygdale, par O. Terrillon, in *Archives de médecine*, août 1886.
(5) *Dictionnaire Dechambre*, série 1re, t. IV, p, 30.

(1) Chollet. *Des moyens chirurgicaux appliqués au traitement de l'hypertrophie des amygdales*, Thèse de Paris, 1827, n° 77, p. 19.
(2) De Saint-Germain. *France médicale*, 1879, p. 578.

dans la cavité buccale, elle n'incommode nullement les malades. On sait que, pour le même motif (absence de chaleur de rayonnement), elle est d'un usage très fréquent en ophthalmologie, en particulier pour le traitement des ulcères infectieux de la cornée et pour les hernies de l'iris consécutives à l'opération de la cataracte, par la méthode de Daviel. Son seul défaut, à l'égard de l'ignipuncture des tonsilles, est d'être un peu courte. Il sera, d'ailleurs, facile de remédier à cette imperfection en lui ajustant la monture en fer, qui se trouve dans toutes les boîtes de thermocautère. Deux ou trois fois nous avons fait usage de la pointe n° 2, mais nous l'avons bientôt mise de côté et on verra plus loin pour quel motif.

Quelle position faut-il donner au malade? Combien de cautérisations doit-on pratiquer sur chaque amygdale? Quel intervalle faut-il laisser entre chaque séance? Autant de points qu'il reste à examiner.

Si l'opéré est un adulte, il s'assiéra sur une chaise en face d'une fenêtre, « à la clarté du soleil », comme le recommande Paul d'Egine. Le sujet est-il très pusillanime, un aide, placé derrière, lui fixera solidement la tête. Ce moyen de persuasion deviendra superflu après la première séance, à tel point l'ignipuncture est peu douloureuse. S'il s'agit d'un tout jeune enfant, on le mettra sur les genoux d'un aide qui, suivant la position classique de l'amygdalotomie, maintiendra ses jambes immobiles entre ses propres jambes, lui tiendra fortement les mains dans une de ses mains et de l'autre appliquée sur le front lui immobilisera la tête en la serrant sur sa propre poitrine.

Pour triompher des plus turbulents, il deviendra parfois nécessaire de recourir à un instrument désigné sous le nom de spéculum à bouche, par M. de Saint-Germain. « Le spéculum à bouche fabriqué par M. Mathieu consiste en un bracelet légèrement aplati de haut en bas, plus large par conséquent que haut, s'introduisant à frottement entre les incisives et présentant à sa partie inférieure un prolongement destiné à déprimer la langue. Cet instrument poussé dans la bouche de l'enfant est retenu par un cran en relief placé à la partie supérieure, qui, lorsque les incisives l'ont dépassé le retient en arrière de celles-ci sans que le malade puisse s'en débarrasser. La langue fortement déprimée par la pièce décrite permet l'examen parfait de la gorge, examen rendu plus facile encore par la lumière réfléchie sur la surface argentée du spéculum, si bien que, l'instrument mis en place, les amygdales apparaissent dans leur entier sans que la langue puisse masquer en quoi que ce soit leur surface (1). »

L'emploi de ce spéculum peut être utile jusqu'à l'âge de sept ou huit ans. A partir de cette limite, on trouve bon nombre d'enfants assez raisonnables pour se soumettre de bonne grâce à l'ignipuncture. On convaincrait facilement les indociles si on avait l'occasion de cautériser, en leur présence, un malade en cours de traitement.

Le patient étant bien placé, la tête est un peu rejetée en arrière et légèrement déviée du côté de l'amygdale à cautériser. Après avoir appliqué l'abaisse-langue de manière à éviter tout accident, on procède à l'ignipuncture. La pointe portée au rouge sombre est enfoncée d'un demi-centimètre environ. Trois ou quatre (cinq au plus) cautérisations de même profondeur sont pratiquées. Chacune d'elles doit être distante de sa voisine de quelques millimètres. Après la cautérisation d'une amygdale on retire l'abaisse-langue pour accorder au patient quelques instants de répit. Puis, la même opération est faite sur l'autre glande. Chacune des recommandations précédentes a son importance pratique.

(1) De Saint-Germain. *Revue des maladies de l'enfance*, 1884.

La température rouge sombre est indispensable; elle empêche tout suintement hémorrhagique. Si l'instrument chauffé à blanc est enfoncé dans la tonsille, il fait sourdre quelques gouttes de sang qui provoquent tout de suite des quintes de toux et des efforts d'expuition. En dépit de toute précaution, ce petit accident survient-il, il est facile d'y remédier en touchant la surface saignante avec la pointe légèrement refroidie.

Distancer les cautérisations de quelques millimètres est une excellente mesure. Si les parties brûlées sont trop rapprochées, la substance *intermédiaire* se sphacèle et produit une petite excavation ulcérée, rendue douloureuse par les mouvements de déglutition. De même, il ne faut pas essayer, par de petits mouvements imprimés à l'instrument, de creuser un petit cratère au niveau de chaque point touché. Cette manœuvre, qui a pour but d'amener plus vite l'atrophie, donne à la glande un aspect déchiqueté très désagréable à la vue. On évitera cette déformation en laissant la pointe enfoncée dans le tissu amygdalien, pendant une ou deux secondes, et en la tenant bien immobile. Aussi nous croyons qu'il n'est pas avantageux, sous le prétexte de gagner du temps, de faire au centre de chaque glande une excavation de 8 ou 10 millimètres de profondeur avec la lame courbe du thermocautère, comme le conseille M. Ricordeau (1). L'eschare, qui se produit dans ces cas, rend pendant plusieurs jours la déglutition douloureuse, et peut provoquer des adhérences de l'amygdale avec les piliers.

Les suites de l'ignipuncture sont des plus bénignes. Nos sujets étaient des malades externes qui, après chaque séance, retournaient chez eux, la plupart pour reprendre immédiatement leur travail journalier.

La même opération était répétée deux fois par semaine. Il y a intérêt à ne pas rapprocher davantage les séances. Après quelques jours l'inflammation a cessé, et ainsi disparaît le danger de produire du sphacèle en cautérisant de nouveau.

Inutile d'ajouter que le nombre de séances ou, en d'autres termes, la durée totale du traitement variera avec chaque cas. La guérison d'amygdales très grosses, atteignant le volume d'un marron ou d'une noix, exigera au moins cinq semaines. Pour d'autres glandes dépassant à peine le bord libre des piliers, il suffira, le plus souvent, de deux ou trois semaines pour amener leur atrophie. Mais est-ce ainsi qu'il convient d'évaluer la durée du traitement, qui se compose de cinq à six séances de dix minutes chacune, le malade pouvant, après chaque cautérisation, reprendre immédiatement ses travaux?

Il est toujours utile d'ajouter au traitement chirurgical le bénéfice des moyens médicaux; gargarismes astringents, insufflations de poudre d'alun, etc. M. Verneuil recommande encore un moyen bien simple, qui lui a donné de bons résultats dans plusieurs cas d'hypertrophie tonsillaire. Il prescrit au malade de s'entourer le cou, pendant la toilette du matin, d'une serviette trempée dans l'eau froide, et de la conserver pendant cinq minutes environ. Cette théra-

(1) Ricordeau. Op. cit.

peutique a été suivie avec avantage par deux de nos malades dont l'observation est rapportée dans la thèse de M. Gache.

Nous allons les reproduire ici afin que le lecteur puisse se rendre compte par lui-même de la simplicité, de la bénignité et de l'efficacité de l'ignipuncture.

Obs. II (Thèse de Gache). — *Hypertrophie amygdalienne; cautérisation au thermocautère; guérison.* — Le nommé Vincent A..., âgé de dix-huit ans, tourneur sur métaux, vient, le 26 mars 1888, à la consultation de la Pitié.

Ses antécédents héréditaires ne présentent rien d'important à relever. Deux frères et deux sœurs, en bonne santé, n'ont jamais eu d'angine.

Ses antécédents personnels sont excellents. Ce jeune homme est grand et très bien constitué : il n'a jamais eu aucune maladie, seulement depuis son enfance, c'est-à-dire depuis l'âge de cinq ans, il est sujet aux angines.

Il fume depuis dix-huit mois. A partir de ce moment les douleurs de gorge seraient devenues peu à peu plus intenses. Le moindre refroidissement donne lieu à une angine qui l'oblige à garder la chambre. Dans ces derniers jours les douleurs se sont montrées plus violentes. A l'examen, on trouve les deux amygdales rouges, tuméfiées; leur volume dépasse celui d'une châtaigne; la voix est nasonnée; la déglutition difficile et pénible.

Nous proposons au malade le traitement par la cautérisation; il accepte immédiatement, et le jour même a lieu la première séance.

Badigeonnage avec la solution forte de cocaïne; quatre pointes de feu sur chaque amygdale.

Pendant l'opération le malade ne fait aucun effort de déglutition; il ne donne aucun signe de douleur. Nous lui prescrivons un gargarisme émollient et des insufflations de poudre d'alun, qu'il continuera dans l'intervalle des séances.

30 mars, 5 et 12 avril, nouvelles cautérisations.

26 avril. Les amygdales ont diminué de plus de moitié.

Leur surface n'est pas déchiquetée, il est difficile de reconnaître les points qui ont été cautérisés.

M. Verneuil se montre satisfait du traitement. Il recommande au malade de s'entourer le cou, chaque matin, pendant la toilette, avec une serviette trempée dans l'eau froide. L'application ne devra pas dépasser trois à cinq minutes. Cet adjuvant, dont l'emploi est si facile, hâte la guérison.

Sixième séance : quatre pointes de feu sur chaque amygdale.

10 mai. L'amygdale droite disparaît complètement entre les piliers; l'amygdale gauche, un peu plus volumineuse, déborde sensiblement le bord interne des piliers. Nous faisons trois cautérisations sur cette amygdale.

Il nous paraît inutile de continuer le traitement plus longtemps. Le malade est tout à fait bien. Nous lui conseillons de revenir dans le cas où de nouvelles douleurs de gorge se manifesteraient. Il y a lieu de croire que la guérison s'est maintenue, car Vincent A... n'a plus, depuis le 10 mai, reparu à l'hôpital.

Obs. IV (Thèse de Gache). — *Hypertrophie des amygdales; ignipuncture; guérison.* — Mme Albertine F..., âgée de quarante ans, modiste, vient, le 1er mai 1888, à la consultation de la Pitié.

Son père et sa mère sont morts de la poitrine, l'un à quarante ans, l'autre à soixante. Elle a une sœur âgée de quarante-cinq ans, bien portante.

Notre malade a toujours eu une bonne santé; pas d'engorgement ganglionnaire du cou pendant son enfance, ni d'affection strumeuse des yeux ou des oreilles.

Mariée à vingt-trois ans, n'a jamais eu de grossesse. Elle est très sujette aux maux de gorge; elle souffre depuis quelques jours d'une angine. De vingt à trente ans, tous les deux ou trois mois, elle avait une angine que provoquait la plus légère variation de température. Au moindre refroidissement elle devait prendre le lit pour quatre ou cinq jours. Le médecin, qui la soignait, lui faisait sur les amygdales des cautérisations au nitrate d'argent, et des badigeonnages avec la teinture d'iode; il ordonnait en outre des insufflations de poudre d'alun. Malgré ce traitement et toutes les précautions prises par la malade, les récidives étaient très fréquentes. L'ablation des amygdales, proposée à plusieurs reprises, a toujours été refusée.

Aujourd'hui les glandes ont le volume d'un œuf de pigeon; elles sont arrondies, rouges, et débordent notablement le plan des piliers. L'amygdale droite est un peu plus volumineuse.

Nous faisons, séance tenante, après badigeonnage à la cocaïne, quatre pointes de feu dans chaque glande, et nous conseillons les insufflations de poudre d'alun et la serviette mouillée.

La malade, qui devait revenir le 8 mai, se présente seulement le 20 du même mois. Elle justifie son retard en nous disant que « depuis notre traitement elle va mieux ». Les amygdales ont, en effet, diminué de volume; la voix n'est plus nasonnée; la déglutition s'effectue sans douleur. Nous faisons de chaque côté quatre pointes de feu.

15 juin. Les amygdales dépassent à peine les piliers. Nous croyons utile de les cautériser une dernière fois, et nous recommandons à la malade de continuer pendant quelque temps encore les insufflations d'alun, et la serviette mouillée autour du cou chaque matin.

En résumé, cette femme, sujette de vingt à quarante ans à des angines amygdaliennes fréquentes, angines qui avaient résisté à tous les traitements, a été guérie en trois séances d'ignipuncture.

IV

AVANTAGES DE LA THERMOCAUTÉRISATION.

Ces avantages sont au nombre de cinq : 1° facilité de l'opération; 2° son innocuité; 3° possibilité de graduer l'atrophie; 4° application de l'ignipuncture aux cas qui ne permettent pas l'emploi des instruments tranchants; 5° absence de trois complications observées quelquefois après l'amygdalotomie (récidive, contagion diphthérique, hémorrhagie).

1° *Facilité de l'opération.* — Si nous comparons, sous le rapport de la facilité, l'ignipuncture à l'amygdalotomie faite avec le bistouri ou avec l'appareil de Fahnestock, l'avantage ne reste pas aux instruments tranchants.

L'ablation pratiquée avec le bistouri a toujours été considérée comme difficile. « L'extirpation des amygdales doit être regardée comme une opération plus que téméraire; aussi, lorsque les ganglions glandiformes ont subi une véritable hypertrophie inflammatoire, doit-on se contenter d'exciser leur partie exubérante sur le niveau des piliers qui les circonscrivent » [Blandin (1)]. Nélaton lui-même, au dire de M. de Saint-Germain, ne pratiquait pas la tonsillotomie sans une certaine appréhension. Le chirurgien des enfants rapporte l'anecdote suivante (2) : « Il y a quelques années, je rencontrai Nélaton dans un quartier éloigné, et comme je lui demandais ce qui l'y amenait : « Je vais, me dit-il, faire l'opération qui me coûte le plus à exécuter. » J'insistai pour savoir ce qui pouvait causer quelque embarras à un chirurgien aussi habile. « Je vais, dit-il, essayer d'enlever les amygdales. »

L'excision avec l'appareil de Fahnestock, dont la construction est aujourd'hui si perfectionnée, se fait le plus souvent sans difficulté. Mais nous avons vu plus haut que, par suite de certaines dispositions anatomiques, l'usage de cet instrument était parfois formellement contre-indiqué. Autre détail qui, dans la pratique, a bien son importance :

(1) Tillaux. *Anatomie topographique*, p. 353.
(2) Thèse de Ricordeau, p. 66.

si dans les grands centres il est facile de se procurer un amygdalotome avec toute la série des anneaux, il n'en est pas de même dans les petites villes, etc. Quant au thermocautère, ses applications sont si nombreuses, qu'il fait partie obligée de l'arsenal du plus modeste praticien.

2° *Innocuité de l'opération.* — Quelle intervention plus bénigne que celle qui consiste à enfoncer, dans les amygdales, une fine pointe chauffée au rouge brun ? Par ce procédé, on ne détermine ni hémorrhagie, ni plaie. On ne saurait en dire autant de l'amygdalotomie. Cette dernière, même dans les cas les plus favorables, crée une plaie qui rend, pendant plusieurs jours, la déglutition difficile. « Quand tout se passe normalement, le malade a, durant les cinq ou six premières heures qui suivent l'opération, des crachats sanglants, puis sanguinolents. Après cette période, la salive n'est que légèrement teintée. Toutes les fois que le malade se livre à un mouvement de déglutition, une douleur vive se fait sentir dans les oreilles et sur les parties latérales du cou. Dès le lendemain, ces douleurs sont beaucoup moindres : les bouillons et les potages passent avec facilité. Lorsque à ce moment on examine la plaie, on l'aperçoit recouverte de caillots. Tous ces caillots font place, le lendemain, à une exsudation grisâtre et, en général, au bout de dix à vingt jours, la cicatrisation est complète (1). »

Combien différentes les suites immédiates de l'ignipuncture ! « Après chaque séance, il n'y a aucun soin à prendre, aucune prescription à faire aux malades ; pourvu qu'ils attendent une heure environ après la cautérisation, ils peuvent manger des aliments de toute nature, ils peuvent sortir sous la seule réserve d'éviter le refroidissement comme cause d'accidents inflammatoires du côté des organes malades (2). »

Dans ce parallèle, il n'est question que des suites favorables de l'amygdalotomie. Mais n'a-t-on pas eu parfois des accidents graves dus à l'emploi du bistouri ? Sans compter la possibilité de blesser avec cet instrument les organes voisins : langue, piliers, voile du palais, il y a des cas, fort rares à la vérité, où la carotide interne a été ouverte, quoiqu'elle passe à une distance notable, au moins à un bon centimètre de l'amygdale. Béclard, Tenon, Barclay en citent des cas authentiques et M. de Saint-Germain en rapporte un, non tiré de sa pratique.

L'ignipuncture n'expose qu'à un accident, du reste très bénin. Si le malade fait un faux mouvement, le thermocautère peut produire une légère brûlure des piliers ou de la base de la langue. La même complication est encore possible, quand la tête est dans une mauvaise position et que l'amygdale, déjà considérablement diminuée, dépasse à peine les piliers. Dans ce cas, il devient indispensable de donner à la tête une position oblique, afin que la face interne de la glande soit bien éclairée et qu'on puisse faire commodément l'ignipuncture sur les points jusque-là épargnés.

3° *Possibilité de graduer l'atrophie des amygdales.* — On sait que quelques auteurs, attribuant à ces organes une utilité tout à fait hypothétique, ont vivement critiqué l'amygdalotomie.

Headland pensait que leur absence pouvait entraîner, sous le rapport de l'hématose, de graves inconvénients.

D'autres objections encore ont été faites. « L'ablation des amygdales n'a-t-elle pas de suites fâcheuses au point de vue de l'audition et de la phonation ? N'est-il pas illogique de retrancher des organes dont l'utilité, pour n'être point connue, doit cependant exister ? Il est aujourd'hui démontré par l'expérience que l'ablation des amygdales ne produit que très exceptionnellement des accidents du côté de l'ouïe et de la voix et, quant à leur utilité problématique, il est permis d'en douter, en voyant, d'une part, ces organes exister presque à l'état rudimentaire chez quelques sujets et, de l'autre, une quantité considérable de malades opérés exécuter leurs diverses fonctions avec régularité (1). »

Avec la méthode ignée, on évitera toute critique. Les séances d'ignipuncture étant faites à plusieurs jours d'intervalle, on se rend parfaitement compte des progrès de l'atrophie et on peut ainsi, dès qu'on le juge nécessaire, suspendre le traitement.

L'action de l'ignipuncture sur l'amygdale est très analogue à celle des injections interstitielles d'iode dans le goître parenchymateux. Dans l'un et l'autre cas, il se produit un processus inflammatoire qui a pour effet de transformer le tissu glandulaire en tissu fibreux. Cette métamorphose offre, pour l'amygdale, deux avantages : la diminuer, la rendre moins sujette aux angines.

4° *Application de l'ignipuncture aux cas où l'amygdalotomie n'est pas praticable avec les instruments tranchants.* — Nous avons vu plus haut quelles dispositions anatomiques rendaient impossible l'emploi des instruments tranchants. Il est inutile d'y insister de nouveau.

5° *Absence de quelques complications qui peuvent survenir après l'amygdalotomie* (a. *récidives* ; b. *contagion diphthérique* ; c. *hémorrhagies*). — a) *Récidives.* — Les partisans du bistouri accusent l'amygdalotomie d'exposer aux récidives. Mais la tonsillotomie exécutée soit avec le bistouri, soit avec les ciseaux, n'est pas à l'abri de cette complication.

On comprend qu'avec l'ignipuncture pareil accident soit exceptionnel, et la transformation opérée dans le tissu de la glande en donne l'explication.

b) *Contagion diphthérique.* — L'amygdalotomie, en créant une plaie, expose ainsi à l'infection diphthérique. Aussi M. de Saint-Germain donne-t-il le précepte suivant : « Si vous êtes au milieu d'une épidémie de diphthérie, coupez le moins possible d'amygdales hypertrophiées. » Grâce à cette excellente précaution, ce chirurgien, dans sa longue pratique, ne signale que deux cas de diphthérie survenue chez des enfants opérés récemment de tonsillotomie.

Comme l'ignipuncture ne laisse après elle aucune surface saignante, cet accident doit être moins à craindre.

c) *Hémorrhagies.* — Exposer aux hémorrhagies est certainement le plus grave reproche à adresser à l'emploi des instruments tranchants. Il nous semble, cependant, que l'importance en a été singulièrement exagérée, surtout si on songe à l'innombrable quantité d'amygdales enlevées et au petit nombre d'accidents qui résultent de l'opération.

Mais ces accidents toujours très sérieux peuvent parfois être mortels ; aussi, bien qu'ils soient peu nombreux, nous devons en tenir compte et fixer sur eux toute notre attention. Nous donnons ici le résumé d'un travail allemand, qui montre, d'après de nouvelles recherches anatomiques, les vaisseaux susceptibles d'être blessés pendant la tonsillo-

(1) *Dictionnaire Jaccoud*, t. II, p. 167, art. Amygdalotomie.

(2) Krishaber. *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, juillet 1881.

(1) De Saint-Germain. *Dictionnaire Jaccoud*, t. II, p. 159, art. Amygdalotomie.

tomie : « Il est impossible, dit Zuckerkandl (1), dans une amygdalotomie régulière, d'atteindre la carotide interne. Ce vaisseau est séparé de l'amygdale par les muscles stylo-glosse, stylo-pharyngien et, en outre, par la paroi pharyngienne; c'est plus haut seulement qu'il s'applique à cette paroi. Pour blesser la carotide interne, il faudrait que le chirurgien fît usage d'un bistouri pointu, et que l'instrument pénétrât profondément d'avant en arrière, jusqu'au voisinage de la colonne vertébrale sur laquelle l'artère repose.

Le sang artériel n'est versé dans l'amygdale que par des rameaux de la carotide externe. Cette artère décrit au niveau de la branche montante du maxillaire inférieur une courbe dont la convexité est tournée en dedans, courbe qu'on découvre en disséquant la fosse rétro-tonsillaire entre le stylo-glosse et le stylo-pharyngien. Si la tonsillaire a cette dernière origine, sa blessure au voisinage du gros vaisseau donne un flot de sang très abondant. Il peut arriver qu'on trouve simultanément deux artères tonsillaires; l'une venant de la carotide externe, l'autre de la pharyngienne ascendante : on risque alors de blesser deux artères au lieu d'une seule.

L'artère tonsillaire, au lieu de pénétrer directement dans la capsule fibreuse de l'amygdale, s'applique parfois à la paroi externe de l'organe, et ne s'y engage qu'après avoir décrit des sinuosités à sa surface, elle reste comprise dans un tissu fibreux qui la maintient béante en cas de blessure; le tronc n'a pas alors de tendance à se contracter et donne du sang en abondance. Il y aurait moins d'inconvénient à l'atteindre plus près de son origine qu'à la diviser en ce point précis, au niveau de l'enveloppe fibreuse. Dès qu'il a franchi l'enveloppe, il se divise en fins rameaux dont l'ouverture ne cause jamais d'accident. »

La supériorité du thermocautère sur les instruments tranchants quels qu'ils soient : ciseaux, bistouri, amygdalotome, est donc évidente. Alors même que l'ignipuncture n'aurait pas d'autre avantage que celui de permettre au médecin d'agir en toute sécurité, il faudrait y recourir dans l'immense majorité des cas.

Il en est d'ailleurs ainsi actuellement. A Paris, dans plusieurs services hospitaliers, on emploie presque exclusivement l'ignipuncture chez l'adolescent et chez l'adulte. M. de Saint-Germain l'applique avec le plus grand succès, même chez les jeunes enfants.

Nous ne terminerons pas cet article, sans dire un mot du galvanocautère. Ce dernier présente les mêmes avantages que l'appareil de Paquelin pour la cure de l'hypertrophie tonsillaire. Dans les thèses de M. Verdenal, de M. Ricordeau, le lecteur trouvera un parallèle entre les deux instruments (2).

A Paris, dans quelques cliniques libres où sont traitées les affections du nez, du larynx, l'usage du galvanocautère est préféré. Comme il est facile à un spécialiste d'avoir à sa disposition une série de couteaux de toutes dimensions, le galvanocautère trouve plus d'applications. Il sert non seulement à la cautérisation des tonsilles, mais encore à celle des saillies glanduleuses désignées sous le nom d'amygdales linguales, des granulations pharyngées, des cornets hypertrophiés, etc.

(1) Zuckerkandl. Hémorrhagies consécutives à l'amygdalotomie, *Revue des sciences médicales*, t. XXXI, fasc. 1er, p. 268.
(2) P. Balme. *De l'hypertrophie des amygdales.* Thèse de Paris, 1883.

C'est avec intention que nous n'avons parlé ici que du galvanocautère, parce qu'il est au moins aussi facile à manier, et que, d'autre part, il se trouve entre les mains de tous les praticiens.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 novembre 1888. — Présidence de M. Polaillon.

DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DU CANCER UTÉRIN

M. POLAILLON rappelle avoir soutenu, dans un mémoire publié en 1882, que le cancer limité au col pouvait être guéri par l'amputation partielle. Depuis, il n'a pas changé d'opinion et les résultats que lui a donnés l'hystérectomie totale vaginale ne sont pas de nature à modifier cette opinion. Il a pratiqué 6 fois cette opération pour cancer et il a eu 2 morts et 4 succès opératoires. Voici le résumé de ces observations :

Première Observation : Femme de trente-deux ans, épithélioma ulcéré du col, les culs-de-sac sont sains, hystérectomie vaginale, ablation de l'ovaire et de la trompe gauches, adhérents à l'utérus, pincement des vaisseaux et des ligments larges, pas de ligatures, sphacèle consécutif du fond de la vessie, fistule vésico-vaginale, diarrhée, albuminurie, mort par urémie quarante-deux jours après l'opération. — Obs. II : Cancer limité au col, utérus friable, se déchirant facilement, hystérectomie vaginale, écoulement sanieux, péritonite, mort quatre jours après l'opération. L'autopsie a montré que l'épithélioma avait bien été enlevé en totalité; il envahissait la cavité du col. — Obs. III : Femme de trente-neuf ans, épithélioma ulcéré occupant tout le col et la cavité utérine; hystérectomie; au quatrième jour, vomissements fécaloïdes, signes d'obstruction intestinale; la malade sort guérie; récidive après un mois, actuellement cachexie avancée. — Obs. IV : Femme de trente-sept ans, épithélioma du col compliqué de fibromes utérins, hystérectomie difficile, récidive rapide dans le fond du vagin. — Obs. V : Même cancer limité au col, même opération, même récidive très rapide. — Obs. VI : Même marche, même conduite chirurgicale, récidive un mois après.

En résumé, mortalité de 33 p. 100, récidive rapide dans tous les autres cas, voilà, pour M. Polaillon, le bilan de l'hystérectomie vaginale totale pour cancer. Il serait chimérique de penser, ajoute M. Polaillon, que l'hystérectomie vaginale puisse jamais égaler en bénignité les amputations partielles du col, et les récidives se sont faites, dans les cas opérés par lui, avec une rapidité déplorable.

M. Polaillon a fait vingt fois l'amputation du col et, sauf un cas de mort par chloroforme, il n'a pas eu de décès du fait de l'opération et il a obtenu de meilleurs résultats au point de vue de la survie des malades. La récidive, en effet, n'est survenue que deux ans et quatre mois, un an, dix mois, sept mois, etc., après l'opération. M. Polaillon fait l'amputation partielle du col avec le serre-nœud galvanique; il poursuit les bourgeons suspects avec des flèches au chlorure de zinc.

En résumé, l'amputation partielle est une opération d'une parfaite bénignité et qui, jusqu'ici, paraît procurer des survies plus longues que l'hystérectomie vaginale, mais elle ne peut être de quelque utilité que dans les cas où le cancer est parfaitement limité au col. Quand le corps de l'utérus est envahi, l'hystérectomie totale vaginale est la seule opération rationnelle.

M. TILLAUX considère l'hystérectomie vaginale totale comme une des belles conquêtes de la chirurgie moderne. Mais peut-on admettre une méthode générale de traitement en matière de cancer? M. Tillaux ne le pense pas. Trois sortes d'opérations peuvent être indiquées en présence d'un cancer de l'utérus :

1° Une opération palliative consistant à n'enlever qu'une portion du néoplasme dans le but de diminuer les hémorrhagies ou de prévenir la septicémie vaginale;

2° Une opération curative consistant à enlever toute la partie malade;

3° Enfin une opération curative radicale, l'ablation totale de l'organe atteint.

Prenons un exemple : supposons une femme jeune, dans un état de santé florissant en apparence, ne souffrant pas, n'ayant pas maigri et présentant un épithélioma du col au début et limité. Il y a tout intérêt à ce que cette malade soit rapidement débarrassée. Nous avons le choix ici entre deux opérations, la résection partielle, cunéiforme ou supra-vaginale, et l'hystérectomie vaginale totale. A laquelle de ces opérations devrons-nous donner la préférence? Théoriquement, la meilleure opération est celle qui permettra le mieux de tout enlever; or, il n'est pas douteux que l'hystérectomie vaginale est celle qui répond le mieux à cette indication. En est-il bien ainsi cliniquement? est-il bien nécessaire d'enlever l'utérus en totalité? Nul ne pourrait l'affirmer. La récidive n'est pas plus rapide après la résection cunéiforme qu'après l'hystérectomie totale, ainsi que le montre la statistique citée par M. Pozzi. M. Bouilly s'est élevé contre les opérations parcimonieuses; mais enlève-t-on toute la verge pour un cancer de l'extrémité de cet organe? ou toute la langue pour un épithélioma limité à la pointe ou à l'un des côtés? Si, théoriquement, l'ablation totale de l'utérus semble donner plus de chances de guérison radicale, cela n'est pas démontré jusqu'ici par les faits. Quant à la gravité plus grande de l'hystérectomie, elle n'est pas discutable. L'amputation conoïde ou supra-vaginale paraît donc préférable quand le cancer est limité au col. Malheureusement dans l'état actuel de la science, il est bien difficile, dans beaucoup de cas, de pouvoir déterminer d'avance exactement si le cancer n'a pas envahi le corps de l'utérus; alors l'hystérectomie totale resterait la seule ressource rationnelle, c'est une question d'indications. L'opération palliative vise un accident du cancer. L'opération partielle est habituellement réservée pour les cas bénins, et l'hystérectomie pour les cas graves. Les résultats des deux opérations ne sauraient donc être comparés.

Étant donné un cas peu justiciable de l'ablation partielle, que faut-il faire? Faut-il se croiser les bras et laisser mourir la malade sans chercher à lui être utile, ou faut-il faire l'hystérectomie vaginale? Il n'est pas douteux, ajoute M. Tillaux, qu'il faut recourir à cette opération qui est un moyen précieux contre une affection en présence de laquelle nous étions jusqu'ici désarmés.

M. MARCHAND, depuis 1878, a pratiqué 18 fois l'amputation partielle; depuis 1884, il a fait 6 fois l'amputation supra-vaginale. Sur ces 24 cas, il a eu 2 décès opératoires. Il a fait 7 fois l'hystérectomie vaginale et a eu 4 décès et 3 guérisons opératoires. M. Marchand entre dans le détail de ses observations, et démontre que la survie, obtenue après l'hystérectomie vaginale, n'est pas plus considérable que celle qui s'observe après l'extirpation partielle. Il fait observer que la récidive se fait habituellement dans la zone cellulaire péri-utérine; l'ablation totale de l'utérus ne donne donc pas plus de garanties contre les récidives, que l'ablation partielle. En résumé, l'hystérectomie vaginale totale est d'une gravité beaucoup plus considérable que l'amputation partielle, et la récidive n'est pas moins rapide. Toutefois, M. Marchand n'est pas d'avis de rejeter l'hystérectomie vaginale dans le traitement du cancer; il croit seulement qu'il ne faut pas en faire une méthode générale et qu'elle a des indications plus restreintes que ne le soutiennent ses partisans.

M. RICHELOT se place au point de vue de la cure radicale du cancer. Si l'on demande à l'hystérectomie vaginale des résultats purement palliatifs, il est évident qu'elle doit être abandonnée en faveur des opérations partielles. Si les ganglions sont envahis, l'hystérectomie totale, pas plus que l'amputation partielle, ne donnera une guérison complète ; mais, si le cancer est limité, il est hors de doute que l'hystérectomie totale donnera plus de chances de guérison et sera le plus sûr moyen de cure radicale. Voilà ce qu'il faut démontrer; mais, pour cela, il faut attendre. Si, après expérience faite pendant un temps suffisant, il est démontré que l'hystérectomie vaginale ne donne pas de meilleurs résultats définitifs que les opérations partielles, M. Richelot changera d'opinion et cessera de défendre une opération évidemment plus grave.

M. REYNIER dit qu'il est difficile de répondre à M. Verneuil, l'hystérectomie vaginale n'étant pratiquée, en France, que depuis trois ans seulement. M. Verneuil ne cherche qu'un traitement palliatif; l'hystérectomie vaginale a des visées plus hautes. N'en déplaise à M. Kirmisson, on peut chercher à obtenir la guérison radicale du cancer. Tout au moins, l'hystérectomie vaginale a toutes chances de donner de plus longues survies. M. Reynier cite des statistiques étrangères qui tendent à démontrer que la mortalité opératoire de l'hystérectomie vaginale peut devenir presque nulle. Quant à lui, il n'a pratiqué que deux fois cette opération pour cancers et a eu deux succès. Mais ces opérations ne datent que de trop peu de temps pour qu'on puisse en rien conclure au point de vue de la survie ou de la cure radicale.

M. ROUTIER rappelle le travail qu'il a présenté au Congrès de chirurgie sur ce sujet. A cette époque, il avait fait trois hystérectomies vaginales avec trois succès opératoires. Depuis, il en a fait quatre nouvelles, également suivies de guérison. Il insiste particulièrement sur cette variété de cancer de la muqueuse du corps de l'utérus, dont il a trouvé plusieurs exemples. Au point de vue de la bénignité de l'opération, ses observations permettent de formuler des conclusions favorables. L'impossibilité d'abaisser l'utérus est, pour lui, une contre-indication formelle.

De ses quatre opérées, l'une a survécu six mois et a succombé à un cancer généralisé à l'abdomen. La seconde, âgée de cinquante-sept ans, vit encore et est bien portante; elle compte treize mois de survie. C'était un épithélioma lobulé dans l'épaisseur du corps utérin. La troisième, âgée de cinquante-six ans, malade depuis quatorze mois, va très bien et compte huit mois et demi de survie sans récidive. C'était un épithélioma cylindrique de la muqueuse du col. La quatrième, âgée de cinquante ans, compte sept mois et demi de survie sans traces de récidive. Il s'agissait d'un épithélioma lobulé situé entre la muqueuse et le tissu utérin. Chez ces quatre malades, la période pré-opératoire, c'est-à-dire l'âge du cancer, a été de quatorze, vingt-quatre, quatorze et dix-huit mois et la période post-opératoire a été, jusqu'ici, de six, treize, huit et sept mois et demi; chiffres provisoires, puisque, jusqu'ici, elles sont radicalement guéries.

M. TERRIER fait connaître l'opinion de M. Cornil, relativement aux examens anatomiques des cancers de l'utérus. Ces examens sont encore le plus souvent très imparfaits. L'anatomie pathologique des épithéliomes utérins est presque entièrement à faire. C'est ce qui explique, dans une certaine mesure, les différences des résultats au point de vue de l'intervention chirurgicale.

M. VERNEUIL fait observer que cette objection s'applique aussi bien aux résultats de l'amputation partielle qu'à ceux de l'amputation totale. C'est donc, à ce point de vue, un argument sans valeur.

M. TERRIER soutient, au contraire, que l'anatomie pathologique du cancer est un élément considérable, dont il faut tenir grand compte.

M. TRÉLAT rappelle avoir dit et écrit, dans sa dernière communication, ce que M. Cornil a dit à M. Terrier, relativement aux difficultés du diagnostic anatomique.

RAPPORT

Œdème aigu du larynx. — **M. CHAUVEL** fait un rapport sur trois nouvelles observations d'œdème aigu primitif du larynx, guéri par la trachéotomie, observations adressées par MM. Lacronique, Audet, etc.

PRÉSENTATION DE MALADES

Opération d'Esbach. — **M. TERRILLON** présente un malade auquel il a pratiqué, en 1883, une résection du maxillaire pour un sarcome. En 1886, récidive, ablation totale du maxillaire supérieur, rétraction de la mâchoire, fermeture de la bouche,

impossibilité de manger. M. Terrillon pratique l'opération d'Esbach (section et résection de la branche montante du maxillaire supérieur). Depuis, ce malade peut manger et mâcher, par suite de la mobilisation rendue aux maxillaires.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

M. POZZI présente plusieurs instruments et appareils gynécologiques, de la part de M. Boureau.

M. POLAILLON présente plusieurs variétés de curettes à tiges flexibles de la part de M. Assaky.

La séance est levée.

Séance du 14 novembre 1888. — Présidence de M. POLAILLON.

RAPPORTS

Uréthrotomie externe avec cathétérisme rétrograde. — M. TERRIER fait un rapport sur une observation de M. Defontaine (du Creuzot) ayant pour titre : « Uréthrotomie externe avec cathétérisme rétrograde pour oblitération de fistules anciennes de l'urèthre. » Il s'agit d'un jeune garçon de quinze ans, qui était atteint de fistules multiples consécutives à une rupture traumatique de l'urèthre. M. Defontaine fait l'uréthrotomie externe sur conducteur; il lui est impossible de trouver le bout postérieur; il fait alors la taille sus-pubienne avec l'intention de pratiquer le cathétérisme rétrograde. Mais il y avait au périnée des tissus indurés à travers lesquels M. Defontaine dut creuser un nouveau canal. Le résultat de l'opération fut des plus satisfaisants.

Dans ce cas M. Defontaine eut recours à un mode particulier d'évacuation de l'urine, à l'aide d'un tube criblé de son invention qui, selon M. le rapporteur, est appelé à rendre de grands services dans les cystotomies sus-pubiennes. Il s'agit d'un long tube de caoutchouc de gros calibre (nº 20), placé à la manière d'une sonde et criblé à son extrémité vésicale d'yeux ou ouvertures en très grand nombre. Ce tube va conduire l'urine dans un vase placé au-dessous du lit. Voici, du reste, comment M. Defontaine résume lui-même les avantages de ce tube.

1º Les parois vésicales ne seront jamais accolées au tube de façon à en obturer tous les trous. Il servira donc toujours à l'évacuation de l'urine.

2º Conduisant l'urine jusque dans un vase situé au-dessous du lit, il empêche le malade d'être mouillé.

3º Son fonctionnement est assuré à la condition que tous les points du tube laissé libre soient au-dessous de la plaie hypogastrique. Ce qui se comprend facilement.

4º Dans l'uréthrotomie externe, avec cathétérisme rétrograde, il a l'avantage de remplacer la sonde à demeure et d'éviter toute fixation sur la verge.

M. TRÉLAT ne pense pas que le tube de M. Defontaine, présenté par M. Terrier, constitue une invention nouvelle. Il n'y a là qu'une petite modification au tube généralement employé.

M. TILLAUX rappelle avoir employé un tube analogue chez le malade dont il a donné l'observation à la Société de chirurgie. Il a encore opéré, il y a quinze jours, un malade de la même façon; il se contente d'appliquer un long tube sur lequel il fait deux ouvertures au niveau de la partie qui se trouve dans la vessie. Grâce à sa longueur, ce tube peut être tiré hors de la plaie, de telle sorte qu'on puisse facilement déboucher les ouvertures si elles venaient à être obstruées.

M. ANGER, dans une cystotomie qu'il a pratiquée chez un enfant d'une douzaine d'années, n'a pu trouver l'orifice uréthral dans la vessie; il dut, avec un trocart, creuser un trajet du périnée dans la vessie, puis il plaça une sonde traversant ce trajet. M. Anger insiste sur cette difficulté de trouver l'orifice uréthral dans la vessie chez les enfants.

M. TERRIER pense que le tube, qu'il a appelé tube de Defontaine, présente de grands avantages sur les simples tubes à drainage. Il répond à M. Anger que s'il avait bien relevé la vessie et fait peut-être une cystotomie plus large, il aurait trouvé l'orifice uréthral dans la vessie, ainsi que l'a fait M. Defontaine.

M. TILLAUX a eu aussi des difficultés à faire passer le tube de la vessie à travers le périnée. Il a dû employer une sonde métallique. M. Tillaux fait observer à M. Anger qu'il n'a pas cherché à voir l'orifice uréthral; il l'a senti avec le doigt et a conduit la sonde sur son doigt.

PRÉSENTATIONS

M. JALAGUIER présente un malade auquel il a réséqué la tête de deux métatarsiens. Son malade, opéré le 17 septembre, était complètement guéri vingt jours après. La réunion était complète.

M. MONOD a fait trois fois la même opération avec un plein succès.

M. POLAILLON présente un malade auquel il a fait la désarticulation du genou, il y a sept ans. Ce malade marche très bien sur son moignon. Cette opération donne donc de bons résultats.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Atlas d'anatomie chirurgicale (1), par le docteur A. FORT, ancien interne des hôpitaux, ancien professeur libre à l'École pratique de la Faculté.

L'atlas de M. Fort représente les principales régions du corps humain, il est composé de 22 planches mettant sous les yeux les détails anatomiques dans leur grandeur naturelle. Une explication très détaillée accompagne chaque dessin.

Il est inutile de rappeler quel avantage on peut retirer de l'étude de ces figures qui sont la reproduction exacte de la réalité.

M. Fort a eu recours à un système de démonstration qui lui est familier et qui a toujours donné de bons résultats pour l'enseignement. C'est le système de fenêtres sur les aponévroses et les muscles larges, qui permettent de voir les plans sous-jacents, d'échancrures dans les muscles, et de coupes dans les divers organes. Il est certain que l'étude des organes profonds se trouve ainsi singulièrement facilitée.

A côté des dessins, M. Fort ne s'est pas contenté de placer une énumération pure et simple des organes indiqués par les chiffres, il y a ajouté des considérations anatomiques et chirurgicales qui sont d'une incontestable utilité.

Toutes les régions importantes sont minutieusement représentées, mais il convient de signaler en outre une série de coupes pratiquées sur des cadavres congelés et qui sont remarquablement reproduites; signalons notamment différentes coupes du cou, du thorax, de l'abdomen, du périnée, des divers segments des membres, du bassin chez l'homme et chez la femme.

De la nature infectieuse du tétanos en général (2), par M. le docteur René COLIN.

« La classe des névroses est destinée à disparaître, car tout effet a une cause et il est inadmissible que des troubles morbides, aussi graves que ceux du tétanos, se produisent sans modifications préalables de quelques parties du corps. » C'est par ces mots, que MM. Laveran et Teissier (3) commencent leur chapitre destiné à l'étude des névroses.

L'ataxie locomotrice, la paralysie infantile, la paralysie générale, l'éclampsie, l'épilepsie symptomatique ne rentrent plus dans le cadre où elles ont été trop longtemps contenues. Aujourd'hui, à son tour, le tétanos doit cesser d'être regardé comme une

---

(1) 1 vol. in-4º. — Prix : avec figures noires, 25 francs; figures coloriées, 35 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

(2) Gr. in-8º. — Paris, G. Masson.

(3) *Nouveaux éléments de pathologie et de clinique médicale*, t. I, p. 584. — Paris, J.-B. Baillière.

névrose, et être rangé dans la classe des maladies infectieuses.

Dans la dernière séance de l'Académie de médecine, M. Verneuil lisait un rapport sur l'observation si intéressante de M. Berger, observation que l'on doit considérer comme une véritable démonstration de la contagiosité du tétanos, et de sa transmissibilité de l'homme à l'homme. Une discussion nouvelle va s'ouvrir sur cette question à l'Académie, il est important pour ceux qui s'intéressent à cette question d'un si grand intérêt, tant scientifique que pratique, de posséder les différentes notions aujourd'hui publiées démontrant la nature infectieuse du tétanos. M. le docteur René Colin vient de réunir dans son excellente thèse tous les documents concernant la question.

Il passe en revue, tout d'abord, les recherches expérimentales et micrographiques instituées dans le but de vérifier la virulence du tétanos, puis consacre le second chapitre de son travail à l'exposé des faits cliniques, des épidémies ou endémies qui toutes semblent confirmer la contagiosité du tétanos.

Bien des auteurs, d'ailleurs, semblent prêts à admettre cette origine infectieuse du tétanos, d'autres l'admettent d'une façon absolue.

Mais, il ne suffit pas de démontrer que le tétanos est infectieux, il faut savoir quel est l'agent infectieux et son mode de transmission. Quelques auteurs pensent avoir découvert et ont décrit le bacille tétanifère. L'avenir nous apprendra si leurs résultats doivent être considérés comme définitifs. Mais, en attendant que cette démonstration soit nettement établie, il était nécessaire d'étudier les voies et moyens de transmissibilité de l'infection. La syphilis, la rage, n'ont point encore fait connaître leur agent pathogène, mais leur nature infectieuse est incontestée et le mode de contagion parfaitement établi. En est-il de même du tétanos? L'accord n'est pas encore fait sur cette question, quelques auteurs voient dans la plaie l'origine du germe tétanique, d'autres accusent l'air atmosphérique, certains admettent une origine tellurique, soit le poison paludique, soit un poison spécial, et véritablement tétanigène. M. Larger, à la suite de son enquête, qui a été le point de départ des recherches actuelles, pensait que « l'agent de production du tétanos réside dans le sol où il trouve les conditions de développement et de reproduction ».

Mais M. Verneuil ne tarda pas à reconnaître que la terre ne faisait que recevoir en dépôt le germe morbide, et qu'elle n'était qu'un intermédiaire, non nécessaire pour la transmission du tétanos. L'examen de nombreux faits cliniques démontre, en effet, que le tétanos est une maladie transmissible de l'animal à l'animal, qu'il se transmettait de l'animal à l'homme et qu'il se transmet de l'homme à l'homme et enfin de l'homme à l'animal. Le principal agent de la transmission est le cheval.

Toutes les pièces de cet intéressant débat sont réunies dans la thèse de M. René Colin. Élève aimé de M. Verneuil, imbu de ses doctrines, il a su en donner un exposé où la clarté s'allie à la rigueur du raisonnement. A. Ricard.

Psoriasis et arthropathies (1), par Ch. Bourdillon.

Nous avons lu avec un grand intérêt le travail consciencieux de M. Bourdillon, sur le psoriasis compliqué d'arthropathies. De tout temps on a vu, à Saint-Louis surtout, des malades couverts de squames psoriasiques, présenter des poussées inflammatoires vers les articulations. Dans les divers services de cet hôpital, on peut rencontrer de malheureux malades tourmentés par des poussées successives de tuméfaction des jointures, condamnés à garder le lit par la roideur, le gonflement des articulations et les douleurs que provoquent les mouvements. Ils sont à peu près dans la pénible situation des malheureux atteints de rhumatisme chronique déformant à poussées subaiguës. Leur sort est d'autant plus triste que des poussées de psoriasis correspondent le plus souvent aux poussées articulaires.

(1) In-8° de 256 pages. Prix : 5 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Ici comme dans le rhumatisme chronique, ce sont les petites articulations des mains et des pieds qui sont le plus souvent atteintes, puis viennent les articulations vertébrales, les poignets, les coudes, les genoux. A chacune des poussées l'envahissement progresse. Après un certain nombre d'attaques les déformations articulaires deviennent permanentes.

En somme, une grande ressemblance avec ce qu'on observe dans le rhumatisme déformant à poussées subaiguës, quelquefois limité, plus souvent envahissant.

Y a-t-il là une simple coïncidence? Le rhumatisme n'est-il pas le fait primitif, primordial et le psoriasis ne peut-il pas être là justement qualifié de psoriasis rhumatismal?

Ce n'est pas là ce qu'admet M. Bourdillon, élève de M. E. Besnier. Il pense que le fait premier, cause de tout le mal, c'est la prédisposition névropathique. Psoriasis et arthropathie sont les dérivés simultanés, parallèles, de cette prédisposition nerveuse.

Cette doctrine des arthropathies névropathiques est depuis longtemps défendue par M. E. Besnier; pour notre part nous la croyons très juste, et nous lui avons apporté autrefois l'appoint d'arguments d'ordre clinique d'une certaine valeur, à notre sens.

Le psoriasis prendrait ainsi place à côté d'éruptions assez nombreuses qui vont souvent de pair avec des déterminations articulaires. Dermopathies et arthropathies sont sous la dépendance commune d'un même état de névropathie et peut-être même, pour préciser davantage, de myélopathie.

Il faut remarquer à ce propos que, dans le rhumatisme chronique, il y a des raisons nombreuses de supposer un semblable principe névropathique.

Quoi qu'il en soit, en clinique, la survenue de ces déterminations articulaires chez des psoriasiques donne lieu à des types particuliers qu'il importe de bien connaître. Cela est si vrai, que certains dermatologistes, M. Quinquaud, par exemple, ont tendance à y voir une maladie particulière.

Le pronostic de ce psoriasis avec arthropathie est grave, à cause de l'intensité des souffrances, des poussées successives, de la tendance à la généralisation, des raideurs articulaires et de l'impotence finale à laquelle finit par être condamné le malheureux malade.

Les bains prolongés paraissent constituer le traitement le meilleur de ces accidents. Albert Mathieu.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 13 novembre 1888, M. le docteur Chantemesse est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par arrêté ministériel, en date du 9 novembre 1888, ont été nommés membres du Comité d'organisation du Congrès national d'otologie et de laryngologie : MM. les docteurs Boucheron, Calmettes, Duplay, Garel (de Lyon), Gellé, Gouguenheim, Joal, Lannois (de Lyon), Ladreit de Lacharrière, Loewenberg, Ménière, Miot, Moure (de Bordeaux), Noquet (de Lille), Ruault, Terrier et Tillaux.

— Par arrêté ministériel, en date du 12 novembre 1888, ont été nommés membres du Comité d'organisation du Congrès international, pour la propagation des exercices physiques dans l'éducation : MM. Berthelot, Blatin, Brouardel, Javal, Lagrange, Marey, Rochard et Troisier.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Baudère (de Croisy-sur-Andelle).

— M. Magnan reprendra ses leçons cliniques sur les maladies nerveuses et mentales, à l'asile Sainte-Anne, le dimanche 18 novembre, à neuf heures et demie du matin, et les continuera les dimanches et les mercredis suivants à la même heure. — Les conférences du mercredi seront consacrées à l'étude pratique du diagnostic de la folie. — Les leçons auront plus particulièrement pour objet cette année, l'étude comparative du délire chronique

à évolution systématique et des délires chez les héréditaires dégénérés.

— M. le docteur Dubuc, ancien interne des hôpitaux, commencera son cours de pathologie et de chirurgie de l'appareil urinaire, le lundi 19 novembre, à cinq heures (amphithéâtre n° 1 de l'École pratique) et le continuera les lundis et mercredis à la même heure.

— M. le docteur Gorecki commencera son cours sur les maladies des yeux, le lundi 19 novembre 1888, à six heures du soir, à l'École pratique (amphithéâtre n° 1), et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure.

— M. le docteur Legroux, agrégé libre de la Faculté, commencera un cours de pathologie infantile le mercredi 21 novembre 1888, à huit heures et demie du soir (petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les mercredis suivants à la même heure.

— Les exercices relatifs à l'emploi du microscope dans l'étude comparative de la structure intime des tissus des animaux ont lieu tous les jours, au Muséum, sous la direction de M. le professeur G. Pouchet, de midi à cinq heures, au laboratoire, rue de Buffon, 55. — Les élèves se font inscrire auprès du moniteur.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 133. — MARDI 20 NOVEMBRE 1888. 61e ANNÉE. MARDI 20 NOVEMBRE 1888. — N° 133.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. FOURNIER.

Des erreurs de surprise dans le diagnostic du chancre syphilitique.

Quelles sont les difficultés qui se présentent dans le diagnostic du chancre syphilitique? Elles sont de deux ordres. Il y a premièrement les difficultés prévues auxquelles tout le monde pense, telles que le diagnostic différentiel du chancre syphilitique avec le chancre simple, avec l'herpès, etc. Voilà les difficultés classiques, je n'y insiste pas.

Mais il est aussi des difficultés absolument imprévues, auxquelles on n'a pas l'habitude de songer dans la pratique. Aujourd'hui, je me contenterai de vous parler de trois d'entre elles qui dérivent : 1° des *indurations factices ;* 2° des *nodosités blennorrhagiques ;* 3° de l'*ecthyma scabieux.*

Entrons en matière immédiatement. Les indurations factices sont connues surtout depuis l'enseignement de M. Ricord. Ce sont des infiltrations de tissu nettement circonscrites et présentant à leur base une rénitence qui simule, à s'y méprendre, l'induration caractéristique du chancre. Quelles causes président à leur genèse? Elles peuvent être spontanées, mais, dans l'immense majorité des cas, il existe une cause étrangère surajoutée qui provient, soit de l'application d'un caustique, soit de l'application de topiques médicamenteux, soit de l'application de topiques de fantaisie.

Vous allez me comprendre, et d'abord, pour vous montrer l'action des caustiques, je prends un exemple. Vous touchez aujourd'hui une induration herpétique avec le crayon de nitrate d'argent : au bout de vingt-quatre heures la base est devenue tout à fait dure, c'est la véritable induration de caoutchouc, l'induration parcheminée, et ne cherchez pas de différence entre celle-ci et l'induration du chancre, elles sont identiques quant à la base. Les principaux caustiques capables de déterminer cet effet sont le vitriol, l'acide nitrique, le nitrate acide de mercure, l'acide acétique, l'acide chromique, l'acide phénique, etc. Il est même, à ce point de vue, une expérience de clinique, qui consiste à fabriquer de toutes pièces, en quarante-huit heures, un superbe chancre induré. Pour la réaliser, — ce que je fais deux ou trois fois par an pour l'instruction de mes jeunes externes, — je place une seule goutte de nitrate acide de mercure dans la rainure glando-préputiale d'un malade : en quarante-huit heures cette goutte laisse à sa place une petite ulcération, qui est le type du chancre syphilitique de par sa couleur rouge musculaire, de par sa circonscription très nette et de par son induration exactement semblable à celle du chancre.

Aussi bien tous les caustiques créent-ils facticement le chancre à s'y tromper. L'année dernière, il nous est venu à la consultation une femme qui présentait à la lèvre supérieure une lésion dont les caractères en apparence non douteux nous arrachèrent à distance ce cri : « Oh! le beau chancre! » Or, cette femme avait à la lèvre une de ces gerçures linéaires fatigantes par leur ténacité : un jour, voulant en finir, elle se cautérisa elle-même à l'aide d'un mélange d'acide nitrique et d'eau qu'on employait dans l'industrie où elle travaillait; mais elle en mit un peu trop et, le surlendemain, elle arrivait à Saint-Louis avec des lésions qui simulaient absolument un chancre.

Parmi les indurations résultant de l'application de topiques médicamenteux, les plus courantes sont celles de ni-nitrate d'argent, d'acide phénique, de tannin, d'alcool, d'alun, etc. Voyez ce que devient un chancre mou au bout de quelques jours de cautérisation au nitrate d'argent. La base est alors si réellement et si foncièrement indurée qu'il m'est arrivé souvent de me demander si je ne m'étais pas antérieurement trompé et de refaire mon diagnostic par le palper des ganglions inguinaux.

Enfin, il ne faut pas oublier ce que j'appellerai les topiques de fantaisie, parce qu'ils ne sont pas prescrits par le médecin et pas même administrés par le pharmacien, mais appliqués par le malade, dans le premier moment d'émotion, sur le conseil d'un ami ou d'une commère quelconque. Ils sont presque tous irritants et aptes à créer une base indurée. Il est d'ailleurs difficile de les énumérer à cause de leur grand nombre. Dans le monde élégant on a généralement recours aux eaux de toilettes : vinaigre de Bully, eau de Lubin, de Portugal, de la Reine des fées, etc. Dans une classe plus modeste on s'adresse à l'alcool camphré ou à l'eau blanche, et si nous descendons encore plus bas, au sulfate de cuivre et à l'alun. Pour le troupier, c'est la cendre de pipe et l'urine, deux choses qui jouissent dans l'armée d'une grande considération.

De sorte que le facies des lésions de ce genre est presque

toujours altéré quand elles arrivent sous les yeux du médecin, et il est des indurations factices de plusieurs ordres qui peuvent lui en imposer, de manière à le tromper et à lui faire croire à des véroles qui n'ont jamais existé.

Avons-nous, au moins, un moyen de nous tenir en garde contre ces causes d'erreur ? Oui, le voici : c'est l'obligation que nous devons nous imposer d'adresser à tous les malades qui éveillent dans notre esprit le soupçon d'un chancre, ces deux questions : 1° Cette plaie n'a-t-elle pas été cautérisée ? 2° Cette plaie a-t-elle été touchée par un topique quelconque ? ou — en des termes plus à la portée de tous, — Qu'est-ce que vous avez mis là-dessus ? Et, en cas de réponse affirmative de la part du malade, vous pouvez ne tenir aucun compte de l'induration constatée.

Je passe à la seconde cause d'erreur, qui n'a pas encore été décrite, que je sache : je veux parler de la lymphangite nodulaire de la blennorrhagie. Ce n'est pas qu'elle ne soit pas connue. On vous dit dans vos livres que la lymphangite blennorrhagique s'accuse : 1° par une sensation, sous la peau de la verge, de petits cordons durs en forme de tuyau de pipe ; 2° par l'infiltration du prépuce et du fourreau qui a pour conséquence la production d'un phimosis ; 3° par l'inflammation des ganglions inguinaux. Cette description, d'ailleurs excellente, n'en est pas moins incomplète puisque la lymphangite blennorrhagique revêt quelquefois une forme non signalée par vos auteurs.

Dans ce cas, elle produit sur le trajet des lymphatiques de petites tumeurs en forme d'olive, de la grosseur d'un noyau de cerise ou d'une petite noisette, tumeur ferme, dure, rénitente. Ces nodosités naissent d'une façon insidieuse. Où peuvent-elles siéger ? Sur le prépuce, sur le fourreau, mais leur siège de prédilection c'est la rainure glando-préputiale.

Or, cette lymphangite nodulaire est essentiellement sujette aux erreurs de diagnostic, et cela surtout lorsqu'elle est larvée, alors qu'elle est masquée par un phimosis. Supposez un malade vous arrivant avec une tumeur dure sous le prépuce : vous serez très embarrassés pour faire votre diagnostic, car cela peut être un chancre induré, mais cela peut être aussi une simple complication de la chaude-pisse. A coup sûr, en pareil cas, il est impossible de faire un diagnostic. Cependant, le diagnostic peut être affirmé d'une façon presque certaine par l'adénopathie, lorsqu'on trouve à la fois la multitude, l'indolence et la dureté des ganglions. Mais comme il est exceptionnel que l'adénopathie soit aussi accusée, on peut dire que, dans les sept huitièmes des cas, le diagnostic doit être laissé en suspens.

Les cas d'erreur ne sont pas rares, j'en ai retrouvé douze dans mes notes, et il y en a deux à ma charge, dont je m'accuse. Je choisis parmi eux un exemple. Un jeune médecin de province, qui avait contracté la chaudepisse avec une cliente reconnaissante et qui était obligé, par ses occupations, de se fatiguer beaucoup, vit survenir, au bout de quatre semaines, un œdème douloureux de la verge bientôt suivi de phimosis, et, peu après, une grosseur très dure sous le prépuce. Il me fit alors l'honneur de venir me consulter, me déclarant qu'il avait certainement la syphilis et réclamant un traitement énergique qui pût le sauver des stigmates affichants de la syphilis et sauver en même temps sa réputation dans la petite ville où il exerçait. Je demandai à attendre et bien m'en prit, car, sous l'influence d'un traitement antiphlogistique, le malade ayant pu, en peu de jours, découvrir le gland, trouva un simple noyau de lymphangite nodulaire, et la vérole nous l'attendons toujours.

Il est encore, sur ce point, une seconde cause d'erreur à éviter. Les lymphangites nodulaires sont essentiellement résolutives, mais il faut savoir qu'elles peuvent aussi s'ulcérer et alors elles offrent, vraiment à s'y méprendre, les caractères du chancre induré typique. Ici, le seul élément de diagnostic est dans l'évolution de la maladie : le chancre induré ne débute jamais par une lésion nodulaire qui s'ouvre ensuite à la façon d'un abcès. C'est pourquoi il ne faut, en aucun cas, faire le diagnostic du chancre induré d'après les signes objectifs seuls.

J'arrive, en troisième lieu, à l'analogie qui existe entre certaines lésions de la gale et le véritable chancre syphilitique. Chacun sait que la verge est un foyer de prédilection pour la gale. Or la lésion qu'on appelle *ecthyma scabieux* peut facilement induire en erreur, car elle simule le chancre : 1° sous la forme croûteuse, et alors elle ressemble au chancre croûteux ; 2° sous la forme excoriative, rougeâtre, ulcéreuse, et alors elle ressemble au chancre ordinaire.

Sous ces deux formes, l'ecthyma scabieux simule merveilleusement le chancre syphilitique ; cet ecthyma devient un sosie pour le chancre et il est impossible de les distinguer l'un de l'autre. Pour vous convaincre de ce que j'avance, j'ai deux preuves : la première, c'est que les lésions représentées sur cette pièce, bien circonscrites, avec cette belle couleur rouge musculaire qui passe pour caractéristique, ces lésions qu'au premier abord vous prendriez tous pour du chancre, se sont évanouies après la *frotte* dans l'espace de quelques jours. La deuxième preuve est tirée d'une observation que j'ai conservée dans mes notes.

Un malade arriva ici avec une gale profuse sur tout le corps, mais il présentait, au niveau de la verge, quatre lésions croûteuses à croûte jaune brun et à base parcheminée. Après les avoir bien étudiées, pendant plusieurs jours, j'arrivai à avoir la conviction que je ne savais pas du tout ce que c'était. Je montrai le malade à plusieurs de mes collègues et, chose curieuse, de tous les médecins qui l'examinèrent, aucun n'a pensé à établir une différence entre ces lésions ; or, trois d'entre elles appartenaient à l'ecthyma scabieux et une seule au chancre syphilitique, ce qui nous fut révélé par l'évolution ultérieure, car, tandis que les premières disparaissaient en quelques jours, après la *frotte*, la dernière, au contraire, s'élargissait.

Vous comprenez que les erreurs peuvent être facilement commises en pareil cas et vous le comprendrez davantage, lorsque vous saurez que l'ecthyma scabieux a souvent une base parcheminée et que la gale retentit fréquemment sur les ganglions inguinaux.

Ces erreurs sont de deux ordres : premièrement, on peut prendre un ecthyma scabieux pour un chancre, et, secondement, on peut laisser passer un chancre inaperçu au milieu de pustules d'ecthyma scabieux. Des exemples de l'un et de l'autre cas ne seraient pas difficiles à trouver, mais faisons mieux et cherchons le moyen de nous tenir en garde contre ces erreurs.

Il n'y en a qu'un, c'est l'expectation. Il ne faut pas poser un diagnostic douteux et, pour employer un mot qui était bien familier à M. Ricord, il faut savoir ne pas savoir, et en appeler comme tribunal suprême à l'évolution de lésions secondaires, à terme de cinq à six semaines. Le véritable diagnostic réside dans l'évolution ultérieure.

De tout ce qui précède, la morale est ceci, c'est que le

cadre où l'on enferme généralement le diagnostic du chancre syphilitique est beaucoup trop restreint, puisqu'il est certaines lésions qui peuvent prendre le facies, l'habitus du chancre et avec lesquelles il y a lieu de compter avant d'affirmer la présence de la syphilis.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. TERRILLON.

Fibrome volumineux de l'utérus; ablation par la méthode dite « du morcellement »; guérison.

(Observation recueillie par M. VALAT, interne des hôpitaux.)

La nommée Érima D..., âgée de quarante-sept ans, entre, le 25 novembre 1887, à la Salpêtrière, salle Lallemand, n° 2.

Antécédents héréditaires.—Père mort à quatre-vingt-cinq ans, de troubles urinaires, liés à une hypertrophie de la prostate; mère morte date inconnue; un frère et deux sœurs bien portants.

Antécédents personnels. — Réglée à quinze ans et toujours bien réglée, Érima D... s'est mariée à vingt ans. A eu un enfant à vingt et un ans. De petite taille, mais d'une bonne constitution, elle n'a jamais eu de maladie grave.

Depuis la fin de l'année 1885, Erima D... éprouvait quelques douleurs insignifiantes dans le bas-ventre, principalement le soir. Douée d'une grande énergie, elle supportait patiemment ces souffrances qu'elle attribuait à la fatigue.

En janvier 1887, aggravation des phénomènes douloureux. La malade a consulté à cette époque et a appris que les troubles hypogastriques étaient dus à une tumeur volumineuse de l'utérus.

A partir de janvier 1887, les douleurs ont été assez violentes pour nécessiter, de temps à autre, le repos au lit. Ainsi, en mars et en mai, éclatent deux crises violentes, d'une durée de dix à quinze jours, avec douleurs expulsives intolérables.

En octobre 1887, troisième crise plus intense encore, accompagnée d'accidents de péritonite: ballonnement du ventre, constipation rebelle, vomissements répétés. Ces phénomènes étaient dus à la septicémie, car à ce moment il s'écoulait journellement par le vagin une quantité considérable de pus très fétide.

Érima D... constatant que son état s'aggravait de jour en jour, et guidée par les conseils de son médecin, vint à Paris pour se faire opérer.

Le 25 novembre 1887, elle entre à la Salpêtrière. Sa santé est très altérée. Pâleur extrême du visage. Amaigrissement prononcé. Œdème des jambes jusqu'au tiers inférieur. Depuis près de trois semaines Érima D... est privée d'appétit et de sommeil.

Examen du ventre. — La région hypogastrique forme une saillie globuleuse, analogue à celle produite par une vessie contenant un litre d'urine.

La paroi abdominale étant très mince, on délimite très nettement par la palpation une tumeur arrondie, régulière, légèrement mobile, plus volumineuse qu'une tête de fœtus à terme.

A la percussion, matité dans toute la région soulevée par la tumeur.

Au toucher vaginal, on sent une masse arrondie, lisse, volumineuse, remplissant la moitié supérieure du vagin. Cette tumeur très dure, d'une consistance uniforme, indolore à la pression, est manifestement un corps fibreux. Malgré une exploration minutieuse et répétée, il est impossible de reconnaître le col utérin. Le doigt recourbé vers la symphyse pubienne n'arrive pas au cul-de-sac antérieur; et, de même, on ne peut pas atteindre le cul-de-sac postérieur, bien que la main déprime fortement le périnée.

L'examen au spéculum et le toucher rectal ne fournissent aucun nouveau renseignement.

Les troubles fonctionnels sont considérables. Nous avons vu que, depuis janvier 1887, Érima D... avait deux crises violentes avec douleurs expulsives. Depuis deux mois, la malade doit rester au lit, car à peine levée, elle éprouve sans rémission des douleurs dans le bas-ventre, la fosse iliaque gauche, les lombes, et des irradiations très pénibles dans la cuisse gauche.

Le corps fibreux ne provoque pas d'hémorrhagie. Depuis le mois de janvier 1887, la malade n'a été réglée que trois fois, et encore les pertes ont-elles été insignifiantes. Mais, en revanche, depuis deux mois il existe un écoulement muco-purulent très abondant et fétide.

Les mictions sont très fréquentes : quinze en vingt-quatre heures. Les urines ne renferment ni sucre, ni albumine. Phénomènes de compression du côté du rectum. Depuis près de six mois, constipation rebelle ne cédant qu'à des lavements quotidiens.

Œdème de la jambe gauche. Il a débuté il y a six mois environ; d'abord limité aux malléoles, il disparaissait la nuit. Au mois de septembre 1887, il s'est étendu jusqu'à la racine de la cuisse gauche, au dire de la malade. Actuellement il ne dépasse pas le tiers inférieur de la jambe.

Les autres organes de l'économie ne présentent pas de lésions.

Du 25 novembre au 1er décembre 1887. Sous l'influence du repos et des toniques, l'état général s'améliore sensiblement.

Le 2 décembre. Purgatif. Bain savonneux. Tampon de gaze iodoformée dans le vagin.

Le 3 décembre. Opération par M. Terrillon, avec l'aide de M. Routier. Chloroformisation par M. Valat. Durée de l'opération : une heure et demie.

La malade est placée dans la position de l'examen au spéculum. Après une abondante injection au sublimé, le corps fibreux est attiré vers la vulve. M. Terrillon reconnaît alors que la tumeur, comme il l'avait d'ailleurs supposé, occupe la lèvre antérieure du col utérin qu'elle a pour ainsi dire dédoublée.

A l'aide des ciseaux il enlève par gros morceaux une partie du corps fibreux et essaie, avec les doigts et la spatule, de décortiquer la partie restante. Mais la décortication étant très pénible, M. Terrillon a recours de nouveau au morcellement au moyen des ciseaux. L'intervention est très laborieuse, mais se fait sans danger, deux valves coudées protégeant les parois vaginales du côté où agit l'instrument tranchant. La perte de sang est considérable. Aussi voyant l'affaiblissement extrême de la malade, M. Terrillon juge prudent d'arrêter l'opération. La masse enlevée pèse 800 grammes. Injection au sublimé pour entraîner les caillots sanguins. Pansement avec trois longues bandelettes de gaze iodoformée.

A la fin de l'opération, la malade est d'une faiblesse extrême : facies cadavérique; pouls misérable. Deux piqûres d'éther, boules chaudes.

Dans la journée, sous l'influence des efforts de vomissement, il se produit un suintement hémorrhagique assez abondant.

A six heures du soir, T. 36°2. Pouls misérable; 130 pulsations. L'opérée est sans connaissance. En vingt-quatre heures, six piqûres d'éther et deux lavements nutritifs.

Le 4 décembre. Vomissements pendant la plus grande partie de la nuit. Le matin facies exsangue; pouls à peine sensible, 130 pulsations. T. 36°4. Parole extrêmement faible. La malade ne prend que quelques cuillerées de lait froid. Sa faiblesse est telle que tout espoir de la sauver semble perdu.

Six piqûres d'éther. Trois lavements nutritifs. Boules chaudes aux pieds et le long du corps.

Le 5 décembre. État sensiblement le même. Pouls très faible, 125 pulsations. T. 36°8. Toutes les heures la malade prend une cuillerée de lait. Potion de Todd. Quatre piqûres d'éther; trois lavements nutritifs; boules chaudes.

Le 6 décembre. Légère amélioration. Facies moins exsangue, le pouls se relève; 120 pulsations. T. 37°8. Voix plus forte. La malade prend un peu de bouillon et de lait. Quatre lavements nutritifs. Quatre injections d'éther, etc.

Le 7 décembre. L'amélioration continue. La malade prend du jus de viande, du lait, deux œufs à la neige. Le pouls se relève vite et la température est normale.

Premier pansement. Les bandelettes de gaze iodoformée sont

retirées; lavage avec 10 litres d'une solution de sublimé à 1/5000.

Du 7 au 15 décembre 1887. Progrès manifeste. Le sommeil et l'appétit reviennent. Le pansement est renouvelé tous les matins.

Du 15 décembre au 1er janvier 1888. L'état général s'améliore de jour en jour. La plaie est recouverte de bourgeons et s'est déjà notablement rétrécie.

Le 2 janvier. La malade est assise sur un fauteuil, et reste levée pendant une heure.

Du 3 au 15 janvier. La malade passe toutes les après-midi assise dans un fauteuil; néanmoins tous les soirs les jambes sont enflées jusqu'aux mollets.

Du 15 au 22 janvier. Suppression du pansement. Injections au sublimé matin et soir.

Le 22 janvier. Exeat. A ce moment, par le toucher vaginal, on constate que la partie restante du corps fibreux présente le volume d'une pomme et est infiltrée dans la lèvre antérieure et la partie correspondante du col.

Au mois de juillet, je revois Érima D... Sa santé a fait des progrès continuels, mais la convalescente n'a pas encore recouvré toutes ses forces. Le soir, il existe toujours un léger œdème limité au pied gauche. Par le toucher vaginal, je constate que la partie non enlevée a subi une légère diminution. Dans tous les cas sa présence ne donne lieu à aucun phénomène de compression et la malade se trouve très satisfaite de son état.

Le 14 octobre 1888. Érima D... nous écrit pour nous annoncer sa complète guérison.

Quelques points de cette observation méritent d'être mis en relief :

1° D'abord l'apparition ou tout au moins le développement rapide du fibrome, chez une femme arrivée presque à la ménopause.

2° L'absence d'hémorrhagie.

3° La difficulté de reconnaître non la nature de la tumeur mais l'étendue de ses connexions et ses rapports exacts avec le col utérin.

4° Les conditions précédentes augmentaient singulièrement les difficultés opératoires et exposaient à la perforation du péritoine. Aussi la tumeur dut-elle être enlevée très lentement, d'où une perte de sang assez abondante pour mettre immédiatement en danger la vie de la malade. L'affaiblissement de l'opérée était tel que les deux premiers jours, l'alimentation à la cuiller était impossible. Dans cette circonstance les lavements nutritifs (trois à quatre en vingt-quatre heures), et les piqûres d'éther (cinq à six par jour) ont rendu les plus grands services.

5° La large surface de suppuration donnait lieu à un écoulement considérable, d'où la nécessité absolue de changer tous les matins les pièces du pansement et de pratiquer des lavages antiseptiques abondants pour éviter l'apparition des phénomènes septicémiques.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Études sur les maladies du foie (1), par MM. V. Hanot et A. Gilbert.

MM. Hanot et Gilbert viennent de faire paraître la première partie de leurs *Études sur les maladies du foie;* ce premier volume est consacré aux tumeurs (cancers, sarcome, mélanomes, kystes non parasitaires et angiomes).

Il faut tout d'abord louer le soin et l'élégance avec lesquels a été imprimé cet ouvrage : tout s'y rencontre pour produire dès l'abord, chez le lecteur, une impression agréable. Ces qualités d'exécution matérielle, trop souvent dédaignées pour les livres scientifiques, sont cependant précieuses : elles aident beaucoup à soutenir sans fatigue une lecture prolongée.

Ce livre est illustré de figures en chromotypographie. Les types principaux du cancer du foie sont représentés en couleur, avec une très grande fidélité, rien n'aide mieux à la compréhension du texte. Les figures consacrées à la reproduction des coupes histologiques sont également remarquables : elles ont la clarté démonstrative du schéma, tout en restant une représentation fidèle de la nature.

Cette impression de clarté et de netteté qui ressort, pour ainsi dire, de l'aspect matériel du volume dès qu'on y porte le couteau, s'accentue encore à la lecture. En semblable matière le mérite n'est pas mince, car les travaux nombreux publiés sur le cancer du foie, malgré leur mérite, rendaient la tâche difficile à celui qui voulait se faire une idée précise de la question prise dans son ensemble. La diversité des dénominations employées venait encore rendre la chose plus difficile.

On peut dire que désormais les divers types du cancer du foie sont définitivement fixés : la description si méthodique, si sobre, de MM. Hanot et Gilbert les éclaire d'une vive lumière et leur donne une très grande netteté de relief. Il ne s'agit pas là d'une œuvre de simple critique, et leur travail, basé sur des observations originales, a des allures très personnelles.

Leur étude du cancer du foie est divisée en deux parties : cancer primitif et cancer secondaire.

Le cancer primitif forme tantôt une masse unique, centrale : c'est le *cancer massif.* Tantôt il est représenté par des nodosités disséminées, distinctes : *cancer nodulaire.* Enfin, fréquemment, il y a à la fois cancer et cirrhose. Cette coïncidence est assez fréquente pour que l'on doive admettre, à titre de type spécial, le *cancer avec cirrhose.*

Ces divers types peuvent être distingués par leur seul aspect macroscopique. L'étude histologique permet d'y découvrir des variétés différentes : épithéliome alvéolaire à cellules polymorphes, à cellules cylindriques, à petites cellules polyédriques, à cellules gigantesques; épithéliome trabéculaire (adénome de Kelsch et Kiener et de M. Sabourin), souvent lié à la cirrhose.

Nous ne pouvons insister ici sur l'intérêt très grand que présente cette étude histologique. Il ne s'agit pas là seulement de la satisfaction qu'on éprouve à voir les choses mieux décrites, plus exactement embrassées dans leur ensemble et leurs détails. L'étude de MM. Hanot et Gilbert sur le cancer du foie, a une haute portée en pathologie générale. Elle apporte un document important à la théorie épithéliale du cancer.

On sait que l'on a de plus en plus tendance à penser que tous les carcinomes (encéphaloïdes, squirrhes, cancer colloïde) sont d'origine épithéliale; qu'ils sont constitués par un bourgeonnement anomal des éléments épithéliaux dans les tissus et les organes. Ces végétations à l'intérieur deviennent envahissantes, se propagent par les voies lymphatiques ou sanguines, et se multipliant de proche en proche, fondant des colonies emboliques à distance, se comportent à la façon des agents infectieux. C'est une sorte d'auto-infection par les éléments mêmes de l'organisme par des cellules épithéliales déviées dans leur vitalité, douées d'une prolifération excessive.

Or, les cellules hépatiques sont de véritables éléments épithéliaux et c'est leur transformation même, opérée suivant différents types, qui va devenir le point de départ du cancer primitif du foie. Que cette déviation, irritative en apparence, des cellules hépatiques, intéresse en même temps la charpente conjonctive, interstitielle, la cirrhose se produira en même temps que l'épithéliome.

Il est probable, certain même, que ces processus, si nettement dessinés par MM. Hanot et Gilbert, se doivent retrouver dans d'autres organes. C'est ce qui nous autorise à attribuer une telle valeur à leur travail au point de vue de la pathologie générale.

Bien que le cancer primitif soit relativement rare, puisqu'on ne

(1) In-8°. — Prix : 25 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

trouverait qu'un cancer primitif pour huit cancers secondaires, son étude clinique ne laisse pas que d'être très intéressante.

Dans le cancer massif, ce qui domine c'est la cachexie générale, avec inappétence, phénomènes vagues de dyspepsie, diminution des forces, amaigrissement, décoloration des téguments.

Le foie volumineux déborde le rebord des fausses côtes; son bord est lisse, sa surface résistante; pas de vomissements, pas d'ictère. Son évolution est toujours rapide et progressive.

Le *cancer nodulaire* amène aussi des troubles de la digestion et une cachexie marquée. Des *douleurs* plus ou moins vives se montrent dans l'hypochondre droit; elles irradient vers l'épaule et l'épigastre. Le foie est volumineux, il déborde les fausses côtes et peut descendre jusqu'à l'épine iliaque. Son bord libre est bossué de tumeurs dures plus ou moins distinctes, plus ou moins évidentes à la palpation. L'ictère et l'ascite sont de règle.

Les phénomènes douloureux, quelquefois sans doute aussi l'ascite, sont liés à l'existence de la péri-hépatite. Dans le cancer avec cirrhose, celle-ci contribue naturellement à la production de l'épanchement abdominal par l'obstacle qu'elle apporte à la circulation porte.

La coïncidence de l'épithéliome et de la cirrhose se traduit en clinique par une sorte de compromis entre les phénomènes du cancer (cachexie progressive), et ceux de la cirrhore (diminution du volume du foie, épanchement ascitique). L'ictère existe dans presque tous les cas de cancer avec cirrhose. La rate est tantôt petite, tantôt volumineuse : il n'y a rien là de régulier.

On sait combien est fréquent le *cancer secondaire* du foie. Cet organe est une sorte de carrefour au niveau duquel le système de la veine porte établit un filtre qui arrête au passage les embolies cancéreuses venues de presque toute la cavité abdominale.

De plus le foie est proche voisin du pylore, si souvent atteint par le cancer, et la propagation peut se faire directement au point de contact.

Macroscopiquement le cancer secondaire du foie ne diffère guère du cancer primitif, dont il reproduit les variétés. Il serait impossible de distinguer le cancer secondaire par son seul aspect, sur la table d'autopsie.

Histologiquement, on y voit se reproduire les divers épithéliomas qui peuvent prendre naissance dans tout le bassin de la veine porte, sur le cours de ses divers affluents. On y trouve avec une fréquence prédominante l'épithélioma cylindrique, parce que cet épithélioma est dans l'intestin de beaucoup le plus commun.

MM. Hanot et Gilbert démontrent que les travées épithéliomateuses se développent dans l'intérieur même des capillaires, ce qui est la conséquence de son origine embolique. Cette origine embolique est la plus commune.

Le cancer secondaire du foie est souvent latent; les nodosités qu'il renferme sont trouvées à l'autopsie sans que rien ait pu faire prévoir leur existence pendant la vie. D'autres fois, les phénomènes hépatiques sont tellement prédominants, qu'ils masquent entièrement la lésion première, le cancer primitif. L'ictère, l'augmentation du volume de l'abdomen, les nodosités développées sur le bord du foie, au-dessous des fausses côtes, attirent surtout l'attention. Le cancer de l'estomac sous-jacent passe ainsi au second plan; il devient facile de le méconnaître.

L'étude du sarcome, des mélanomes, des kystes non parasitaires et des angiomes, termine l'ouvrage.

Le traité des maladies du foie, de MM. Hanot et Gilbert, était impatiemment attendu. La lucidité parfaite de la conception, la clarté élégante et sobre du style, la méthode et l'exactitude dans l'exposition, sont des qualités de premier ordre, que les deux auteurs, le maître et l'élève, possèdent au plus haut degré. Elles assurent le succès d'un ouvrage dont les prémices sont si heureuses.

Notre affection de vieille date pour les deux auteurs, notre estime pour leur caractère scientifique, nous rendent particulièrement agréable ici la tâche du bibliographe.

La mort par la décapitation (1), par le docteur Paul Loye.

M. P. Loye a écrit un véritable traité de la décapitation considérée au point de vue théorique, c'est-à-dire dans sa physiologie, et au point de vue pratique, — si l'on peut s'exprimer ainsi, — c'est-à-dire au point de vue des questions médico-légales et de la peine de mort par décollation.

Si cette question de la mort des décapités s'est posée aux physiologistes, c'est surtout parce qu'on s'est demandé si la vie et la conscience persistaient dans la tête séparée du tronc, s'il n'y avait pas pendant une minute, pendant une seconde de survie, un état d'horrible angoisse dans ce cerveau conscient; si la guillotine avait aboli la torture ainsi que le voulaient ceux qui en ont fait l'instrument légal de la suppression des condamnés.

M. P. Loye, par une longue pratique de la guillotine, est arrivé à cette conclusion, que le chien meurt pas asphyxie après la décollation, l'homme par inhibition des centres nerveux. Chez le premier, il se produit pendant plus de deux minutes des grimaces dans la tête et des mouvements du corps. Chez l'homme, l'immobilité immédiate, absolue, définitive, par la stupeur brusque qu'amène le traumatisme nerveux : aussi n'y a-t-il aucune manifestation qui indique la persistance de la vie dans la tête séparée du tronc.

Pour tuer le chien comme l'homme par la guillotine, il faut que la section porte non plus sur le cou, mais sur la base du crâne et atteigne la région bulbaire : alors pas plus de mouvements respiratoires, de bâillements que chez l'homme, plus de mouvements convulsifs du tronc.

Le nœud vital chez l'homme s'étendrait à toute la hauteur de la moelle cervicale; conclusion qui n'est pas obligatoire, l'excitation à distance du centre respiratoire suffisant, il semble, pour rendre compte des choses.

Exceptionnellement, renseignement pris auprès des exécuteurs des hautes-œuvres, il y aurait chez l'homme quelques très légers mouvements respiratoires au bout d'une ou deux minutes. Le bulbe, dans ce cas, a conservé assez de sang pour que la vie se réveille alors qu'a disparu l'effet de l'inhibition traumatique.

Quand la décapitation est incomplète, ce qui est habituellement le fait d'un assassinat, la mort a lieu par asphyxie.

On sait qu'à propos du triple assassinat commis par Pranzini, la question s'est posée de savoir quel était l'ordre dans lequel la mort avait dû survenir chez les victimes. Il y avait là une question d'héritage, pour les familles de ces victimes. M. le professeur Brouardel n'a pas pu fournir de réponse à cette question, faute d'un point de repère, d'une caractéristique physiologique de la mort. Chez un décapité, le cœur peut présenter des contractions pendant plusieurs heures après la décollation. Peut-on dire qu'il soit encore vivant?

Arrivons au côté pratique de la question, à la peine de mort par décapitation. Que MM. les assassins se rassurent, la guillotine est un très bon instrument, très fidèle dans son action, chez l'homme. Pour les chiens qui meurent asphyxiés, la chose serait peut-être moins certaine, mais, en général, la guillotine n'est pas faite pour eux. La guillotine est encore ce qu'on a trouvé de mieux, de plus rapide et de plus sûr. Il est difficile de soutenir qu'un homme décapité n'est pas mort. La fulguration elle-même, en vogue en Amérique, ne prévaudra pas. Que MM. les exécuteurs aussi, spécialistes de la guillotine, se rassurent, il n'y a pas de raison pour qu'on leur substitue des électriciens, ou qu'on exige d'eux une connaissance technique suffisante des appareils électriques les plus perfectionnés.

De l'asthme dans l'enfance et de son traitement (2), par le docteur Moncorvo.

Les leçons, consacrées par M. Moncorvo à l'étude de l'asthme chez les enfants, constituent une intéressante monographie de

(1) In-8° de 280 pages. Prix : 6 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.
(2) Un vol. in-8°. Prix : 3 fr. 50. — Paris, O. Berthier.

cette maladie, considérée dans le jeune âge où elle est souvent méconnue. Souvent au début du traitement, M. Moncorvo donne un vomitif (ipéca). Il recommande ensuite la teinture de lobélie enflée qu'il donne à dose élevée (8, 10, 12 et 15 grammes); l'iodure de potassium et les inhalations de pyridine qui lui ont donné d'excellents résultats. Les injections de morphine, si utiles chez l'adulte, ne peuvent être employées que chez les enfants déjà d'un certain âge, et encore, avec la plus grande prudence.

Recherches cliniques sur le délire hypochondriaque, valeur séméiologique (1), par A. Journiac.

L'hypochondrie, qu'étudie M. Journiac, n'est pas l'hypochondrie des anciens qui correspond à la neurasthénie moderne, ce sont les préoccupations tristes, le délire hypochondriaque.

Ces phénomènes hypochondriaques, dont la nosophobie est l'expression la plus fréquente, ne constituent pas un type morbide défini. Ils peuvent se rencontrer comme détermination symptomatique, prédominante ou secondaire, dans les états psychopathiques les plus variés. On les rencontre, plus ou moins systématisés, chez les dégénérés. Chez les paralytiques généraux, dans le délire chronique, la mélancolie, l'hypochondrie peut emprunter à la maladie principale ses allures générales. L'hypochondrie des paralytiques généraux peut, par exemple, avoir des caractères particuliers, mais, d'une façon générale, ce symptôme ne suffit pas pour établir un diagnostic. « L'hypochondrie n'a de valeur diagnostique que par l'état mental sur lequel elle se greffe. » Albert Mathieu.

SOUSCRIPTION

EN FAVEUR DE LA VEUVE D'UN CONFRÈRE

QUATORZIÈME LISTE

Mme de Coëtlosquet (de Rambervillers)	50 fr.
MM. les docteurs Duprilot (de Chevreuse). . .	10
— Le Conte (de Landivisiau) . .	5
— Legendre (de Bonny-sr-Loire).	10
M. le directeur des Eaux de Pougues.	20
Anonyme (Le Dorat)	5
— (Paris)	20
Treizième liste.	5652
Total.	5772 fr.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 17 novembre 1888, a été nommé dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin principal. — M. Martinenq, médecin principal de la marine en retraite.

— Par décision ministérielle, en date du 15 novembre 1888, M. Alix, étudiant en médecine, à douze inscriptions, a été nommé à l'emploi d'élève du service de santé militaire, en remplacement de M. Allard, démissionnaire, et affecté à l'hôpital Desgenettes, à Lyon.

— Le concours d'agrégation de médecine s'ouvrira le 15 décembre prochain. Sont nommés : 1° juges titulaires : MM. Brouardel, Jaccoud, Cornil, Grancher, Dieulafoy, Coyne (de Bordeaux), Arnould (de Lille), Tessier (de Lyon) et Kiener (de Montpellier) ; 2° juges suppléants, MM. Proust, Hayem, Laboulbène et Ball.

— Les dernières questions traitées au concours de l'externat sont les suivantes : « Humérus ; diaphragme ; crosse de l'aorte ; veines du membre inférieur. »

(1) In-8° de 90 pages. Prix : 2 fr. 50. — Paris, Lecrosnier et Babé.

— Le troisième dîner des anciens médecins et pharmaciens de la marine a eu lieu le mardi 6 novembre, au Cercle militaire de l'avenue de l'Opéra, sous la présidence de M. le docteur Ad. Nicolas. Plusieurs médecins de la province s'étaient joints à leurs confrères de Paris. On peut considérer l'Association comme fondée désormais. On s'en tiendra, jusqu'à nouvel ordre, aux deux dîners annuels, sans autre participation pécuniaire. Le prochain dîner est fixé au 28 mai 1889. Les adhésions conditionnelles ou définitives peuvent être adressées, dès à présent, au président.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Charles Frémy, médecin honoraire des hôpitaux de Paris.

— Le dispensaire de salubrité de la préfecture de police sera transféré, à partir du 1er janvier 1889, à la prison de Saint-Lazare.

— Un concours pour une place de chirurgien adjoint des hôpitaux de Marseille s'ouvrira le lundi 11 mars 1889, à trois heures. Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat de la Commission administrative des hospices civils de Marseille, à l'Hôtel-Dieu de cette ville.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Roux est maintenu dans les fonctions de préparateur des travaux pratiques de chimie.

M. Manseau est nommé préparateur du cours de chimie, en remplacement de M. Bonnans, démissionnaire.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Amiel est nommé préparateur d'anatomie.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Cassagné est nommé aide de médecine opératoire, en remplacement de M. Teulon, démissionnaire.

M. Guy est maintenu dans les fonctions d'aide-préparateur du laboratoire d'hygiène.

— *École de médecine d'Amiens.* — M. Wallet est maintenu dans les fonctions de chef des travaux physiques et chimiques.

— *École de médecine de Marseille.* — M. Féral (Gabriel-Frédéric-Louis-Prosper) est chargé des fonctions de préparateur des chaires d'histoire naturelle, de physique et de matière médicale, en remplacement de M. Ouillié, démissionnaire.

M. Gourret, docteur ès sciences, est chargé des fonctions de suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

— *Faculté des sciences de Besançon.* — M. Maldiney est nommé préparateur de physique.

— *Faculté des sciences de Lyon.* — M. Depéret, docteur ès sciences, est chargé d'un cours de géologie et minéralogie.

— *Faculté des sciences de Marseille.* — M. Vasseur, docteur ès sciences, est chargé d'un cours de géologie et minéralogie, en remplacement de M. Depéret, nommé à Lyon.

— M. le docteur Dévé, professeur au collège de Beauvais, est nommé membre du Comité d'inspection et d'achats de livres, près la bibliothèque de cette ville.

— M. Balbiani, professeur d'embryogénie comparée au Collège de France, est autorisé à se faire suppléer par M. le docteur Félix Henneguy, licencié ès sciences naturelles.

— M. Marey, professeur d'histoire naturelle des corps organisés au Collège de France, est autorisé à se faire suppléer par M. François-Franck.

— M. le docteur P. Bouloumié commencera son cours de thérapeutique hydro-minérale, le mardi 20 courant, à cinq heures, à l'École pratique (amphithéâtre n° 2), et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

Ce cours, en 12 leçons, comprendra une étude sommaire des eaux minérales et de leur classification, une étude comparative de leurs indications et contre-indications et de leurs applications thérapeutiques.

— M. Giard commencera le cours d'évolution des êtres organisés (fondation de la Ville de Paris), à la Faculté des sciences, le jeudi 22 novembre, à trois heures et demie, et le continuera les jeudis suivants à la même heure, dans l'amphithéâtre d'histoire naturelle. Des conférences seront faites par le professeur, les samedis à dix heures et demie. Elles commenceront le samedi 24 novembre.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant, ci-après, la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 134. — JEUDI 22 NOVEMBRE 1888. 61e ANNÉE. JEUDI 22 NOVEMBRE 1888. — N° 134.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Comme bien nous le pensions, le rapport lu par M. Verneuil dans la séance du 30 octobre (Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 1161), sur la nature infectieuse du tétanos, va devenir le point de départ d'une discussion intéressante. M. Alphonse Guérin a pris le premier la parole aujourd'hui et a discuté l'opinion soutenue par M. Verneuil. Il nous paraît regrettable que la discussion ait été ouverte avant que M. Verneuil n'ait communiqué la seconde partie de son travail.

Nos lecteurs se rappellent que deux points ont été soulevés dans le rapport de M. Verneuil, le premier ayant trait à la nature infectieuse et à la contagiosité du tétanos, le second à son origine. Or, M. Verneuil n'a jusqu'ici traité que le premier point; la discussion ne devrait donc porter que sur ce premier point, et M. Alphonse Guérin nous semble avoir été un peu trop prompt à réfuter l'origine équine du tétanos, sur laquelle M. Verneuil ne s'est pas encore prononcé, au moins devant l'Académie.

Quant à sa nature infectieuse, voici comment M. Verneuil résumait son opinion :

« 1° La transmission inter-humaine, qu'on ne saurait contester en principe, n'est encore démontrée que par un petit nombre de faits;

2° Cette transmission ne paraît pas emprunter la voie atmosphérique et semble se faire exclusivement par contact direct ou indirect;

3° Le premier mode « contagion immédiate » n'est encore établi par aucun fait décisif; le second mode « contagion médiate » s'appuie, au contraire, sur des observations cliniques assez nombreuses;

4° Il est très difficile encore de démontrer le véritable agent du transport parmi les intermédiaires nombreux et variés, échelonnés entre le premier tétanique et les suivants;

5° Cette recherche doit donc être poursuivie avec opiniâtreté, car seule elle nous apprendra à prévenir un mode d'extension du mal, rare peut-être, mais tout à fait indiscutable. »

Ces conclusions ne sont adoptées qu'en partie par M. Guérin. En effet, s'il admet la transmissibilité du tétanos de l'homme à l'homme, il sépare l'idée de contagion de celle d'infection et regarde le tétanos comme une maladie inoculable, virulente, mais non contagieuse, la comparant, en cela, à la rage. Insistant, en outre, sur un côté de la question qui a été complètement laissé dans l'ombre par M. Verneuil, sur l'anatomie pathologique, M. Alph. Guérin considère le tétanos comme une myélite partielle aiguë. Il a fait lui-même un assez grand nombre d'autopsies de malades morts tétaniques, et il déclare avoir toujours trouvé un état congestif de la moelle. Ce fait a, pour M. Guérin, d'autant plus d'importance que c'est, selon lui, dans cette lésion médullaire qu'il faut chercher l'agent virulent, micro-organisme probable, du tétanos. Mais on ne manquera pas d'objecter à M. Guérin que cette myélite est loin d'être constante dans le tétanos, qu'il existe un grand nombre d'autopsies absolument négatives, si bien que, pour la plupart des auteurs, aujourd'hui cette congestion médullaire ne serait qu'un épiphénomène amené par la suractivité des éléments nerveux. Cela en diminue donc singulièrement l'importance au point de vue de la virulence ou du siège de l'agent virulent.

La première partie de la séance a été occupée par deux communications, l'une de M. Odo Bujwid (de Varsovie), sur le traitement de la rage par les méthodes de M. Pasteur, l'autre de M. Béchamp (de Lille) sur le lait, dont on trouvera le résumé au compte rendu.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. DESPRÉS.

Sarcome du testicule. — Diagnostic et castration.

(Leçon recueillie par M. A. TUILANT, interne du service.)

Les tumeurs du testicule ont bien souvent donné lieu à des erreurs de diagnostic. Nombre de cancers ont été traités improprement pour des tumeurs bénignes, et cela a fait souvent perdre un temps précieux. Nous avons, en ce moment, un malade qui va me permettre de vous montrer comment on doit arriver au diagnostic dans les cas en apparence difficiles, quand on ne peut recueillir même qu'un ou deux signes absolument positifs.

Le malade que nous avons à opérer aujourd'hui est por-

teur d'une tumeur testiculaire, dont le début remonte à dix-huit mois environ. C'est un homme d'une constitution robuste, d'une taille au-dessus de la moyenne, âgé de trente-quatre ans et exerçant la profession de portefaix aux Halles.

Son père et sa mère sont vivants et bien portants.

Quant à lui, il a eu la variole en 1870 et, quelque temps après, une fièvre typhoïde grave qui l'a retenu trois mois au lit. A plusieurs reprises, de vingt à vingt-cinq ans surtout, à la suite d'excès alcooliques, il a été traité pour un écoulement uréthral. Pas de syphilis. Éthylisme avéré.

A l'âge de trois ans, on lui fait porter un bandage inguinal droit pour maintenir une hernie, dit-il, de petit volume et facilement réductible. Cette infirmité le fait exempter du service militaire. J'ajoute peu de crédit à ce diagnostic antérieur.

Il y a deux ans, le malade constate que sa tumeur herniaire augmente de volume; elle devient dure et sensible à la pression; la réduction se fait moins facilement qu'auparavant. Pas de changement notable pendant un an et demi. Enfin, il y a six mois, la tumeur, descendue dans la bourse, s'entoure d'une poche fluctuante qui, aux yeux des médecins consultés, ne parut être autre chose qu'une hydrocèle de la tunique vaginale.

A mesure que se manifestent ces symptômes physiques, le sujet maigrit rapidement; il affirme que, depuis un an, il a perdu 20 livres de son poids. L'appétit est cependant conservé et il ne souffre pas.

A son entrée à l'hôpital, on peut constater, à droite du scrotum, une tumeur transparente, nettement fluctuante, non adhérente aux téguments, du volume d'une très grosse orange, présentant, en un mot, tous les signes d'une hydrocèle de la tunique vaginale, avec cette différence cependant que la tumeur est parfaitement arrondie au lieu d'être piriforme. Le trajet inguinal est absolument libre, et il n'y a point de hernie apparente.

Cet épanchement rend difficile l'exploration du testicule. Cependant, en pressant un peu fortement sur sa partie postérieure et inférieure, on perçoit une induration profonde. Le testicule est plus gros et plus dur que dans une hydrocèle ordinaire.

Pas d'engorgement dans l'aine. Le cordon, facilement accessible, est souple. Néanmoins, je le dis de suite, je soupçonnai l'existence d'une tumeur maligne du testicule.

La ponction de l'hydrocèle, pratiquée deux jours après l'entrée du malade dans le service, donne issue à un liquide citrin assez fortement teinté de sang. On constate alors que le testicule a environ deux fois son volume normal, qu'il est assez souple et que la sensibilité spéciale qu'il possède à l'état sain est presque complètement disparue. Il fait corps avec l'épididyme, qui paraît constituer une masse avec le testicule, et semble se prolonger en haut. Dans l'épaisseur du cordon, il y a deux ou trois petites irrégularités sur le trajet du canal déférent.

En présence de ces symptômes fonctionnels et physiques, quel sera le diagnostic ? On peut envisager cinq hypothèses : inclusion fœtale, sarcocèle tuberculeux, orchite chronique d'origine blennorrhagique, orchite scrofuleuse, cancer du testicule.

L'inclusion fœtale intra-testiculaire, bien étudiée par M. Olivier (d'Angers), dans sa thèse inaugurale, peut être considérée, d'une façon générale, comme une trouvaille d'autopsie. Cependant ici, si l'on songe que notre malade est porteur d'une tumeur scrotale depuis sa plus tendre enfance, il y a quelques réserves à faire pour ce cas particulier.

L'orchite chronique blennorrhagique peut être éliminée *a priori*, le malade n'ayant pas présenté de symptômes de longue durée nettement accusés du côté des voies génito-urinaires. D'ailleurs, il est rare de voir l'orchite d'origine blennorrhagique envahir à la fois et d'emblée le testicule et l'épididyme et de voir des bosselures sur le premier organe.

L'orchite scrofuleuse a contre elle les antécédents et le bon état général du sujet, et il est très rare qu'elle soit compliquée d'hydrocèle.

Il en est de même du sarcocèle tuberculeux. De plus, l'intégrité absolue de la prostate et des vésicules séminales nous pousse à rejeter ce diagnostic.

Nous croyons devoir nous arrêter au diagnostic de tumeur maligne, et plus particulièrement à celui de sarcome. En effet, le squirrhe et l'épithélioma sont rares dans le testicule : il n'en est pas de même du sarcome à petites cellules, puisque, sur soixante cas de sarcome du testicule, Ludlow en a rencontré cinquante chez des individus ayant de vingt-cinq à quarante ans. Le malade est encore jeune, trente-six ans, et c'est la période de la vie où l'on observe le plus de cancers du testicule. Le cancer, en effet, est plus généralement le privilège de l'âge adulte. Rare dans l'enfance, il est extrêmement rare chez les vieillards. L'on peut se demander, enfin, si cette tumeur soi-disant herniaire, pour laquelle notre malade a été traité pendant son enfance, n'était pas un testicule en ectopie; et cela est d'autant plus présumable, qu'actuellement on ne trouve pas trace de hernie dans le trajet inguinal ou dans les bourses. Or, l'on sait que cette disposition anatomique favorise singulièrement l'évolution d'une tumeur maligne chez les malades qui en sont affectés; il y a, toutes proportions gardées, plus de cancers sur les testicules en ectopie que sur les testicules normalement descendus.

Un signe d'une tout autre importance, et sur lequel nous insistons plus particulièrement, puisque, à lui seul, il nous a mis sur la voie du diagnostic, c'est l'amaigrissement rapide d'un sujet présentant, en apparence, tous les signes d'une bonne santé. Les douleurs spontanées, les douleurs lancinantes manquaient, et cela n'est pas exceptionnel; mais la présence de stries sanguinolentes dans le liquide épanché dans la vaginale a confirmé notre diagnostic.

Nous n'avons pas hésité un instant et, si j'ai pratiqué la ponction de l'hydrocèle avant de vous faire cette leçon, c'est que j'ai voulu d'abord rendre l'opération plus facile. Dans le cas où il y aurait eu réellement une hernie, il fallait en constater la présence ou l'absence avant l'opération.

Si le pronostic de l'opération, que nous allons pratiquer, est bénin, il n'en est pas de même de celui de la tumeur. Nous nous trouverons, en effet, en présence d'un sarcome à marche rapide que l'on appelait autrefois le cancer encéphaloïde, et il est à craindre que la castration ne donne pas à notre malade une survie de plus de deux ans.

Nous allons pratiquer la castration avec la ligature séparée des vaisseaux, suivant les habitudes du service.

Castration. — Le scrotum est rasé du côté à opérer.

Le malade étant chloroformisé, la peau est divisée en croissant sur la face antéro-externe de la bourse droite, depuis l'orifice externe du canal inguinal jusqu'au point le plus déclive du scrotum; une autre incision en croissant

circonscrit un lambeau de peau destiné à être enlevé avec la tumeur.

Le testicule et le cordon, entourés de la tunique vaginale, sont énucléés, puis disséqués jusqu'au niveau de l'anneau inguinal externe.

Le cordon est coupé au-dessus de la tumeur, et les artères qui entrent dans sa constitution (spermatique, funiculaire et déférentielle) sont liées isolément et à mesure qu'elles se présentent sous le bistouri.

Les lèvres de la plaie sont réunies, dans leurs deux tiers supérieurs, par deux sutures entortillées. Drainage.

Pansement avec linge cératé et charpie imbibée d'alcool camphré.

Pendant les trois jours qui suivent l'opération, le malade a, le soir, une température qui varie de 38 degrés à 38°4.

Quinze jours après, la plaie opératoire est cicatrisée sur la plus grande partie de son étendue; le malade se lève. Au bout d'un mois, il sort de l'hôpital complètement guéri.

L'examen microscopique a montré qu'il s'agissait d'un cancer appelé sarcome à petites cellules, avec une très petite quantité de tissu conjonctif organisé. C'est donc un cancer mou, une des formes les plus graves des cancers du testicule, et dont les symptômes, à part la marche rapide et l'amaigrissement des malades, ne sont pas en rapport avec le pronostic très grave de la tumeur.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Jaccoud.

Anévrysmes aortiques syphilitiques; historique et pronostic des lésions syphilitiques de l'appareil circulatoire; nécessité d'un diagnostic précoce et d'un traitement immédiat et énergique.

(Leçon recueillie par M. R. Pichevin, interne des hôpitaux.)

Je veux vous parler d'une malade couchée au n° 18 de la salle Laënnec et que j'observe depuis plus de deux ou trois ans. Cette femme âgée de cinquante-quatre ans, cuisinière de son état, se plaignait, au moment de son entrée à l'hôpital, de trois symptômes qui attirèrent immédiatement mon attention sur l'aorte. Voici ces symptômes indicateurs : 1° douleurs intra-thoraciques dans la partie supérieure droite de la poitrine; 2° battements continuels entre les épaules et sous la clavicule droite; 3° vertiges qui se produisaient ou s'exagéraient dès que la malade se baissait. L'examen direct ne tardait pas à me révéler qu'il s'agissait d'une lésion de l'aorte, mais je dois dire tout d'abord, qu'en janvier 1883, M. Moizard avait reconnu, chez cette femme, l'existence d'une dilatation aortique et qu'il n'avait pas hésité à lui administrer de l'iodure de potassium et à lui appliquer une série de vésicatoires sur la région précordiale. A la suite de ce traitement, la malade avait obtenu une pseudo-guérison pendant deux ans environ. A la fin d'octobre 1885, comme elle ressentait de nouveaux troubles, elle se décida à rentrer à l'hôpital.

Quels étaient les signes constatés en novembre 1885? L'inspection de la région antérieure de la poitrine faisait constater un ébranlement systolique de la moitié droite du thorax; mais seulement pendant l'arrêt de la respiration. A la vue, on remarquait l'élévation notable des artères sous-clavières qui battaient avec une force inaccoutumée. Ce phénomène était plus visible à droite. A *la palpation*, on percevait de l'exagération des battements des artères sous-clavières et des axillaires. Le doigt, introduit au niveau de la fourchette sternale, faisait constater l'élévation anomale et les battements de la crosse aortique. La *percussion* indiquait nettement que la matité s'étendait, en haut, jusqu'à la fourchette du sternum et qu'elle débordait à droite le sternum de 2 ou 3 centimètres. L'auscultation révéla un bruit systolique à la pointe du cœur, et l'existence d'un souffle de moyenne intensité, au ras du bord droit du sternum, dans le deuxième espace intercostal. A un travers de doigt plus à droite, ce dernier souffle avait une intensité plus grande. Son timbre métallique était à la fois creux et musical. Ce souffle était formé par la réunion de deux autres : le premier, nettement systolique; le second, post-systolique. La propagation se faisait dans la région axillaire.

La région postérieure était intéressante à examiner. Il y avait un soulèvement isochrone à la systole cardiaque, entre les deux épaules, depuis la septième cervicale jusqu'à la cinquième dorsale. La palpation de la région inter-scapulaire faisait percevoir des pulsations profondes. La matité était surtout marquée, à droite de la colonne vertébrale, de la première côte jusqu'à la quatrième. On entendait un souffle systolique, dur, rapeux, extrêmement intense et se propageant par l'intermédiaire des vertèbres jusqu'à l'occiput. Le maximum du souffle existait au niveau du deuxième espace et du troisième, entre la colonne et chaque omoplate. J'ajoute que les deux pouls radiaux étaient isochrones, et que le pouls droit était plus fort que le gauche.

Mon diagnostic était : dilatation de l'aorte ascendante et de la crosse; double anévrysme, l'un petit au-dessus des sigmoïdes aortiques, l'autre énorme, situé en arrière de la crosse entre le tronc brachio-céphalique et la carotide gauche. Il y avait, en outre, médiastino-péricardite.

Mais quelle était la cause de ces tumeurs anévrysmatiques? Le diagnostic étiologique s'imposait : la malade avait une perforation de la voûte palatine qui disparut rapidement sous nos yeux, grâce au traitement ioduré. La malade était donc syphilitique et ses anévrysmes étaient dus à la vérole. Telles étaient nos conclusions, au commencement de 1886.

Cette femme a traversé, depuis cette époque, deux crises qui auraient pu amener une catastrophe. Elle a eu un érysipèle et une pneumonie. Ces deux épisodes pathologiques n'ont eu aucun retentissement fâcheux sur l'appareil cardio-vasculaire. Bien mieux, grâce au traitement, sur lequel je reviendrai, une amélioration très appréciable a été obtenue jusqu'à ce jour.

L'ébranlement thoracique, que l'on constatait en avant, n'existe plus. Les battements n'y sont plus visibles ni tangibles. Pour constater les battements en arrière, il faut appuyer fortement et, au lieu de les sentir des deux côtés de la colonne, avec la même force, on les perçoit mieux à gauche. Les bruits anomaux ont persisté, mais ils sont moins marqués. Le souffle qui était double est unique maintenant. En somme, je constate aujourd'hui une amélioration considérable. Cette femme ne souffre plus. Ses lésions ont été heureusement modifiées. J'estime que la poche du gros anévrysme postérieur est plus éloignée de la paroi thoracique postérieure. Je ne doute pas qu'il y ait eu formation de plusieurs couches de caillots dans la poche anévrysmatique.

Lors de ma leçon de janvier 1886, j'avais réuni 22 observations d'anévrysmes syphilitiques de l'aorte. A l'heure actuelle il en existe 30 : 2 concernent l'aorte abdominale et

28 l'aorte thoracique. La tumeur siège de préférence entre le tronc brachio-céphalique et la carotide gauche. Souvent l'anévrysme d'origine syphilitique est multiple. Dans le cas de M. Vallin il y en avait 4, dans les observations de MM. Malécot et d'Orlibar il y en avait 3.

Mais s'il est parfaitement avéré que la vérole engendre des anévrysmes, il s'en faut que tous les anévrysmes, dits syphilitiques par les observateurs, soient en réalité d'origine syphilitique. Tous les malades ont eu la vérole, c'est vrai, mais n'y avait-il pas simplement coïncidence de la syphilis et d'un anévrysme chez le même individu? Pour pouvoir affirmer la vérole viscérale, il faut que le patient soit en puissance actuelle d'accidents syphilitiques. Si j'apporte cette rigueur dans l'examen des cas publiés, je ne trouve que huit ou neuf observations authentiques et démonstratives. D'où vient cette rareté? Je pense qu'elle est due à ce fait, que l'attention n'a pas été suffisamment fixée sur cette question d'étiologie et, qu'en outre, les altérations syphilitiques sur l'appareil circulatoire n'ont été connues que tardivement. On trouve bien dans la science quelques cas isolés, avant l'année 1869, mais aucun travail d'ensemble n'avait été fait avant le mémoire de M. Lancereaux (1873), et celui de Hubner (1874, artérite syphilitique des artères cérébrales).

Les altérations syphilitiques du cœur ont été signalées plus tôt, d'abord en 1775, à la Société royale de médecine, puis par Corvisart, M. Ricord et Lebert.

En 1857, Virchow fit paraître dans son important ouvrage, la *syphilis constitutionnelle*, le premier travail didactique sur le cœur syphilitique.

Tel est l'historique des altérations syphilitiques de l'appareil vasculaire.

Mais quel est le pronostic des anévrysmes syphilitiques et en particulier de ceux de l'aorte?

Malgré le succès que j'ai obtenu chez ma malade, j'affirme que ce pronostic est fâcheux. Et cependant on pense volontiers que ce qui est sous la dépendance de la syphilis est curable! c'est vrai et c'est faux. Je m'explique. Comment la syphilis établit-elle l'anévrysme? Par l'intermédiaire de l'artérite. Or, MM. Leudet et Lancereaux prétendent que l'artérite syphilitique pouvait guérir, à cette période initiale des altérations syphilitiques, dans la phase *pré-anévrysmatique;* oui, la syphilis de l'aorte est curable et le pronostic diffère singulièrement de celui de la deuxième période ou anévrysmatique. Dans cette phase ultime, la tumeur est constituée, les lésions sont définitives ou à peu près. Le caractère spécifique disparaît pour ainsi dire, l'anévrysme, quoique d'origine syphilitique, n'est pas plus accessible au traitement anti-vénérien que le rétrécissement syphilitique du rectum. Quoique l'anévrysme soit sous la dépendance de la syphilis, le pronostic n'est pas meilleur que celui des anévrysmes vulgaires. La statistique le prouve. Peut-être cependant l'*amélioration* que l'on peut obtenir est-elle plus durable!

A mon sens, la curabilité des lésions syphilitiques de l'aorte n'existe donc qu'à la période pré-anévrysmatique.

Ma malade est un des deux exemples de longue survie. Elle est améliorée mais non guérie. Pourquoi est-elle améliorée? A cause de la précocité et de la ténacité du traitement. Vous vous souvenez que, dès janvier 1883, au début de son affection, probablement à la fin de la période pré-anévrysmatique, M. Moizard avait administré de l'iodure de potassium à cette femme, qui avait continué, à sa sortie de l'hôpital, à en prendre pendant quelques mois. J'ai fait suivre sans relâche, à ma malade, un traitement sur lequel je reviendrai.

Persistance et précocité d'une thérapeutique active, voilà les deux éléments qui m'ont permis d'obtenir l'amélioration dont je vous ai parlé.

Il faut donc s'astreindre à examiner l'appareil circulatoire chez les syphilitiques, alors même qu'aucun signe ne nous y invite. D'habitude, l'anévrysme apparaît longtemps, plusieurs années, après le chancre. Très exceptionnellement, les lésions syphilitiques ont pu cependant se révéler cliniquement au bout de deux ans; dans un cas, au bout de treize mois; dans un autre, à partir de la contamination vénérienne. Si nous ajoutons à cette notion que l'aortite syphilitique pré-anévrysmatique, sans dilatation, peut déterminer la mort, comme on en trouvera un exemple de Türner, dans le *Bulletin de la Société anatomique de Londres*, 1887, on n'hésitera pas à conclure qu'il est de toute nécessité de chercher systématiquement l'aortite chez les syphilitiques, de s'enquérir de l'état de leur système artériel, et, au moindre signe suspect, d'intervenir tout de suite.

Le traitement consiste dans l'administration de l'iodure de potassium ou de sodium. Mais il faut donner au moins 4 grammes par jour, et continuer le traitement avec une persistance que rien ne devra ébranler. S'il survient des accidents d'iodisme, il faut cesser pendant un jour ou deux, mais on devra recommencer avec ténacité. Ma malade a été soumise à l'iodure, et de plus j'ai exigé d'elle le repos absolu au lit, et je ne lui ai donné que du lait pour toute nourriture. Telle est la conduite que vous devrez toujours suivre en pareil cas.

HERNIE AD-OMBILICALE ÉTRANGLÉE

CURE RADICALE; GUÉRISON.

Par M. le docteur G. Houzel (de Boulogne-sur-Mer),
Membre correspondant de la Société de chirurgie.

Autrefois la hernie ombilicale étranglée était la terreur des chirurgiens qui préféraient l'abandonner aux seuls efforts de la nature, plutôt que d'intervenir; aujourd'hui, grâce à la révolution amenée en chirurgie par l'application de la méthode antiseptique, elle est opérée et guérie comme toute autre hernie. Avant 1875, presque toutes les tentatives d'intervention avaient été désastreuses. Richter, Huguier préconisaient l'abstention systématique, et dans la discussion qui eut lieu, à cette époque, devant la Société de chirurgie, M. le professeur Verneuil déclarait qu'il fallait repousser l'intervention, en se basant sur une statistique d'après laquelle l'opération ne donnait que 2 p. 100 de guérisons, tandis que l'expectation en donnait 25 p. 100.

La statistique de Gosselin (1) était particulièrement désolante : 7 opérations, 7 morts; 10 temporisations avec 2 guérisons et 8 morts. Mais, avec son grand sens clinique, ce chirurgien ne désespérait pas, car malgré ces chiffres, il concluait en disant : « La génération à laquelle vous appartenez arrivera peut-être à des chiffres meilleurs. J'entrevois la possibilité de progrès nouveaux dans le perfectionnement des procédés de taxis et dans le pansement après l'opération. » Cette prophétie se réalisa bientôt. En 1881,

(1) *Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Charité*, 1879, t. III, pp. 604 et 606.

M. Terrier (1) vint défendre, devant la Société de chirurgie, la cause de l'intervention : il le fit avec tant de talent qu'il entraîna la conviction. M. le professeur Verneuil déclara spontanément qu'il fallait revenir sur les idées qui étaient vraies en 1875, « car maintenant dit-il, il y a un assez grand nombre d'opérations heureuses, pour que l'on considère l'intervention comme parfaitement indiquée dans les hernies petites ou moyennes ». La hernie ombilicale ne fait plus bande à part, elle obéit aux mêmes règles que les autres, il n'y a qu'une seule indication de la respecter : la péritonite herniaire; en dehors de cela, après un taxis modéré, opérer de bonne heure et surtout avec une asepsie parfaite. Ces idées sont développées dans l'excellente thèse de M. Segond (2), le plus complet des travaux qui aient paru sur ce sujet. Sa statistique, qui commence à 1877, indique, sur 13 opérations, 2 décès et 11 guérisons. Quel chemin parcouru en peu d'années et combien nous sommes loin des chiffres vrais encore en 1875!

Quoi qu'il en soit, cette pratique n'est pas encore généralement admise par les chirurgiens qui, ayant quitté l'école avant qu'elle ne fût professée, n'ont pas été les témoins de ses merveilleux résultats, et qui restent un peu incrédules devant ce qu'ils appellent les témérités des jeunes. Pour les convaincre il faut des faits et encore des faits. A ce titre, il nous a paru intéressant de publier cette observation qui rentre dans la troisième catégorie établie par M. le professeur Trélat (3) : « Hernie ancienne, irréductible, dans laquelle il vient de se faire une entérocèle récente qui est le siège d'étranglement. »

Mme veuve D..., épicière, grasse et obèse, âgée de soixante-huit ans, portait, depuis trente ans, une volumineuse hernie ad-ombilicale irréductible, dont elle n'avait jamais souffert, bien qu'elle la comprimât avec un bandage mal fait. Étant atteinte de bronchite, à la suite d'une quinte de toux, le 22 avril 1888 au matin, elle ressentit de vives douleurs dans le ventre, sa hernie augmenta de volume et elle fut prise de vomissements incessants.

Son médecin fit, sans succès, une longue et laborieuse tentative de taxis, recouvrit la tumeur d'extrait de belladone et de cataplasmes, et prescrivit des lavements purgatifs.

La malade expulsa les matières contenues dans l'extrémité inférieure de l'intestin, mais n'en fut nullement soulagée, et continua à vomir. Les phénomènes d'étranglement persistèrent.

Nous fûmes appelé près d'elle à trois heures de l'après-midi. Fort abattue, il fallait l'interpeller vivement pour la tirer de sa torpeur, elle avait un souffle à la pointe du cœur et de gros râles dans les deux poumons; les derniers vomissements étaient fécaloïdes. Au-dessous et près de l'ombilic, se trouvait une tumeur aplatie, longue de 15 centimètres sur 10 de large, mate à droite et en haut, et n'offrant un peu de sonorité qu'en bas et à gauche, autant qu'on en pouvait juger, car le moindre attouchement y déterminait de vives douleurs; elle avait 5 à 6 centimètres d'épaisseur.

A cause des manœuvres antérieures et de la sensibilité, qui était fort vive, je jugeai qu'il était dangereux de renouveler le taxis ou de temporiser. L'opération fut pratiquée à sept heures du soir.

La malade fut endormie au chloroforme, qu'elle supporta bien, malgré sa bronchite et son souffle cardiaque.

Toutes les précautions antiseptiques furent prises : spray; lavage du champ opératoire au savon et à la brosse, puis à l'éther et enfin avec une solution tiède d'acide phénique au quarantième.

Une incision longitudinale de 10 centimètres, partant de l'ombilic, nous conduisit rapidement sur le sac qui, à peine ouvert, laissa échapper un peu de liquide rougeâtre et une masse d'épiploon plus grosse que le poing. En relevant doucement cet épiploon qui adhérait au collet du sac, adhérent lui-même à tout le pourtour de l'anneau sur les deux côtes et en haut, on voyait en dessous une anse intestinale longue d'environ 15 centimètres, fortement congestionnée et d'un rouge vineux.

Avant d'aller plus loin, pinçant de la main gauche le collet du sac en masse, afin d'interrompre toute communication possible avec la cavité péritonéale, nous lavâmes soigneusement l'épiploon, l'intestin hernié et le sac avec une éponge aseptique imbibée d'eau bouillie tiède; l'anneau étant fort serré, il fut nécessaire d'y pratiquer deux petits débridements en bas. L'intestin ayant alors été tiré légèrement pour vérifier l'état du point étranglé, puis lavé et épongé de nouveau avec de l'eau bouillie tiède, fut réintégré dans l'abdomen.

L'épiploon, serré à sa base par quatre ligatures en chaîne au catgut, fut réséqué au ras de l'anneau; le morceau enlevé était plus gros que le poing. Le sac fut alors disséqué avec les doigts et isolé. Tout fut facile jusqu'auprès de l'ombilic; mais là, l'épiploon et le sac adhéraient d'une manière si intime à la partie inférieure de l'anneau ombilical, que les séparer était chose impossible, il eût fallu les couper. Le jour baissait et le pouls devenait intermittent; il fallait se hâter. Le sac disséqué, tendu en haut au moyen des pinces à pansement, formait un entonnoir dont le fond était obturé par le moignon de l'épiploon. Les deux côtés de l'anneau, le sac, le moignon épiploïque furent traversés par un gros catgut double qui étreignit le tout dans une ligature en chaîne, et tout ce qui excédait fut réséqué.

Le moignon ayant été lavé à l'eau phéniquée forte, un drain ayant été placé dans la plaie, elle fut suturée au crin de Florence. Le pansement consista en gaze iodoformée, recouverte de gaze phéniquée, d'un makintosh et d'un épais matelas d'ouate hydrophile maintenu en place par un bandage de corps.

La malade reportée dans son lit se réveilla facilement et n'accusa plus de douleurs. La nuit ne fut troublée que par des vomissements chloroformiques.

Le 23. Température 37°4. Les vomissements s'éloignent, des gaz ont été rendus par l'anus.

Le 24. Nuit très bonne, plus de vomissements. Une limonade purgative provoque des gaz nombreux et deux selles très copieuses. Le soir le pouls est à 100, la température est à 37°8, c'est le plus haut qu'elle ait jamais monté. Le pansement renouvelé est à peine taché d'un peu de sérosité rougeâtre; le drain retiré est remplacé par une toute petite mèche de gaze iodoformée. La malade est gaie, bien éveillée, n'accuse aucune douleur et demande à manger.

Le 25. Température 37°3.

Les sutures ont été retirées le 30, la réunion était complète. Mentionnons cependant qu'un abcès gros comme une noisette a nécessité, le 7 mai, un coup de bistouri dans la cicatrice; il a guéri de suite.

Aujourd'hui, à la fin d'octobre, la guérison s'est maintenue complète; le moignon épiploïque obture complètement et solidement l'anneau, il n'y a pas la plus petite apparence de hernie, bien que l'opérée n'ait jamais consenti à porter qu'une large ceinture soutenant le ventre sans appuyer plus particulièrement sur l'anneau.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 novembre 1888. — Présidence de M. Hérard.

CORRESPONDANCE

Elle comprend :

1° Une lettre de M. Émile Vidal (d'Hyères), qui se porte candidat à une place de correspondant;

(1) *Bulletins de la Société de chirurgie*, 1881, t, VII, p. 17.
(2) *Cure radicale des hernies*, concours d'agrégation de 1883, pp. 265-351.
(3) *Bulletins de la Société de chirurgie*, 1881, p. 3 .

2° Une lettre de M. Gauly, interne des hôpitaux de Paris, qui se porte candidat au concours Vulfranc-Gerdy (1888);

3° Des plis cachetés de MM. Sicars (de Béziers) et Paulier.

COMMUNICATIONS

Traitement de la rage par diverses méthodes. — M. ODO BUJWID (de Varsovie), depuis le 29 juin 1886 jusqu'au 1er janvier 1887, a traité 104 personnes mordues par des chiens enragés ou suspects de rage. Il a employé le traitement simple de M. Pasteur, avec une seule inoculation par jour.

Le 23 novembre, il a eu un cas de mort chez un enfant de onze ans, mordu grièvement à l'avant-bras et qui n'avait commencé le traitement que neuf jours après la morsure. Le chien errant qui l'avait mordu n'a pu être retrouvé.

Après ce cas, et influencé par les travaux de M. Frisch (de Vienne), M. Odo Bujwid a voulu essayer un traitement plus faible encore; il n'a pas inoculé de moelles de plus de six ou sept jours. Pendant sept mois, il a inoculé 193 personnes à l'aide de cette méthode, il a eu 8 cas de mort.

Le 1er août 1887, il a appliqué, à deux personnes mordues grièvement à la tête par un loup, un traitement qui diffère peu du traitement intensif de M. Pasteur. Ces deux personnes ont guéri. Il a appliqué, quelque temps après, avec succès, ce même traitement à deux personnes mordues plus grièvement encore par une louve, et il a même été jusqu'à la moelle de deux jours, sachant que la virulence des moelles rabiques diminue pendant l'été.

Depuis seize mois que M. Odo Bujwid applique ce dernier mode de traitement, 370 personnes, mordues par des chiens reconnus enragés, ont été inoculées. Il n'a pas eu un seul cas de mort. Par contre, pendant ce laps de temps, 8 personnes non traitées sont mortes de rage à Varsovie ou dans les gouvernements voisins.

Le traitement intensif s'est donc montré non seulement inoffensif, mais encore très efficace.

Nouvelles recherches sur le lait au point de vue clinique et histologique. — M. BÉCHAMP rappelle qu'il y a un siècle, on écrivait que le lait est une émulsion contenant trois éléments : le beurre, le fromage et le petit lait, et l'on admettait qu'il pouvait se cailler spontanément.

Depuis cette époque, divers auteurs se sont occupés de cette question, entre autres Dumas qui regardait les globules du lait comme des cellules. Dans la suite, on a démontré qu'outre le fromage, le lait contient d'autres matières albuminoïdes.

Quant à lui, il est arrivé à se demander si le lait est un mélange purement physico-chimique. C'est un produit normal d'une fonction physiologique temporaire, sécrété après une longue préparation. Le lait apparaît toujours après le colostrum.

Il se demande s'il est permis de regarder les globules laiteux comme des globules graisseux, ainsi que le disait Dumas. Il tient à montrer que, dans le lait, il y a diverses matières albuminoïdes. Outre la caséine, il en a décrit deux nouvelles sous les noms de lactalbumine et de galactozymase. La caséine est soluble dans les alcalis et même un peu dans l'eau. Elle est incoagulable.

La lactalbumine est absolument insoluble dans l'eau et dans le carbonate d'ammoniaque.

M. Béchamp a constaté que ces divers corps sont en combinaison avec les alcalis.

Les globules du lait sont de véritables cellules; on peut les isoler et les étudier; ils ne s'altèrent pas; leur enveloppe est formée d'une substance de nature spéciale.

Il a pris pour type le lait de vache. Relativement aux divers laits, il a constaté que, contrairement à celui de la vache, le lait de femme ne se coagule pas spontanément; il ne contient pas de caséine, de telle sorte qu'on doit admettre qu'un des modes de coagulation est la caséine.

Cette coagulation est due à une microzymase que le lait renferme à l'état normal et dont il a pu suivre l'évolution bactérienne.

M. NOCARD fait observer que M. Béchamp semble admettre, comme un fait démontré, que le lait se coagule spontanément. C'est là, selon M. Nocard, une erreur et il s'engage à montrer à M. Béchamp du lait de vache qu'il a recueilli, il y a déjà longtemps, à l'abri de l'air et qui ne s'est jamais coagulé.

M. BÉCHAMP répondra ultérieurement à M. Nocard.

La strophantine. — M. LABORDE communique, au nom de M. Arnaud, une note sur la strophantine, dans laquelle l'auteur fait remarquer que les différentes strophantines dont on a parlé dans la dernière séance, n'ont pas été suffisamment étudiées au point de vue chimique et ne sont peut-être que des extraits de strophantus plus ou moins purifiés, ou de la strophantine impure encore souillée d'une forte proportion de matières extractives.

Au contraire, le corps cristallisé, extrait du strophantus, que M. Arnaud a présenté à l'Académie des sciences, a été défini et analysé de telle manière que la formule a pu en être déterminée ($C^{30} H^{48} O^{12}$).

Il n'existe donc pas actuellement plusieurs strophantines.

DISCUSSION SUR LE TÉTANOS

M. A. GUÉRIN rappelle tout d'abord les conclusions par lesquelles se termine le rapport présenté récemment par M. Verneuil sur la transmissibilité du tétanos et sa nature infectieuse. Ces conclusions indiquent que M. Verneuil, tout en admettant la nature infectieuse et la transmissibilité de la maladie, a formulé néanmoins, à leur égard, des réserves expresses. M. Guérin vient, dit-il, parler dans le même sens. Il tient à dire pourquoi des doutes s'élèvent encore dans son esprit.

Assurément le tétanos est inoculable. Les expériences de Carle et Rattone, celles de Nicolaier, etc., en ont donné la preuve. Mais ce qui n'est pas démontré, c'est que les agents de la transmission soient des micro-organismes. M. Guérin ne nie pas, il fait remarquer simplement que la démonstration n'est pas faite.

L'apparition du tétanos chez les blessés pansés selon la méthode de Lister et chez ceux auxquels on avait appliqué le pansement ouaté, tend à prouver que les micro-organismes ne sont pas en cause. M. Guérin est disposé à penser que le tétanos est engendré par un poison analogue au curare, la toxine de Brieger ou quelque autre virus analogue.

Il est certain que la contagion devient difficile à expliquer si l'on n'admet pas que l'agent qui la produit est susceptible d'être transporté par l'air. Mais il semble que le tétanos ne soit guère transmissible que par contact direct ou indirect. M. Guérin insiste sur la fréquence d'une lésion médullaire, véritable myélite, dit-il, avec ramollissement rouge, qu'il a rencontré dans plusieurs autopsies. Selon lui, le tétanos serait dû à la pénétration d'un virus qui produirait cette myélite septique.

M. VERNEUIL déclare qu'il répondra à M. Guérin dans le cours de la prochaine séance.

Compression élastique combinée avec des résections costales dans le traitement de l'empyème. — M. POLAILLON présente, au nom de M. Dubrueil (de Montpellier), une note dans laquelle l'auteur préconise la compression élastique combinée avec des résections costales dans le traitement de l'empyème.

L'application de la compression est faite de la façon suivante : la poitrine est entourée d'un appareil de Sayre, sauf au niveau d'une côte qu'on a réséquée. A ce niveau, on place un tube qui va dans la plèvre et, par-dessus, de l'ouate. Avec une bande élastique on entoure assez fortement la poitrine. La pression ne se fait qu'au niveau de la partie découverte, l'appareil de Sayre préservant les autres parties de la poitrine.

Tous les jours, avant d'appliquer la bande élastique, on place une ventouse sur l'ouverture de la plèvre; on obtient de cette façon une petite quantité de pus.

Avec ce mode de traitement, la résection, n'intéressant les côtes

que sur une très petite étendue, est certainement moins dangereuse que dans l'opération d'Estlander.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

— Par application de l'article 4, § 1, de l'arrêté ministériel du 18 juillet 1888 (voir le *Journal officiel* du lundi 19 novembre 1888), un premier concours en vue de l'admissibilité aux emplois de médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés aura lieu à Lyon, Lille et Bordeaux, le 20 décembre prochain, et à Paris, Nancy et Montpellier, le 26 décembre prochain.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Phthisie laryngée, par MM. A. Gouguenheim, médecin de l'hôpital Lariboisière et de la clinique laryngologique de l'hôpital Lariboisière, et P. Tissier, interne des hôpitaux. 1 vol. in-8°, avec figures dans le texte et 5 planches, dont 3 en chromolithographie. — Prix : 8 francs. — Paris, G. Masson.

Le Directeur-gérant : Dr É. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 136. — MARDI 27 NOVEMBRE 1888. 61e ANNÉE. MARDI 27 NOVEMBRE 1888. — N° 136.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. » . — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOTEL-DIEU. — M. Richet.

Tumeur ganglionnaire intra et extra-parotidienne.

Le malade que je vais avoir à opérer dans quelques instants est un homme de quarante-six ans, employé dans une maison de commerce. Son passé pathologique, peu considérable, se bornant à deviolentes douleurs dans la région dorso-lombaire et à une pleurésie avec épanchement il y a trois ans, ne paraît pas avoir de rapports bien certains avec la lésion pour laquelle il est venu nous trouver à l'Hôtel-Dieu.

Sa maladie remonte à l'année dernière. C'est à cette époque qu'il s'est aperçu, pour la première fois, qu'il portait derrière la branche montante du maxillaire inférieur, dans la région parotidienne, une petite tumeur. Cette tumeur, dont d'ailleurs il ne souffrait pas, présentant une certaine tendance à s'accroître, à augmenter peu à peu de volume, cet homme alla consulter son médecin qui ne lui a pas fait grand chose et qui a fini par l'engager à se rendre à l'hôpital pour s'y faire opérer.

Actuellement voici l'état dans lequel se présente la lésion. Il existe, dans le sillon situé derrière la mâchoire inférieure, une tumeur dont le volume est à peu près égal à un petit œuf de poule, tumeur qui contourne l'os maxillaire sans lui adhérer en quoi que ce soit. Cette tumeur ne s'accompagne d'aucune douleur, mais elle est une gêne constante, par ses dimensions, dans les mouvements de l'articulation temporo-maxillaire ; de plus, par son volume, elle défigure suffisamment notre malade pour que, en dehors même de cette gêne, il désire vivement en être débarrassé, et sollicite une intervention chirurgicale.

Mais, avant de procéder à cette opération, quelques mots sur le diagnostic de cette tumeur. S'agit-il de quelque kyste sébacé de la région parotidienne ? Je dis certainement non, il s'agit ici d'une tumeur solide, plus sérieuse. Ce n'est pas un kyste. Les téguments qui la recouvrent sont un peu vasculaires mais ils ne sont pas rouges, ou du moins ils ne l'étaient pas au moment où cet homme est entré à l'hôpital, et si, depuis ces jours derniers, ils ont pris une certaine teinte rosée, s'ils présentent une vascularisation plus grande, cela tient uniquement aux examens répétés dont sa tumeur a été l'objet. Cette rougeur est donc une simple altération tégumentaire, qui tient aux circonstances et qui, par suite, ne peut avoir aucune influence sur notre diagnostic.

Ceci dit, je reviens aux caractères de la tumeur proprement dite : elle est oblongue, plus allongée dans le sens vertical que dans le sens transversal ; elle est dure, résistante dans la plus grande partie de son étendue, ne présentant que çà et là quelques points pâteux dus à un commencement de ramollissement ; enfin, elle est un peu mobile sur les parties profondes, et, si elle repose sur le pharynx, ce n'est que médiatement et sans l'atteindre ni le déprimer. De plus, l'examen intra-buccal de cet organe ainsi que des amygdales ne révèle rien de particulier.

Quant au toucher il nous montre qu'il ne s'agit pas d'une tumeur homogène, mais qu'elle est formée de portions agglomérées, de plusieurs lobes. J'ajoute qu'elle n'est douloureuse ni spontanément, ainsi que je l'ai déjà fait remarquer tout à l'heure, ni à la pression ; elle est simplement une cause de gêne et entraîne une certaine déformation de la région qu'elle occupe ; un examen, même superficiel, permet de constater que le bord postérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien se trouve soulevé par une série de petits ganglions lymphatiques tuméfiés qui forment une sorte de chapelet tout le long de ce muscle jusque dans le creux sus-claviculaire. En cet endroit même, nous pouvons compter jusqu'à sept ou huit de ces ganglions plus ou moins engorgés.

Quant au siège de la tumeur proprement dite quel est-il? intra ou extra-parotidien? Un examen attentif permet de reconnaître que, si la plus grande partie de la tumeur est intra-parotidienne, cependant une partie se trouve en dehors de la glande parotide. Néanmoins nous pouvons dire, avant toute opération, toute dissection, que le nerf facial n'est pas atteint. Ceci nous est démontré par l'absence de tout phénomène de paralysie ou même de simple affaiblissement dans la contraction des muscles qu'il anime. La tumeur ne descend donc pas profondément dans la parotide.

Voici pour ses dimensions, sa forme, son siège : quant à sa nature quelle est-elle? Serions-nous en présence d'une simple hypertrophie de la parotide elle-même? Non, car elle aurait alors envahi la totalité de cette glande, et de plus elle serait homogène et non pas lobulée, comme nous l'avons constaté, elle n'offrirait pas non plus la dureté que nous observons ici. S'agirait-il de quelque chondrome pa-

rotidien? Je ne le crois pas, bien qu'elle présente quelques-uns des caractères du chondrome. Mais si ce n'est pas une simple hypertrophie de la parotide, si ce n'est pas non plus une tumeur chondromateuse, qu'est-ce donc? Pour moi, sauf les réserves qu'il est toujours nécessaire de faire en pareil cas, je crois qu'il s'agit chez notre malade d'une tumeur *ganglionnaire* intra et extra-parotidienne. Mais cette hypertrophie ne me paraît pas simple, il y a là certainement quelque chose de plus qu'un simple adénome lymphatique, ce quelque chose qui constitue la seconde période de la maladie, c'est-à-dire un commencement de ramollissement de la partie supérieure de la tumeur et de transformation caséeuse.

En résumé, nous sommes en présence, chez cet homme : 1° dans certains points, notamment dans la partie inférieure, d'une hypertrophie ganglionnaire simple; 2° dans d'autres, et particulièrement dans la partie supérieure, d'une hypertrophie avec ramollissement caséeux des ganglions; 3° enfin, d'un véritable chapelet ganglionnaire dans la région sterno-mastoïdienne.

Trouverons-nous au milieu des foyers ramollis des bacilles tuberculeux ou simplement de la matière caséeuse? Je ne puis me prononcer. Ce que je puis dire c'est que les pleurésies antérieures à ces hypertrophies ganglionnaires sont assez souvent le point de départ de formations tuberculeuses. Notre homme a eu, lui aussi, une pleurésie il y a trois ans; mais elle a guéri parfaitement et n'a laissé aucune trace, aucune suite morbide. Je ne saurais donc dire, dans le cas présent, si la tumeur ganglionnaire se rattache à un état tuberculeux ou à un état scrofuleux, quoique j'opine volontiers pour cette dernière hypothèse.

Quoi qu'il en soit, j'ai bien fait actuellement quelques centaines de ces extirpations, et je puis dire que je m'en suis toujours très bien trouvé, j'ai même été jusqu'à ce jour si heureux dans le traitement de ces affections, que je dirai avec Velpeau, qu'en pareils cas il faut toujours redouter, un jour ou l'autre, quelque catastrophe venant interrompre la série des succès.

Néanmoins, je vais procéder maintenant, cet exposé des faits terminé, à l'enlèvement de la tumeur parotidienne, sans toucher aux ganglions qui longent le muscle sterno-mastoïdien, me réservant de traiter ultérieurement ceux-ci, soit par des injections interstitielles, soit par la teinture d'iode, soit par quelque flèche caustique, ou par le sublimé, ou par le broiement.

Je n'aurai pas recours pour la tumeur parotidienne au thermocautère mais bien au bistouri, qui permet mieux de voir ce qu'on fait. Du reste, en général, ces tumeurs ganglionnaires s'éliminent très bien du nid qui les renferme.

HOPITAL NECKER. — M. Guyon.

Des fausses routes de l'urèthre.

(Leçon recueillie par M. R. Pichevin, interne des hôpitaux.)

On nomme fausse route une plaie produite par le passage d'un instrument dans l'urèthre et intéressant complètement ou incomplètement le canal. Cette définition permet d'éliminer toutes les autres solutions de continuité de l'urèthre, produites par des causes multiples.

Les chirurgiens qui ont eu le malheur de faire des fausses routes ont naturellement cherché les raisons qui avaient pu déterminer la production de cet accident. Ils ont dit qu'il existait des lacunes et des valvules qui rendaient un compte suffisant de certaines fausses routes. En réalité, on trouve, dans l'urèthre normal, des dispositions anatomiques et, dans l'urèthre pathologique, des lésions que l'on peut considérer comme des amorces pour les fausses routes.

La paroi inférieure du canal est extrêmement distensible, surtout dans la portion périnéale de l'urèthre antérieur, au niveau de ce qui a été décrit sous le nom de cul-de-sac du bulbe. Il faut ajouter que les rétrécissements favorisent singulièrement la création des fausses routes dans l'urèthre antérieur. Donc, à l'état physiologique comme à l'état pathologique, une sonde trouve des conditions propices à la production d'une fausse route. Celle-ci a lieu toujours à la paroi inférieure du canal, et pourquoi? Parce que la pénétration de l'instrument ne peut se faire dans la paroi supérieure qui adhère à un tuteur, le corps caverneux, et qui, par suite, n'est pas extensible. Cette paroi supérieure a été justement appelée la paroi chirurgicale du canal. La paroi inférieure, voilà l'ennemi.

Le siège de prédilection de la fausse route est le cul-de-sac du bulbe. En effet, la sonde, en cheminant du méat vers le col vésical, doit franchir un obstacle, le collet du bulbe, première difficulté. Or, juste en avant de cet obstacle, la paroi inférieure du canal est extrêmement extensible. L'instrument en appuyant sur cette paroi, à ce niveau, détermine la formation d'un cul-de-sac — dit cul-de-sac du bulbe — qui n'existe que virtuellement. Il suffit d'exercer une certaine force pour défoncer le cul-de-sac et produire la fausse route. C'est donc à la fin du premier temps du cathétérisme que l'on détermine cet accident plus fréquemment observé chez les vieillards, par suite de l'extensibilité plus grande de leur urèthre.

Dans l'urèthre postérieur, c'est dans la traversée de la prostate que l'on peut faire des fausses routes. Les lacunes prostatiques qui regardent en avant laissent aisément pénétrer la sonde. C'est donc dans le troisième temps du cathétérisme que l'accident a lieu, au niveau de l'urèthre postérieur.

Les fausses routes sont complètes ou incomplètes. Dans la fausse route incomplète, l'instrument a pénétré dans la paroi et a produit une fistule borgne. Quand la sonde a traversé les tissus et a fait un véritable tunnel avec une ouverture d'entrée et une ouverture de sortie, on dit que la fausse route est complète. L'ouverture de sortie du tunnel peut exister hors de la vessie ou dans la cavité vésicale.

Quand le tunnel aboutit dans la vessie, la fausse route peut se faire sur la ligne médiane ou latéralement. La sonde après avoir perforé le canal, rentre donc dans la vessie par une voie artificielle. Ce résultat, dû le plus souvent au hasard, est heureux, du moins relativement. L'évacuation de la vessie peut, en effet, se faire et soulager le patient. Les fausses routes sur la ligne médiane sont surtout heureuses — dans le sens que j'ai indiqué, — mais le chirurgien ne doit jamais essayer une intervention de ce genre, car rien n'est plus aléatoire que le succès d'une entreprise qui consiste à perforer le canal de l'urèthre et la paroi vésicale. Les fausses routes complètes, surtout celles qui sont latérales, favorisent l'infiltration et c'est cette raison qui me fait dire que, même dans les cas favorables, le résultat

n'est que relativement heureux. Le danger du tunnel produit par le chirurgien est donc l'infiltration avec toutes ses conséquences. Au contraire, les fausses routes incomplètes ne déterminent que des accidents purement locaux. Le canal saigne, il y a souvent de la rétention d'urine et les phénomènes pathologiques s'arrêtent là.

La fausse route est-elle complète, le malade aura quelques chances de n'avoir pas d'infiltration, si la rétention d'urine est absolue. La clinique nous apprend, en effet, qu'en règle générale, les fausses routes chez les prostatiques ne provoquent pas la production de l'infiltration d'urine. C'est que, chez eux, il existe le plus souvent, après l'accident dû au chirurgien, une rétention complète d'urine. Aussi les fausses routes complètes guérissent-elles facilement dans l'hypertrophie prostatique. Mais si la vessie se contracte et chasse l'urine à travers l'urèthre, la pénétration de ce liquide dans la fausse route détermine des accidents urineux. Ces accidents ne sont pas dus, comme on l'a dit, aux matériaux contenus dans l'urine, mais à la présence d'agents infectieux qui passent de la vessie ou de l'urèthre dans le système circulatoire. Il y a donc résorption des micro-organismes septiques décrits par MM. Albarran et Hallé. Pour que cette résorption se fasse, il ne suffit pas que le liquide urinaire, où vivent les agents infectieux, se mette simplement *en contact* avec la plaie uréthrale, il faut qu'il y ait *pénétration* de l'urine dans la fausse route.

C'est ainsi que nous devons rendre à la vessie le rôle que je lui avais attribué, avant la découverte des micro-organismes décrits par MM. Hallé et Albarran.

La prophylaxie des accidents urineux consistera à obtenir la propreté de l'urèthre et principalement la désinfection de la vessie.

Le traitement aura pour but d'éviter non pas le contact — je vous l'ai déjà dit — mais la pénétration de l'urine dans la fausse route. Pour cela, il faut mettre une sonde à demeure. Mais, j'insiste sur ce point, la sonde doit être relativement petite, elle doit jouer facilement dans le canal, de façon à ce que l'urine puisse s'écouler sans difficulté entre la sonde et les parois de l'urèthre. Il est évident qu'il faut que l'urine passe aisément par la sonde, mais il est nécessaire que celle-ci ne soit pas serrée. Car, si la sonde s'adaptait exactement aux parois uréthrales, l'urine qui s'insinuerait néanmoins autour de l'instrument, ne trouverait pas une voie facile jusqu'au méat et pénétrerait avec force dans la fausse route, d'où production d'accidents urineux.

La sonde à demeure, sans frottement, laissée pendant une semaine, tel est donc le véritable traitement des fistules urinaires. Mais, si vous ne pouvez pénétrer dans la vessie, par la voie naturelle, il faut pratiquer des ponctions hypogastriques avec les aiguilles fixes de l'appareil Potain ou Dieulafoy. Au besoin, on pourra se résoudre à faire la section hypogastrique.

Il est inutile de nous arrêter longtemps sur le traitement préventif des fausses routes. On devra toujours pratiquer le cathétérisme régulier. Il ne faut pas pousser l'instrument avec violence. On devra suivre la paroi supérieure ou chirurgicale, en employant des sondes de courbures variées. La sonde bicoudée rend de très grands services dans beaucoup de cas.

HOPITAL DU MIDI. — M. du Castel.

Blennorrhée, goutte militaire, uréthrite chronique antérieure et postérieure.

Il est tout à fait exceptionnel que la blennorrhagie, après avoir duré quelques semaines, ne présente spontanément ou sous l'influence des traitements qui lui ont été opposés, une certaine tendance à la guérison. Mais d'autre part, les cas ne sont pas rares dans lesquels l'effort curateur s'arrête en chemin et reste incomplet; l'amélioration, après s'être plus ou moins accentuée, se suspend et la maladie se prolonge indéfiniment sous la forme d'un suintement plus ou moins abondant.

Le plus souvent, il sera facile d'en découvrir la cause : quelques blennorrhagiques la doivent à des écarts de régime, d'autres à un traitement irrationnel, quelques-uns à leur mauvaise constitution, enfin, il est un certain nombre de malades, chez lesquels il est impossible de relever aucune de ces causes, chez qui, malgré les apparences d'un état général excellent, malgré les traitements les plus rationnels et les plus réguliers, la chaudepisse devient chronique et s'éternise tout autant que chez les sujets qui ne se sont pas ou se sont mal soignés. Ainsi, en 1840, M. Ricord soignait un malade dont l'écoulement datait de la paix d'Amiens (1800); M. Desormeaux traitait, en 1863, un ancien officier, dont la goutte militaire n'avait pas cessé, depuis une blennorrhagie contractée en Bohême, en 1813. C'est à ce propos que M. Ricord a dit qu'il fallait laisser certaines chaudepisses mourir de vieillesse, système même qui ne réussit pas toujours, car la longévité de la maladie a plus d'une fois dépassé la vie du porteur et l'on a vu des vieillards succomber, portant encore la blennorrhagie qu'ils avaient contractée dans leurs jeunes années.

Chez la plupart de ces malades, la blennorrhagie chronique se présente sous cet aspect particulier, qu'on a désigné sous les noms de blennorrhée, de goutte militaire et que constitue un suintement uréthral muco-purulent plus ou moins abondant; mais, dans cet état même, il y a des degrés. Le plus souvent, ce n'est qu'après un long intervalle de temps écoulé depuis la dernière miction que l'on peut faire apparaître au méat une goutte d'un blanc laiteux ou d'un blanc opalin, aussi n'est-ce généralement que le matin qu'il est donné d'observer la goutte. Parfois même, celle-ci fait défaut et tout le trouble sécrétoire consiste dans l'accolement des lèvres du méat par un mucus visqueux et abondant, et quelques chatouillements de loin en loin sont les seuls phénomènes qui rappellent les douleurs de la période aiguë. Enfin, les excès de table ou autres n'ont généralement plus aucune influence appréciable pour provoquer l'exacerbation des accidents.

Dans les cas les plus légers, après une nuit de repos, ce n'est même pas une gouttelette de pus ou de muco-pus qui apparaît au méat; c'est péniblement que le malade parvient à y amener une petite gouttelette d'un liquide transparent filant entre les doigts : il ne reste plus trace des manifestations douloureuses ou des phénomènes congestifs de la période aiguë. Quand la blennorrhagie n'est pas très ancienne, qu'elle ne date que de quelques mois, la goutte peut apparaître même pendant le jour, lorsque les malades sont restés plusieurs heures sans uriner; le méat a conservé un reste de rougeur; la miction et l'érection ne se font pas toujours sans douleurs; une fatigue, une veille pro-

longée, une marche forcée, un excès de table, suffisent à réveiller pour quelques jours et la douleur et l'écoulement.

Bref, tous ces divers malades vous diront qu'ils ont la goutte et, cependant, je suis de ceux qui pensent qu'il y a quelque importance à les distinguer les uns des autres, bien que cette opinion ne soit généralement pas admise.

La goutte militaire constitue le symptôme le plus habituel de la blennorrhagie chronique; elle peut en être l'unique manifestation fonctionnelle, ne s'accompagnant d'aucune sensation douloureuse dans le canal, d'aucun trouble dans la miction; mais il n'est pas rare, non plus, de voir des cas où, en même temps que le suintement uréthral, il y a fréquence plus grande dans les envies d'uriner avec besoin pressant et impérieux, où les malades rejettent, soit spontanément, soit sous les efforts de la défécation ou l'influence de la miction, quelques gouttelettes blanchâtres rappelant l'aspect du sperme. Cette différence dans l'ensemble des manifestations pathologiques provient d'une différence dans l'étendue et la localisation de l'inflammation.

L'opinion la plus répandue, jusque dans ces dernières années, était que le processus phlegmasique, dans la blennorrhagie chronique, se localise de préférence dans les parties profondes de l'urèthre; des observations plus précises, recueillies dans ces dernières années, ont démontré qu'il était loin d'en être toujours ainsi. L'uréthrite chronique se cantonne souvent dans l'urèthre antérieur; le cul-de-sac du bulbe paraît être son point d'implantation le plus habituel; c'est un fait sur lequel les observations de M. le professeur Guyon et de M. Jamin ne laissent aucun doute. En pareil cas, les liquides sécrétés en avant du muscle uréthral ne rencontrent aucun obstacle à leur écoulement à l'extérieur et donnent naissance à ce suintement muco-purulent peu abondant qu'on désigne sous le nom de goutte militaire. Les sensations douloureuses ne consistent guère que dans quelques démangeaisons au niveau du gland, quelques pesanteurs au périnée; les mictions ne sont, ni plus fréquentes, ni plus difficiles.

L'inflammation de l'urèthre postérieur, dans la blennorrhagie chronique, est beaucoup plus rare que celle de l'urèthre antérieur; sur 103 observations d'uréthrite chronique, M. Jamin ne l'a rencontrée que 23 fois; elle est la plus souvent surajoutée à l'uréthrite antérieure. La goutte matinale se rencontre fréquemment chez les malades atteints d'uréthrite chronique postérieure; mais cet accident ne relève pas de l'inflammation de l'arrière-canal, il est dû à la concomitance habituelle de l'uréthrite antérieure. Les quelques gouttes de pus, sécrétées en arrière du sphincter uréthral, ne sauraient sortir facilement de l'urèthre profond et venir se présenter spontanément à l'extérieur. Même, pendant la nuit, pendant ce long intervalle de repos pendant lequel le malade reste sans uriner, elles s'accumulent dans l'arrière-canal sans pouvoir franchir le sphincter uréthral, sans pouvoir pénétrer et progresser dans la portion spongieuse. Ce n'est que le matin, à la première miction, que ces gouttes sont entraînées sous la forme de bouchons muqueux, de filaments blanchâtres qui nagent dans l'urine et ont le don d'effrayer fortement les malades. Dans le jour, quand le pus est sécrété en grande abondance dans l'urèthre postérieur, il est quelquefois rejeté à intervalles plus ou moins éloignés par une sorte de petite éjaculation qui ne s'accompagne d'aucune sensation voluptueuse et à la suite de laquelle quelques gouttes d'un liquide visqueux et blanchâtre viennent apparaître au méat et tacher le linge.

D'autres fois, la petite masse de muco-pus vient s'écouler à l'extérieur à l'occasion des efforts de défécation, ou à la fin de la miction urinaire.

Quoi qu'il en soit, la fréquence des mictions est un des phénomènes habituels de l'uréthrite postérieure; la production de cet accident est facile à comprendre, elle s'explique par les liens physiologiques qui unissent les parties postérieures de l'urèthre au col de la vessie, dont elles peuvent être considérées comme le prolongement et l'annexe, ainsi que l'a si nettement établi M. le professeur Guyon.

En résumé, la sécrétion muco-purulente de l'uréthrite chronique antérieure s'écoule facilement et spontanément à l'extérieur, en donnant naissance à ce suintement peu abondant, qu'on a désigné sous le nom de goutte militaire. La sécrétion purulente de l'uréthrite chronique postérieure, enfermée en arrière du sphincter uréthral, ne s'échappe que d'une façon intermittente, soit entraînée par les premières gouttes d'urine sous forme de flocons muqueux, soit rejetée sous l'influence d'une petite éjaculation, ou à la suite de la miction urinaire, ou bien encore à la suite des efforts des malades pour aller à la selle. J'ajoute, enfin, en terminant, que des envies plus fréquentes accompagnent ordinairement l'uréthrite postérieure.

KYSTE SYNOVIAL DU CREUX POPLITÉ CHEZ UN ENFANT

ABLATION; GUÉRISON.

Par M. le docteur E. Le Bec.

On a nié l'existence des kystes synoviaux du creux poplité chez les enfants. Nous avons eu l'occasion d'en rencontrer un cas que nous publions.

Fernand M..., dix ans, demeurant à Auteuil, est élève dans un grand collège de Paris. Il y a quelques mois, sa mère, en l'habillant, s'aperçut par hasard que le jarret droit était déformé.

L'enfant ne s'était jamais plaint, il accusait seulement une légère sensation de fatigue, et disait que sa jambe était un peu moins forte que l'autre.

En l'examinant, on voyait une petite tumeur allongée, placée sur le jumeau interne, descendant à quelques centimètres au-dessous du milieu du creux poplité. La petite tumeur était fluctuante, non réductible et indolore. Elle se perdait dans la profondeur entre les jumeaux, on ne sentait pas le point d'attache. Pas de symptômes de compression des nerfs ou des vaisseaux de la jambe.

Je me décidai pour l'ablation du kyste, qui fut acceptée par la famille.

Opération le 27 novembre 1886, sous le chloroforme. Incision longitudinale de 8 centimètres, sur la tumeur, en dedans de la ligne médiane.

Le kyste est mis à découvert par son extrémité. Il a une teinte blanc jaunâtre. Je le sépare facilement du tissu cellulaire souscutané, sans voir ni nerf ni vaisseau.

En le disséquant ainsi, j'arrive au niveau du pédicule, qui pénètre profondément, et passe sous le tendon du muscle jumeau interne. Ne pouvant le suivre plus loin, j'ouvre le kyste et je vide le contenu filant, et je le coupe au ras du tendon du jumeau.

Il reste ainsi une petite cavité, dont les parois s'affaissent, et que je m'abstiens de cathétériser. Je ne voulais pas rechercher si le kyste communiquait avec l'articulation.

La plaie fut lavée avec une solution de sublimé à 1/1000, un drain fut placé, et la peau suturée.

Pansement compressif à l'iodoforme.

28 novembre. L'enfant ne souffre pas. Il a dormi toute la nuit. Je change le pansement. P. 78. T. 38°1.

1er décembre. Pansement. La plaie a bon aspect. Le drain est raccourci.

6 décembre. Pansement. Les fils de la suture sont enlevés, ainsi que le drain.

15 décembre. Le malade est tout à fait guéri et sort.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 novembre 1888. — Présidence de M. Siredey.

COMMUNICATIONS

De l'entéroptose. — **M. FÉRÉOL** a fait, il y a deux ans, un rapport sur un travail de M. Glénard intitulé « Entéroptose et neurasthénie ». Ce rapport et le travail qui en est l'objet ont été longuement analysés dans une de nos Revues générales (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 999). M. Féréol terminait son rapport en émettant de prudentes réserves relativement à la partie clinique et aux applications pratiques du travail de M. Glénard. Aujourd'hui, après deux ans d'études et d'observations, il croit pouvoir être plus affirmatif.

M. Féréol avoue avoir eu quelque peine, au début, à saisir les signes physiques de l'entéroptose. La corde cæcale, dit-il, se distingue encore assez souvent; la corde transverse, plus difficile à discerner, est constatée cependant très nettement surtout dans les cas où il y a un rein mobile. Quant à celui-ci, le diagnostic en est facile. Lorsqu'on a reconnu, par le palper, la présence de la corde transverse, l'entéroptose est constatée. Mais il faut savoir s'en passer pour faire le diagnostic. Chez tout malade, se plaignant de troubles vagues qu'on a désignés sous le nom de neurasthénie, il faut soupçonner l'entéroptose. Il faut attacher une certaine importance aux troubles digestifs et, en particulier, à l'indigestibilité du lait et à l'insomnie entre deux et quatre heures du matin accompagnée de malaises variés. En présence de ces deux signes, on peut, presque à coup sûr, diagnostiquer l'entéroptose. Beaucoup de ces malades se plaignent d'une sensation de poids à l'estomac, de défaillances, de délabrement. Si, chez eux, on fait l'épreuve et la contre-épreuve de la sangle, qui consiste à comprimer et relever l'hypogastre, puis à le laisser retomber, si le malade est soulagé par la première épreuve et souffre à la seconde, on est fixé; ce malade est justiciable du traitement de l'entéroptose, c'est-à-dire de la sangle, du régime, des alcalins et des laxatifs. Sa guérison dépend de lui et de sa docilité à suivre les prescriptions. Toutefois, ce signe peut faire défaut et l'épreuve donner des résultats opposés, bien que l'entéroptose soit constituée. Dans ces cas, il faut recourir à certains subterfuges pour faire supporter la sangle, tels que les injections de morphine, etc.

L'étiologie fournira souvent des indications précieuses; au début, on trouvera une couche, une fatigue excessive, un traumatisme. Toutes les maladies du tube digestif sont susceptibles d'amener l'entéroptose. Les malades de M. Glénard font partie de ceux que M. Bouchard catégorise sous le nom de dilatés.

M. Féréol revient ici sur les vérifications nécropsiques faites par M. Glénard et reproduites dans la première observation de la revue de M. Cuilleret dans la *Gazette des hôpitaux*.

Au point de vue clinique, ajoute M. Féréol, les observations se sont tellement multipliées depuis quelque temps, qu'il paraît inutile d'en citer de nouvelles; cependant il fait connaître trois observations qui lui sont personnelles et qui sont absolument confirmatives de celles qu'a publiées M. Glénard, et il termine par les conclusions suivantes :

Un bon nombre de malades atteints de troubles névropathiques variés, mais en concordance avec des désordres de la digestion, sont atteints d'entéroptose et le traitement formulé par M. Glénard (laxatifs, alcalins, régime, sangle pelvienne), en régularisant les fonctions digestives, fait disparaître ou atténue considérablement ces névropathies qui résistent à toute autre médication. Je ne doute pas, ajoute M. Féréol, que chacun de vous ne trouve, dans sa clientèle, un ou plusieurs sujets justiciables de ce traitement fort simple dans ses grandes lignes, mais qui demande dans l'application beaucoup de patience, de fermeté et de conviction. Vous échouerez peut-être quelquefois ; mais, en dehors de ces cas exceptionnels et probablement compliqués de quelque autre affection, vous trouverez de nombreuses occasions où vous aurez la très vive satisfaction de réussir là où vous aviez échoué et d'assurer, sinon toujours la santé complète, au moins un *modus vivendi* très acceptable, à de pauvres malades qui languissaient depuis des années.

M. GUYOT cite un exemple qui vient complètement à l'appui de l'opinion émise par M. Féréol.

M. SIREDEY fait observer que tous ces malades sont des nerveux et qu'il y a lieu de douter que le traitement, institué par M. Glénard, donne des guérisons durables, persistantes.

PRÉSENTATIONS

Hépatite alcoolique. — **M. MILLARD** présente trois malades qui étaient atteints de cirrhose hépatique alcoolique et qui ont très bien guéri par le traitement suivant : le régime lacté, les diurétiques, les purgatifs et la paracentèse, même répétée, quand il y a une grande quantité de liquide. M. Millard a, dans ces cas, tiré de très bons effets surtout de la potion suivante :

Baies de genièvre	10	grammes.
Eau	200	—

faire infuser, puis ajouter :

Acétate de potasse	} *āā*	2	—
Nitrate de potasse.	}		
Oxymel scillitique	10 à	30	—
Sirop des cinq racines. . . .		30	—

La séance est levée.

SOUSCRIPTION

EN FAVEUR DE LA VEUVE D'UN CONFRÈRE

QUINZIÈME LISTE

MM. les docteurs Liétard, inspecteur des eaux de Plombières.	10 fr.
— Péan, membre de l'Académie de médecine.	40
M. Didelot (d'Haussignémont).	5
Quatorzième liste.	5 772
Total.	5 827 fr.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Agrégation de médecine. — Sont admis à prendre part au concours d'agrégation qui s'ouvrira à Paris, le 15 décembre 1888, pour onze places d'agrégé des Facultés de médecine, section de médecine : pathologie interne et médecine légale, les candidats dont les noms suivent :

Académie de Paris. — MM. les docteurs Babinski, Balzer, Barth, de Beurmann, Bourcy, Brault, Chantemesse, Charrin, Combemal, Cuffer, Gaucher, Gilbert, Grenier, Gueit, Jeannel, Juhel-Renoy, Letulle, Marfan, Marie, Martin, Mathieu, Morel, Netter, Richardière, Roque, Royer, Talamon et Vibert.

Académie de Bordeaux. — MM. les docteurs Davezac, Mesnard et Suzanne.

Académie de Lyon. — M. le docteur Audry.

Académie de Montpellier. — M. le docteur Sarda.

Académie de Nancy. — M. le docteur Colin.

— Par suite de la création d'un nouveau service de chirurgie à l'hôpital Tenon, deux mutations vont avoir lieu parmi les chirurgiens des hôpitaux :

M. Felizet, chirurgien de l'hospice des Incurables (Ivry), pren-

dra possession du nouveau service de Tenon, et M. Kirmisson, chirurgien du Bureau central, passera à l'hospice d'Ivry.

— La dernière question tirée au concours d'externat est la suivante : « Articulation de l'épaule ».

— Par décret, en date du 23 novembre 1888, a été promu dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Chauvreau, aide-médecin, docteur en médecine.

— Par ordonnance du Préfet de police, en date du 13 novembre 1888, l'emploi des feuilles d'étain plombifère pour envelopper les fruits, les confiseries, les chocolats, les fromages, les saucissons, et, d'une manière générale, toutes les substances alimentaires, est interdit dans le ressort de la préfecture de police.

Les feuilles d'étain, destinées à cet usage, devront être constituées par de l'étain fin, c'est-à-dire par un alliage contenant au moins 97 p. 100 d'étain.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Bonnans, pharmacien de première classe, est nommé préparateur des travaux pratiques de chimie, en remplacement de M. Brunelière, démissionnaire.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Brulant est nommé chef de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Coppens, dont la délégation est expirée.

M. Fromont est nommé aide d'anatomie, en remplacement de M. Labalette, dont la délégation est expirée.

M. Bruneau est nommé aide-préparateur de physique, en remplacement de M. Bulté, démissionnaire.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. le docteur Belous est nommé chef de clinique des maladies mentales, en remplacement de M. Taty, dont le temps d'exercice est expiré.

M. le docteur Meurer est nommé chef de clinique ophthalmologique, en remplacement de M. Porteret, dont le temps d'exercice est expiré.

M. le docteur Vallas est nommé chef de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Duzéa, dont le temps d'exercice est expiré.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Castex est nommé préparateur de physique, en remplacement de M. Bertin-Sans, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Zilgien est maintenu dans les fonctions d'aide d'anatomie pathologique.

MM. Riche et Jumbiehl sont nommés aides de clinique, en remplacement de MM. Guirlet et Langenhagen, démissionnaires.

M. Duron est nommé aide de physiologie, en remplacement de M. Laine, démissionnaire.

M. Pierrot est nommé chef des travaux du laboratoire de thérapeutique, en remplacement de M. Ganzinotti, démissionnaire.

— *École de médecine de Besançon.* — M. le docteur Magon est nommé suppléant d'histoire naturelle.

— *École de médecine de Caen.* — Sont proclamés lauréats pour l'année scolaire 1887-1888 :

Médecine. — Deuxième année : premier prix, M. Auvray; deuxième prix, M. Leroux. — Troisième année : premier prix, M. Lesage.

Concours Le Sauvage. — Premier prix, M. Auvray; mention honorable, MM. Leroux et Rondel.

— *École de médecine de Grenoble.* — M. Verne est nommé professeur de pharmacie et matière médicale.

— *École de médecine de Marseille.* — M. le docteur Roux est nommé suppléant des chaires de pathologie et de clinique externes et de clinique obstétricale.

— *École de médecine de Nantes.* — M. Lahay est nommé préparateur de physique, matière médicale et histoire naturelle, en remplacement de M. Perron, dont la délégation est expirée.

M. Brianceau est nommé prosecteur, en remplacement de M. Guibert, démissionnaire.

M. Voyer (Paul-Marie-Adolphe) est nommé aide d'anatomie en remplacement de M. Voyer (Auguste), démissionnaire.

— *École de médecine de Tours.* — M. Brissonnet, suppléant, est chargé du cours de pharmacie et matière médicale.

— M. Léon Vaillant, professeur au Muséum, ouvrira le cours le jeudi 29 novembre 1888, à une heure, dans la salle des conférences du laboratoire d'herpétologie (ménagerie des reptiles) et le continuera à la même heure les samedis, mardis et jeudis suivants. — Le professeur traitera de l'organisation de la physiologie et de la classification des poissons de l'époque actuelle et fossiles. Il étudiera plus particulièrement les poissons osseux acanthoptérygiens (perches, scombres, etc.), en faisant connaître la répartition géographique et bathymétrique des principales espèces, leur utilité dans l'économie domestique, dans l'industrie, les procédés de pêche, de pisciculture, etc.

Ce cours sera complété par des conférences pratiques au laboratoire et à la ménagerie.

— M. Philippe Lafon commencera, le 1er décembre 1888, un cours pratique de chimie et de micrographie médicales, appliqué à la clinique, à l'hygiène et à la thérapeutique.

Il traitera particulièrement de l'examen chimique et microscopique des urines, des calculs, de la bile, du sang, des sérosités, du lait de femme, de l'eau potable, des matières alimentaires les plus usuelles, de la recherche des bacilles pathogènes.

Enfin, il exposera les caractères chimiques des produits médicamenteux les plus importants et des substances éminemment toxiques, au point de vue des applications médico-légales.

Les élèves sont exercés individuellement aux manipulations qui font l'objet de ce cours. Le matériel et les appareils du laboratoire sont mis à leur disposition. On s'inscrit tous les jours, de trois à quatre heures, au laboratoire, 7, rue des Saints-Pères.

— *Collège de France.* — Les cours du premier semestre de l'année scolaire 1888-89, commenceront le lundi 3 décembre. Il existe pour chaque cours un registre où les auditeurs qui voudront obtenir un certificat doivent s'inscrire.

M. le professeur Fouqué commencera son cours le lundi 3 décembre, à neuf heures, salle n° 4, et le continuera les jeudis et lundis suivants à la même heure. — Il traitera de l'état actuel des études pétrographiques.

M. le professeur Berthelot commencera son cours de chimie organique, le lundi 3 décembre, à dix heures et demie, salle n° 1, et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure. — Il traitera des gaz et de leur analyse.

M. le professeur Mascart traitera cette année de l'électricité et du magnétisme. Il commencera ce cours le mardi 4 décembre, à dix heures et demie, salle n° 9, et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure.

M. le professeur Brown-Séquard commencera le cours de médecine le mardi 4 décembre, à deux heures et demie, salle n° 6, et le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure. — Il traitera du rôle de l'inhibition dans les fonctions et les maladies des centres nerveux.

M. F. Henneguy, remplaçant M. le professeur Balbiani, commencera le cours d'embryogénie comparée, le mercredi 5 décembre, à une heure et demie, salle n° 5, et le continuera les samedis et mercredis suivants à la même heure. — Sujet du cours : Des divers modes de reproduction non sexuelle chez les animaux.

M. P. Schützenberger commencera son cours de chimie minérale, le mercredi 5 décembre à une heure et demie, salle n° 1, et le continuera les samedis et mercredis suivants à la même heure. — Il traitera des lois générales de la chimie et de diverses questions d'analyse chimique.

M. François-Franck, remplaçant M. le professeur Marey, commencera le cours d'histoire naturelle des corps organisés, le mercredi 5 décembre, à trois heures et demie, salle n° 7, et le continuera les vendredis et mercredis suivants à la même heure.

— Il continuera son étude sur la sensibilité à l'état normal et pathologique.

M. le professeur Ranvier commencera, le mercredi 5 décembre, à cinq heures, salle n° 2, un cours d'anatomie générale, dans lequel il traitera des éléments et des tissus du système conjonctif, et le continuera les vendredis et mercredis suivants à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

On se rappelle la discussion qui a eu lieu récemment sur la lèpre, et en particulier l'importante communication de M. Le Roy de Méricourt (1), dans laquelle il cherchait à atténuer les exagérations des doctrines microbiennes, et s'appliquait à montrer que jusqu'ici il n'existait aucune preuve directe de la nature contagieuse de la lèpre. Aujourd'hui, M. Le Roy de Méricourt, avec sa parfaite loyauté scientifique, a fait connaître le résultat d'une expérience entreprise par un médecin anglais, le docteur Archdeacon Wright, qui a inoculé la lèpre à un condamné à mort. Le résultat de l'expérience a été que ce malheureux condamné est devenu lépreux.

On s'est ému, dans ces derniers temps, d'accidents graves et même mortels, survenus dans les usines de la Compagnie générale des allumettes. M. Magitot, à cette occasion, a communiqué à l'Académie un travail important sur ces accidents, et en particulier sur la nécrose phosphorée dont on trouvera le résumé au compte rendu. Signalons aussi une intéressante observation de M. Desnos, dans laquelle il s'agit d'une atrophie musculaire à évolution très rapide pendant la grossesse.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. POTAIN.

Syphilis pulmonaire; historique; formes; anatomo-pathologie; symptômes et diagnostic.

I

J'ai examiné, en votre présence, une jeune fille de vingt-deux ans, mécanicienne de son état et d'une santé ordinairement bonne, quoique sa constitution soit plutôt faible. Elle a été réglée à quinze ans. Il y a deux ans, en arrivant à Paris, elle devint enceinte. L'accouchement fut pénible et les suites de couches difficiles et longues. Une phlébite se déclara à la suite de cet accouchement, et, dès ce moment, cette malade commença à maigrir et à perdre ses forces. Il y a sept mois, une éruption fit son apparition sur les membres et, en même temps, il existait un mal de gorge nécessitant des cautérisations qui furent faites à l'hôpital Saint-Louis.

Depuis trois mois, la maigreur a augmenté, et les forces déclinent davantage. Mais cette jeune personne tousse de plus en plus, son oppression s'accroît de jour en jour, elle ne peut monter les escaliers, bref la dyspnée est excessive. C'est dans ces conditions qu'elle est entrée à l'hôpital. Elle est apyrétique ou à peu près, car sa température maximum du soir n'est que de 37°8 et une fois de 38°1. Le pouls est petit, faible, mou, assez dépressible. Le cœur n'a rien. On trouve de la submatité, une respiration rude, quelques craquements, dans la région sous-clavière droite. En arrière, dans la fosse sus-épineuse, il existe un peu de matité, et l'expiration prolongée est très nette. Rien ailleurs dans l'appareil pulmonaire. Les fonctions digestives ne présentent aucun trouble.

La pâleur de la face est remarquable et j'ai trouvé du souffle dans les jugulaires.

Sur les membres inférieurs, vous avez pu voir très nettement les restes de l'éruption, dont cette malade nous avait signalé le début, il y a sept mois. C'est une éruption papulo-squameuse caractéristique. Le doute n'est pas possible un seul instant, il s'agit d'une manifestation cutanée de la syphilis. Cette malade est donc une syphilitique et je ne reviendrai pas sur ce point.

Existe-t-il un rapport entre cette éruption syphilitique et les altérations pulmonaires que nous avons constatées ? Les lésions cutanées sont-elles de même nature que les lésions du poumon ? Ou bien, y a-t-il un rapport indirect entre ces altérations qui siègent en des points différents?

En premier lieu, il s'agit de savoir si l'affection pulmonaire est d'origine syphilitique.

Mais est-ce que la syphilis pulmonaire existe ?

Ambroise Paré et Astruc ont connu cette localisation de la vérole. Les observateurs modernes ont démontré la réalité de la syphilis du poumon. Celle-ci se manifeste sous trois formes principales : 1° sous forme de gommes ; 2° sous forme de sclérose pulmonaire ; 3° sous forme de sclérose associée à des gommes.

1° *Gomme*. — La gomme du poumon est ronde, sphérique, de la grosseur d'une tête d'épingle ordinairement. Parfois, la tumeur atteint le volume d'une noisette et même d'une noix, exceptionnellement, d'un œuf de pigeon. D'habitude,

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 547.

un seul poumon est atteint ; en règle générale, il n'y a qu'un petit nombre de gommes. Chaque tumeur est constituée essentiellement par une enveloppe résistante, dure, nacrée, fibreuse. La partie centrale est jaunâtre, friable, ramollie, formée par une sorte de détritus qui provient de la desquamation épithéliale mélangée à des cellules de nouvelle formation. En somme, cette production ressemble au tubercule. Cependant il existe quelques différences, mais ces différences sont médiocres. L'histologie permet-elle de séparer nettement la gomme du tubercule ? On a dit que le tubercule se caractérisait par la présence de cellules géantes.

Or ces cellules ont été trouvées aussi dans les productions gommeuses. Un autre élément a été considéré comme très important au point de vue du diagnostic anatomique, je veux parler du follicule tuberculeux. Mais, par malheur, on trouve aussi, dans la gomme, des amas qui ressemblent singulièrement au follicule tuberculeux. La différence est donc vague. Reste la constatation du bacille de Koch. Il est certain que celui-ci est pathognomonique. Mais la syphilis, elle aussi, est une affection contagieuse et d'origine microbienne. Lustgarten a découvert un micro-organisme de la syphilis. Or ce micro-organisme ne se différencie pas d'une façon nette, absolue, du bacille de Koch. On ne les sépare, au point de vue du diagnostic bactériologique, que par quelques détails qui portent sur la résistance variable, qu'opposent ces deux bacilles à la décoloration sous l'influence de certains réactifs. Vous voyez donc que les investigations histologiques et les examens bactériologiques ne donnent pas toujours des résultats précis et indiscutables. Mais l'examen attentif à l'œil permet peut-être un diagnostic plus certain. La coque de la gomme est plus résistante que l'enveloppe du tubercule. La gomme qui est semée discrètement sur la surface du poumon fait saillie. Le petit nombre de productions syphilitiques, leur saillie à la face externe, leur rareté dans l'intérieur du parenchyme, leur localisation — fait important — à la partie moyenne surtout et parfois à la base des poumons, sont des circonstances qui permettent de reconnaître cette forme de syphilis pulmonaire. Il faut ajouter que ces productions se trouvent chez des individus en puissance de syphilis et qui présentent parfois des altérations de même origine dans d'autres organes (foie, testicule, etc.).

2° *Sclérose pulmonaire.* — La deuxième forme sous laquelle se présente la syphilis du poumon est décrite sous le nom de *sclérose pulmonaire.* La prolifération du tissu conjonctif interstitiel détermine l'affaissement des alvéoles pulmonaires. Les parties du poumon, atteintes par ce travail pathologique, font d'abord saillie, puis s'affaissent, et il en résulte des cicatrices analogues à ce que l'on rencontre dans certains foies syphilitiques. Dans ces cas encore, c'est la partie moyenne qui est atteinte, quelquefois la base, plus rarement le sommet.

Il existe bien une autre forme de syphilis pulmonaire, je veux parler de la pneumonie blanche, décrite par MM. Depaul et Parrot. Ce complexus anatomique, qui est une bronchopneumonie desquamative, est absolument exceptionnelle chez l'adulte ; elle n'existe guère que chez les jeunes sujets. Je la néglige donc.

3° *Association des gommes et de la sclérose.* — Enfin, nous avons vu que les gommes et la sclérose pulmonaire s'associaient parfois et il est évident que, dans ces cas, les lésions anatomiques, révélées à l'autopsie, sont plus caractéristiques, de même que les symptômes présentés par les malades sont plus marqués.

Les *symptômes* de la syphilis pulmonaire n'ont rien de pathognomonique en eux-mêmes. Il n'y en a pas un seul qui soit spécial à cette localisation de la vérole, mais l'ensemble du complexus symptomatique peut être assez caractéristique pour permettre un diagnostic à peu près certain.

Vous trouverez dans les Annales de la Charité de Berlin, en 1884, l'affirmation d'un médecin qui prétend que beaucoup de cas publiés sous l'étiquette de syphilis du poumon n'étaient pas, en réalité, des localisations de la vérole sur l'appareil pulmonaire.

Le fait est peut-être vrai, mais il n'en est pas moins certain que la syphilis pulmonaire existe.

Dans la forme gommeuse, le symptôme prédominant est la toux. L'expectoration est nulle ou peu abondante. L'examen bactériologique est négatif (il est vrai que les cas de syphilis pulmonaire, où l'on a cherché des micro-organismes dans l'expectoration, sont en réalité très rares).

Les hémoptysies sont très abondantes, suivant les uns; peu copieuses, suivant les autres. En règle générale, on peut dire que les crachements de sang sont peu abondants.

La dyspnée est intense, excessive, hors de proportion avec les lésions. Cette dyspnée extrême doit donc faire penser à la syphilis de l'appareil pulmonaire.

Quant aux signes physiques, ce sont ceux de la tuberculose du poumon. Mais ils empruntent à leur distribution un caractère spécial. Les signes sont ceux d'une induration ou d'une excavation qui siègent à la partie moyenne ou moins souvent à la base du poumon.

Vous savez que, dans la tuberculose, les premiers phénomènes se montrent au niveau des sommets, et cette localisation de signes parfois légers a une importance diagnostique de premier ordre. La syphilis pulmonaire a pour siège de prédilection la partie moyenne ou la base, mais parfois elle débute et se montre au sommet d'un poumon. La tuberculose, par contre, dans des cas exceptionnels, attaque la base du poumon. Il est donc facile de comprendre la possibilité d'une erreur, si l'on s'en rapportait exclusivement aux localisations des lésions.

L'évolution de la maladie est d'un précieux secours. En effet, dès que les tuberculeux commencent à avoir ces signes si légers, si fugaces que nous observons aux sommets des poumons, ils présentent déjà un certain degré d'amaigrissement qui coïncide avec la perte des forces, l'anorexie, etc. La syphilis pulmonaire évolue d'une autre façon, sauf quand elle saisit des individus en pleine cachexie syphilitique, ce qui est rare. Ordinairement, aucun symptôme n'a précédé les signes physiques que l'on constate. La phthisie syphilitique, a-t-on dit, est la phthisie des gens qui ont l'air de se porter bien.

La gomme syphilitique du poumon est un accident tertiaire qui apparaît, en général, deux ou trois ans après le début de la vérole. On a cité des gommes pulmonaires nées neuf ans, vingt-trois ans après le chancre. Comme le phénix, la syphilis renaît de ses cendres. Mais les localisations pulmonaires peuvent-elles se produire plus tôt? Chez notre malade, la syphilis a un an d'existence, bien probablement. Il existe une éruption spécifique qui se voit dans la période secondaire tardive. La syphilis pulmonaire peut-elle être en cause? Je connais deux observations de syphilis pulmonaire précoce : l'une rapportée par M. Mau-

riac qui affirme que la vérole avait débuté dans l'appareil pulmonaire un an après l'apparition du chancre; l'autre observation a trait à un malade qui aurait eu une syphilis du poumon deux mois seulement après l'accident primitif. J'ajoute que les deux auteurs avaient posé leur diagnostic en se basant : 1° sur l'existence incontestable de la syphilis; 2° sur l'efficacité du traitement antisyphilitique qui avait fait disparaître les signes observés du côté des poumons.

N'oubliez pas ces faits : on a décrit en Allemagne une bronchite qui serait contemporaine de la roséole syphilitique et qui serait due à une éruption vérolique sur les bronches. En admettant même la réalité de cette bronchite, il ne faudrait pas confondre cette manifestation précoce et légère de la syphilis, avec les gommes dont je vous ai parlé.

Le diagnostic de la syphilis pulmonaire n'est pas facile. En serrant de très près l'analyse des symptômes et des signes, on trouve, en réalité, peu de faits qui permettent un diagnostic certain, car le siège lui-même de la gomme peut faire tomber dans l'erreur. Cependant, je dois vous signaler tout spécialement l'apyrexie complète des malades atteints de syphilis pulmonaire. La constation de l'absence de fièvre est d'une importance d'autant plus grande, que la tuberculose, dans ses deux dernières périodes, est accompagnée presque toujours d'une élévation thermique vespérale. Il ne faut pas non plus exagérer la valeur absolue de l'apyrexie, car la syphilis détermine parfois une élévation notable de la fièvre pendant plusieurs jours.

On a pensé qu'un signe diagnostique pouvait être obtenu à l'aide de la thermométrie locale, suivant la méthode de M. Peter. Les tubercules élèveraient la température locale, tandis que les gommes ne détermineraient aucune ascension thermique. Ces expériences ont été faites, et elles ont abouti à des résultats négatifs. Je crois, du reste, que la thermométrie locale ne peut guère donner d'indications utiles dans ces cas : les oscillations physiologiques de la température périphérique l'emportent en étendue sur les oscillations pathologiques que l'on peut observer.

L'examen bactériologique peut trancher la difficulté. Dans un certain nombre de cas, n'oubliez pas qu'il faut chercher souvent dans les expectorations le bacille de Koch pour le trouver.

La présence de ce bacille dans les crachats a donc une valeur absolue, mais son absence ne peut avoir qu'une valeur relative. En effet, des examens ultérieurs permettent parfois de rencontrer le micro-organisme qui n'existait pas jusque-là dans les produits d'expectoration.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 novembre 1888. — Présidence de M. Hérard.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. Cornillon, qui se porte candidat au titre de membre correspondant national;

2° Une lettre de M. Pierron (de Pont-à-Mousson), qui se porte candidat au prix Alvarenga;

3° Une étude sur la Bourboule, par M. Lamarque.

COMMUNICATIONS

Traitement des fibromes utérins par l'électrolyse intra-utérine. — M. Delétang fait une communication sur ce sujet. (Sera publié.)

Paralysie atrophique des quatre membres survenue dans le cours d'une grossesse. — M. Desnos communique, en son nom et au nom de MM. Pinard et Joffroy, l'observation suivante :

Une dame X..., déjà affaiblie et anémiée par une métrite hémorrhagique, fut prise, dans les premiers mois d'une grossesse, de vomissements incoercibles. Le défaut d'alimentation détermina dès lors une aggravation rapide de l'état général de la malade, toutes les médications mises en œuvre pour faire cesser les vomissements ayant échoué.

L'exploration de l'utérus faite par M. Pinard n'apporta aucune indication; les culs-de-sac étaient libres; l'utérus n'était pas en rétroflexion; il n'y avait aucun signe d'inflammation pelvienne. M. Pinard rejeta l'accouchement provoqué, dans l'espoir que les accidents cesseraient spontanément vers le quatrième mois, comme il arrive souvent en pareil cas.

Après une légère amélioration dans l'état des voies digestives, la malade fut prise rapidement de paralysie des membres inférieurs. La paralysie était flasque, absolue, avec atrophie des masses musculaires. Les réflexes rotuliens étaient abolis. La contractilité électrique des muscles à l'électrisation faradique était nulle.

La malade accusait des fourmillements, des picotements dans les membres inférieurs, mais la sensibilité cutanée au contact, à la douleur, à la température était partout normale.

Quelques jours après la paralysie envahit les membres supérieurs; elle y fut précédée, comme dans les membres pelviens, par des fourmillements très vifs et s'y installa avec les mêmes caractères. Les sphincters ne furent pas intéressés; il n'y eut ni eschare, ni trouble trophique; la température était un peu inférieure à la normale.

M. Joffroy, appelé en consultation, émit l'opinion que l'évacuation du contenu utérin était nécessaire. L'avortement fut provoqué par M. Pinard le 13 juillet. L'opération eut lieu sans accidents, et les suites en furent des plus simples.

L'alimentation put dès lors être poussée activement et l'état cachectique commença à s'atténuer.

La malade fut envoyée à la campagne et soumise à des séances quotidiennes d'électrisation par les courants continus. Joint à des pratiques hydrothérapiques (enveloppement avec le drap mouillé), ce traitement fut bientôt suivi d'une amélioration lentement progressive de l'état des muscles intéressés. Aujourd'hui, la malade peut marcher sans appui et la guérison peut être tenue pour assurée. Les réactions électriques sont normales aux membres supérieurs, la contractilité est encore légèrement diminuée dans les membres inférieurs.

L'interprétation de ce fait a été discutée par M. Desnos de la façon suivante : la paralysie puerpérale (d'origine urémique) ne saurait être admise dans ce cas, où des traces d'albumine dans l'urine n'ont été constatées qu'à de longs intervalles. S'agirait-il d'une paralysie hystérique? Mais les modifications dans l'excitabilité électrique des muscles et l'absence de tout stigmate d'hystérie rendent cette hypothèse inadmissible.

Le diagnostic se trouve ainsi ramené, soit à une myélite des cornes antérieures, soit à une névrite périphérique parenchymateuse. Bien que l'absence de constatations anatomiques empêche toute assertion catégorique, c'est à l'hypothèse d'une polynévrite que MM. Desnos et Joffroy croient devoir s'en tenir.

De la nature contagieuse de la lèpre. — M. Le Roy de Méricourt dit que, depuis la dernière discussion sur la contagion de la lèpre, un mouvement d'idées s'est prononcé aux États-Unis et en Angleterre.

Le docteur Archdeacon Wright vient de communiquer aux principaux organes politiques et scientifiques de la Cité un document prouvant que la lèpre peut être communiquée d'un individu à un autre.

Il avait obtenu l'autorisation d'inoculer la lèpre à un individu en parfaite santé qui venait d'être condamné à mort. L'opération fut faite le 5 novembre 1885. Trois ans après, on trouva le pri-

sonnier dans l'état suivant : les oreilles sont couvertes de tubercules ainsi que le front. Le visage présente une infiltration tuberculeuse. Les mains sont bouffies, les extrémités de l'index et du pouce ulcérées avec anesthésie. On trouve des infiltrations tuberculeuses sur le dos avec des plaques cramoisies. Les pieds sont œdémateux, bleuâtres: une large plaque de couleur vive sur le genou. Au point d'inoculation, eschare noirâtre, d'aspect kéloïde.

Les médecins, Emerson et Kimball, qui ont signé le procès-verbal, émettent l'opinion formelle que ce malade est atteint de lèpre tuberculeuse.

M. Le Roy de Méricourt, sans vouloir contester la valeur de cette observation, pense que le terrain était absolument propice et qu'il y a encore des réserves à faire.

Pathogénie et prophylaxie des accidents industriels du phosphore et en particulier de la nécrose phosphorée. — M. MAGITOT fait une communication sur ce sujet. L'opinion publique s'est émue dernièrement de certains accidents, dont plusieurs mortels, survenus dans les usines de la Compagnie générale des allumettes, et une demande d'enquête sur ces faits a été adressée par M. le préfet de police aux conseils d'hygiène. Ce sont ces circonstances qui amènent M. Magitot à la tribune de l'Académie.

Dans un travail d'ensemble sur la question ainsi posée, l'auteur fait d'abord un historique du sujet. Il rappelle les travaux entrepris depuis une quarantaine d'années par divers médecins et hygiénistes, il cite toutes les tentatives faites par les conseils d'hygiène, par les Académies, pour faire adopter des prescriptions capables de supprimer les dangers que courent les ouvriers du phosphore et spécialement ceux des allumettes chimiques. Il constate que ces avis n'ont jamais été entendus, ni appliqués, ce qui n'est que trop démontré par les accidents qui continuent à se produire jusqu'à ce jour.

Dans une seconde partie de son travail, M. Magitot étudie la pathogénie de ces accidents : intoxication, action sur les voies respiratoires et surtout la nécrose qui mutile ou tue les ouvriers. Par un grand nombre d'observations personnelles qui s'élèvent au chiffre de soixante-cinq cas, observés en France et à l'étranger, l'auteur se croit en mesure d'affirmer, pour la production de la nécrose, un mécanisme déjà indiqué par M. Th. Roussel, c'est-à-dire la pénétration des vapeurs irritantes du phosphore par la carie dentaire. Toutefois, ce n'est pas une carie quelconque qui servirait de porte d'entrée à la nécrose, mais une forme spéciale, unique, qu'il désigne sous le nom significatif de *carie pénétrante*. C'est une pathogénie exclusive que M. Magitot tend à faire prévaloir par les faits qu'il a rassemblés et en contradiction avec les théories anciennes qu'il combat et réfute, celle des Allemands ou théorie de l'action élective du phosphore sur les os (Lorinser) et celle de la voie gingivale et périostique défendue par MM. U. Trélat, Lailler, etc.

De là à la prophylaxie, la conclusion est tout indiquée : perfectionner les moyens de ventilation et d'isolement des services de fabrication, suppression ou neutralisation de l'atmosphère phosphorée des ateliers : voilà pour l'hygiène de l'usine. Pour l'hygiène individuelle de l'ouvrier : interdire l'entrée de la fabrique à tout individu dont la santé ou la constitution sont défectueuses et surtout s'il est reconnu menacé de nécrose par l'état de sa bouche; visites fréquentes autorisant le renvoi immédiat de tout porteur de lésions prédisposantes. Dans ces conditions, M. Magitot affirme qu'en attendant la réalisation du vœu tant de fois et si stérilement émis de la substitution du phosphore rouge au blanc, l'application rigoureuse des règles et prescriptions qu'il formule à la fin de son travail peuvent réaliser sûrement et radicalement la suppression de tout danger pour l'ouvrier, et en particulier celui de la nécrose phosphorée.

RAPPORT

Épidémies. — M. OLLIVIER lit un rapport sur les épidémies en 1887.

L'Académie se réunit ensuite en comité secret pour entendre la lecture du rapport sur les titres des candidats à la place vacante d'associé national.

Les candidats sont classés dans l'ordre suivant : en première ligne, M. Teissier (de Lyon); en deuxième ligne, M. Lafosse (de Toulouse); en troisième ligne, M. Sirus-Pirondi (de Marseille).

La séance est levée.

VARIÉTÉS

L'École de Vienne.

Depuis les douloureux événements de 1870, il s'est établi chez nous un courant qui nous porte à accepter, peut-être avec trop de précipitation et sans un contrôle suffisant, tout ce qui se dit et se publie au delà de nos frontières. Cependant il est indispensable de séparer soigneusement le bon grain de l'ivraie.

L'an dernier, au cours d'une mission en Autriche-Hongrie, nous avons eu la bonne fortune de recueillir des notes dont la publication a paru devoir être de quelque intérêt. Des circonstances particulièrement favorables nous ont permis de fixer les traits des hommes les plus célèbres de l'École de Vienne.

Peut-être la lecture de quelques-uns des portraits que nous voulons esquisser à cette place ne sera-t-elle pas dénuée de toute utilité pour ceux qui sont obligés de suivre les progrès de la science à l'étranger.

I

L'Université de Vienne, dont la création remonte à l'année 1365, peut être comparée, sans désavantage, aux premières facultés de l'Europe. Cette grande École brille d'un vif éclat, à l'heure actuelle; l'honneur en revient à quelques hommes éminents qui ont illustré la chirurgie, la médecine et la dermatologie. La hardiesse des opérateurs viennois, leur habileté consommée, l'application scrupuleuse de la méthode antiseptique ont contribué, dans une large mesure, à pousser la chirurgie abdominale — pour ne parler que de celle-là — dans la voie féconde où elle marche, avec une témérité que le succès seul peut excuser.

Un homme a eu surtout le privilège de communiquer une impulsion merveilleuse à la chirurgie, et l'a élevée à une hauteur qu'elle n'avait jamais atteinte à Vienne. Cet homme est le professeur de clinique chirurgicale de l'Hôpital général, Théodor Billroth, la plus haute personnalité de l'École autrichienne.

La deuxième chaire de clinique chirurgicale est occupée par le professeur Albert. Qu'est-ce qui a manqué à cet écrivain éminent, à cet orateur éloquent, à ce clinicien sagace, à cet opérateur habile, quoique peut-être un peu émotif, pour acquérir une situation hors de pair dans la capitale de l'Autriche? Les qualités ne lui font certes pas défaut, mais, par malheur pour lui, il vivait côte à côte avec un rival heureux et triomphant, le professeur Billroth.

Dans la pénombre se détache la vague silhouette de Dittel, le Nestor de la chirurgie viennoise, bien connu par ses travaux sur l'appareil génito-urinaire. On aperçoit encore un opérateur forcené, Weinlechner, et, non loin de lui, Salzer, qui a fait une excursion dans la gynécologie, et Mosetig de Moorhof, chirurgien en chef de l'hôpital Wieden, une figure extrêmement originale.

Il est impossible de passer sous silence l'un des plus brillants élèves de Dumreicher, le professeur Johann Hofmolk, chirurgien en chef de l'hôpital Rodolphe.

La médecine était représentée par deux hommes de grande valeur, qui n'ont pas peu contribué à la gloire de la vieille Université, par l'élévation de leur enseignement. Tout le monde a nommé Bamberger et Nothnagel.

Bamberger, qui vient de descendre dans la tombe, était un esprit fin, délié, mais entaché de misanthropie. Malgré la sûreté de son sens clinique, le remarquable professeur de l'Hôpital gé-

néral de Vienne doutait toujours de lui-même, et son scepticisme ne respectait guère les bases les plus solides du diagnostic.

Nothnagel, au contraire, a une entière confiance en lui et croit fermement en son art. Il est, du reste, servi par sa vaste érudition et par ses conceptions marquées au coin de l'ingéniosité.

Ces deux professeurs de clinique dépassaient de plusieurs coudées les autres maîtres de la médecine viennoise. Nothnagel reste donc, à l'heure actuelle, le seul survivant d'une grande École, qui a compté parmi ses membres les plus illustres, Skoda et Oppolzer.

Mais il faut citer Breuer, médecin très recherché, que Billroth honore de sa confiance. Une place spéciale est réservée à Standhartner, qui aime et cultive avec une égale ardeur les arts et la médecine.

Parmi les autres savants, on rencontre Hofmann, professeur de médecine légale, et Stricker, qui occupe avec talent la chaire de pathologie générale et expérimentale.

Meynert, dont la réputation dépasse les limites de l'Autriche, fait autorité dans toutes les questions de pathologie nerveuse. Sur un plan plus éloigné apparaît Benedikt, homme agité, bizarre dans ses écrits comme dans ses actes, mais extrêmement intelligent et très aimable.

Avant d'aller plus loin, il est bon de mettre en lumière l'intéressante personnalité du professeur Winternitz, dont le nom est intimement lié à l'histoire et aux progrès de l'hydrothérapie.

La dermatologie, dont l'enseignement a tant d'éclat à Vienne, possède deux représentants autorisés qui perpétuent les grandes traditions de l'École de Vienne : Kaposi, le plus illustre des dermatologistes, et Neumann, savant clinicien doublé d'un histologiste distingué. Hebra (fils) professe à la policlinique.

La gynécologie a été absorbée pendant longtemps par la dynastie des Brauns. Curieuse histoire que celle de cette famille dont tous les membres, protégés par une mystérieuse mais souveraine puissance, ont réussi à accaparer la plupart des situations officielles! Cependant l'influence prépondérante du vieux Gustave Braun décline sensiblement depuis quelques années. Breisky, arrivé récemment dans la capitale de l'Autriche, est un astre de première grandeur, et Chrobak s'impose de plus en plus par son talent. Il importe de faire mention de Schlesinger, gynécologiste consciencieux, plus célèbre encore par ses éminentes qualités de polémiste. C'est le directeur d'un journal de médecine très apprécié, *Wiener medicinische Blatter*.

On sait avec quel succès la laryngologie est enseignée à Vienne. Trois hommes s'y disputent la première place. Le plus en vue, le plus répandu dans le monde artistique, c'est le fondateur de la policlinique, le professeur Johann Schnitzler. Habileté manuelle, connaissance suffisante de tout ce qui a trait à son métier, instruction générale, rien ne manque à ce spécialiste de valeur. Son urbanité désarme ses détracteurs qui affirment qu'une ambition insatiable l'agite et l'agitera toujours, en dépit des faveurs marquées dont il a été l'objet.

Carl Stoerk, peut-être plus posé que le précédent, est un praticien sage, discret et peu enclin à l'intrigue. Il faillit être appelé auprès du prince Frédéric, mais cette heureuse fortune devait échoir à Léopold von Schrœtter. Ce dernier laryngologiste fut, on s'en souvient, mandé à San-Remo pour examiner l'état du prince impérial. C'est lui qui fut chargé par ses confrères d'annoncer la douloureuse vérité à l'illustre patient. Il s'acquitta de cette pénible mission avec un tact qui lui fait honneur.

Deux professeurs de clinique enseignent l'ophthalmologie. On doit mettre, en première ligne, Carl Stellwag von Carion, oculiste de grand mérite, mais opérateur médiocre et enlizé dans les vieilles méthodes. Son collègue est le jeune professeur Fuchs, bon anatomo-pathologiste, travailleur infatigable, très versé dans son art et capable de faire progresser l'ophthalmologie. Peut-on oublier de mettre en relief Ludwig Mauthner? Cet oculiste remarquable est d'autant plus sympathique qu'il a été victime des injustices du sort et des hommes.

L'otologie a des adeptes distingués qui ont porté à un haut degré de perfection le diagnostic et le traitement des affections de l'oreille. Parmi ces spécialistes, Politzer mérite d'occuper la place d'honneur.

Il suffit de signaler, en terminant, le savant physiologiste Brücke et le vieux professeur Langer qui est mort, il y a quelques mois, après avoir illustré la chaire d'anatomie.

La prochaine étude, qui paraîtra bientôt dans ce journal, sera exclusivement consacrée au grand maître de la chirurgie viennoise, au chef d'une école puissante, dont l'influence s'étend en Allemagne et en Autriche, au professeur de la clinique de l'Hôpital général de Vienne, à Theodor Billroth.

R. Pichevin,
Interne des hôpitaux de Paris.

LE DOCTEUR RIBARD

Une des physionomies médicales les plus aimables et les plus sympathiques vient de disparaître du corps de santé de l'armée.

Le docteur Ribard (Louis-Gaston), médecin-major de première classe au grand hôpital militaire de Lyon, a succombé, dans l'espace de quelques jours, par suite d'accidents de forme urémique, dont la cause réelle est, paraît-il, fort difficile à préciser. Il est mort, on peut dire, à la fleur de l'âge, car il avait à peine quarante-quatre ans, en plein épanouissement de ses facultés physiques, intellectuelles et morales, avec une rapidité déconcertant les plus vaillants et les mieux trempés pour la lutte, sans que rien pût faire présager un dénouement aussi brutal qu'inattendu.

Notre regretté camarade avait fait partie de cette brillante École militaire de Strasbourg, créée par les soins de l'illustre Michel Lévy, école qui a fourni une nombreuse série de médecins distingués ou éminents.

A sa sortie du Val-de-Grâce, dans un rang fort honorable, il débuta par les hôpitaux de l'Algérie. C'est à ce moment que je le vis pour la première fois lors de son passage à Philippeville : cette circonstance me permit, d'ores et déjà, d'apprécier les brillantes qualités de ce jeune aide-major : correction dans la tenue, élocution facile, éducation soignée, intelligence vive et pénétrante, bonne humeur entraînante, fine, spirituelle et aimable.

Les hasards de la vie militaire le placèrent, quelques années plus tard, à mes côtés, dans cette belle École de cavalerie de Saumur, où je pus, à loisir, compléter mon jugement sur son compte. L'aide ne tarda pas à devenir l'ami du major; nos caractères sympathisaient. Depuis, cette amitié réciproque ne s'est pas démentie un seul jour.

Quand il quitta cette école, femmes, enfants, officiers et soldats lui firent une véritable ovation; chacun le regrettait sincèrement. C'était, en effet, un médecin modèle, un serviteur dévoué et ponctuel : je ne lui connaissais pas un défaut.

Ribard avait une belle intelligence, un esprit cultivé, délié et fin; un grand sens dans le jugement, une exquise délicatesse dans les sentiments, une grande dignité professionnelle, une probité austère, l'amour de la justice et de la discipline ; des aspirations saines, essentiellement libérales et généreuses ; la camaraderie facile mais discrète, l'amitié sûre et fidèle, un caractère aimable, gai, égal, bienveillant, mais ferme à l'occasion; une volonté puissante et énergique, une activité toujours en éveil, une éducation soignée, un extérieur distingué et sympathique à première vue, une franchise toute militaire, un dévouement incommensurable pour ses malades, une modestie du meilleur aloi, une dextérité de main incontestable; qualités précieuses et rares qui, jointes à une connaissance approfondie des règlements administratifs et à une grande habitude de l'équitation, auraient fait de lui, un jour, un médecin de corps d'armée accompli. Ayant toujours su obéir, il aurait commandé de même, avec la plus grande distinction.

Son instruction médicale et technique était aussi solide que variée ; elle lui avait valu des éloges très flatteurs de la part du président du jury, lorsqu'il subit, en temps voulu, l'examen d'aptitude actuellement exigé par le règlement.

Des dispositions aussi heureuses m'avaient fait prédire, à mon ancien aide, un brillant avenir. Il l'avait déjà réalisé en partie par des choix successifs et bien mérités, lorsque la mort est venue le surprendre au moment même où il semblait invulnérable, en raison de sa haute et résistante stature et de son bel état de santé habituel.

L'ami que pleurent tous ceux qui l'ont connu était un fils incomparable. Il aimait, à l'adoration, son père octogénaire, pasteur dans la Lozère. Lorsqu'il me parlait de lui avec cette chaleur communicative que possèdent seules les natures d'élite, j'étais sous le charme de sa parole, je me sentais heureux et je me disais en sortant de ces entretiens familiers : « Quelle belle âme, quel noble cœur!... »

Un long séjour à Épinal, où il n'a laissé que des souvenirs affectueux dans la garnison comme dans la population civile à laquelle il a bien souvent rendu de signalés services, le mit en rapport avec notre confrère M. Hœmmerlin, ancien pasteur, qui, le moment venu et à bon escient, n'hésita pas à lui donner la main de sa fille. Il l'a entourée, jusqu'au dernier jour, de la tendresse la plus exquise, des soins les plus délicats, de l'affection la plus pure. Elle, de son côté, charmait la vie de notre infortuné camarade par sa grâce ainsi que par les qualités les plus aimables du cœur et de l'esprit. Ils étaient heureux, bien heureux... Chaque lettre me le disait depuis sept ans. Puis, tout à coup, un affreux malheur est venu s'abattre, avec la rapidité de la foudre, sur ce ménage modèle. Ainsi va la vie, belle souvent, laide parfois!... Joies et tristesses, voilà le destin!... C'est ce qui porte à croire qu'il doit y avoir autre chose « au delà ». C'est l'incognoscible, soit; mais la croyance à cet inconnu répond, quoi qu'on en dise, aux aspirations les plus légitimes du cœur humain.

Je me serais fait un véritable devoir d'aller à Lyon, prononcer, sur la dépouille mortelle de mon fidèle ami, quelques paroles d'adieu ; ma santé ne m'a malheureusement pas permis de donner une semblable satisfaction à mon affliction. Aussi mon cœur a-t-il éprouvé une douce joie en apprenant que plusieurs discours ont été prononcés, à la gare de Perrache, devant une assemblée fort nombreuse d'officiers de toutes armes, en tête de laquelle marchaient les généraux de Tissonnière, Zédé et Delavaux, ainsi que tous les membres du corps de santé et d'administration de la place de Lyon.

Puissent ces quelques pensées dictées par l'amitié, et qui sont au fond du cœur de tous ceux qui ont connu Ribard, atténuer dans la mesure du possible la douleur profonde d'une famille éplorée, à laquelle nous adressons nos sincères compliments de condoléance et dont le chagrin est le nôtre. S'il est cruel de perdre ceux que l'on aime, il est doux, en revanche, de savoir qu'ils étaient unanimement aimés et qu'ils laissent, de leur passage sur cette terre de misère, des marques certaines de la sympathie la plus vive pour leurs personnes. Cela soulage les cœurs affligés et les aide à supporter les épreuves parfois bien dures de la vie : c'est, d'autre part, la récompense de ceux qui ont vécu simplement et honnêtement, sans peur et sans reproches.

Le corps de notre regretté camarade a été dirigé sur Épinal, où il sera inhumé dans un caveau réservé. Là, des mains pieuses viendront déposer des fleurs et des couronnes sur sa tombe; de tendres larmes arroseront ces emblèmes funèbres; des lèvres aimées réciteront des prières sur le marbre glacé, plus heureux, en cela, que ceux de nos malheureux camarades dont les ossements reposent dans les champs solitaires et abandonnés de la terre étrangère.

Heureux ceux dont le cœur est pur, car ils vont à Dieu.

Dr Tarneau,

Médecin principal de 1re classe en retraite.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La séance publique annuelle de l'Académie de médecine aura lieu le 11 décembre prochain. M. le docteur Bergeron, secrétaire perpétuel, prononcera l'éloge de Mélier, ancien inspecteur général des services sanitaires.

— L'Académie des sciences, dans sa séance du 26 novembre 1888, a élu M. le professeur Duclaux, membre titulaire dans la section d'économie rurale.

— Par arrêté ministériel, en date du 31 octobre 1888, une médaille d'honneur, en or, a été décernée à Mlle Poirier, infirmière à l'hôpital d'Annecy.

— Des 34 candidats à l'agrégation de médecine dont nous avons donné la liste dans notre dernier numéro : 3 sont nés en 1849; 1 en 1850; 4 en 1851 ; 2 en 1852; 4 en 1853; 3 en 1854 ; 3 en 1855; 3 en 1856; 6 en 1857; 3 en 1858; 1 en 1859 et 1 en 1860.

Si nous recherchons leur lieu de naissance nous trouvons : 1 candidat né aux États-Unis; 6 nés à Paris; 1 dans l'Aisne; 2 dans les Ardennes; 2 dans l'Aude; 1 dans la Charente; 1 dans la Charente-Inférieure; 1 dans le Doubs; 1 dans le Gers; 3 dans l'Hérault; 1 dans la Haute-Loire; 1 dans la Loire-Inférieure; 1 dans la Meuse; 1 dans la Nièvre; 1 dans l'Orne; 1 dans les Hautes-Pyrénées; 2 dans le Bas-Rhin; 3 dans le Rhône; 1 dans la Haute-Saône; 1 dans Seine-et-Marne; 1 dans Seine-et-Oise et 1 dans le Var.

Enfin, sur les 34 candidats, 27 sont docteurs de la Faculté de Paris, 1 de la Faculté de Bordeaux, 3 de la Faculté de Lyon et 3 de la Faculté de Montpellier.

— M. le docteur Gueillot, ancien interne des hôpitaux de Paris, est nommé médecin-adjoint au lycée de Reims, en remplacement de M. le docteur Lévêque, non acceptant.

— M. le docteur Godard est nommé membre du Comité d'inspection et d'achats de livres, près la bibliothèque de Mamers.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Charreyre (d'Yssingeaux), Rampont (de Chablis), sénateur, et de M. Chopart, interne des hôpitaux de Paris.

— Les travaux du laboratoire de zoologie comparative de l'École pratique des hautes études, au Muséum d'histoire naturelle, commenceront le 1er décembre à une heure de l'après-midi. Ils consisteront en dissections, déterminations d'animaux, exercices micrographiques, etc. — Des conférences seront faites en vue de la préparation à la licence et à l'agrégation.

Le laboratoire des recherches est ouvert à Paris pendant toute l'année scolaire.

Le laboratoire maritime du Muséum, à Saint-Vaast-la-Hougue, sera ouvert à partir du 1er mars.

M. E.-L. Bouvier, chef des travaux pratiques, prévient les étudiants que les inscriptions seront reçues au laboratoire de malacologie, 55, rue de Buffon, de onze heures du matin à quatre heures du soir.

— Le laboratoire de botanique (organographie et physiologie), dirigé par M. Ph. Van Thiegem, au Muséum d'histoire naturelle, sera ouvert tous les jours, de onze heures à quatre heures, à partir du lundi 10 décembre. Pendant la durée du cours, qui commencera le jeudi 6 décembre, des leçons pratiques auront lieu le mardi matin.

Le laboratoire de recherches est ouvert tous les jours de huit heures du matin à sept heures du soir et toute l'année. — Les élèves qui désirent prendre part aux travaux sont priés de se faire inscrire à l'avance, au laboratoire de l'École pratique des Hautes-Études, 63, rue de Buffon.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

DE L'HYSTÉRECTOMIE TOTALE

ET DE L'HYSTÉRECTOMIE PARTIELLE DANS LE CANCER UTÉRIN.

I

Depuis longtemps la tribune de la Société de chirurgie n'avait retenti d'une façon aussi éclatante. La communication de M. Verneuil, faite dans le but principal de remettre en honneur l'amputation du col trop dédaignée de nos jours, a suscité une vive émotion parmi les chirurgiens partisans de l'hystérectomie totale, dans le traitement du cancer utérin. Le débat s'est élargi dès la première attaque. A un moment, la lutte faillit devenir confuse, manquer de direction, et s'égarer loin du but. La discussion semblait même devoir entraîner des conséquences bizarres, au premier abord, et quelque peu troublantes. Qu'on en juge.

La possibilité de poser un diagnostic ferme du cancer de l'utérus fut mise en doute ou peu s'en faut. Au dire de quelques-uns, non seulement la clinique ne permettrait pas de reconnaître la tumeur maligne, mais encore l'examen macroscopique et même l'investigation microscopique la plus compétente n'auraient pas souvent le pouvoir d'éclairer le diagnostic sur la nature de la production morbide. Il est vrai qu'un chirurgien, contempteur résolu des recherches histologiques, déclara que pour affirmer l'existence d'un cancer, dans un cas difficile, il suffisait de toucher le point suspect avec le fer rouge et d'attendre les événements. La cautérisation avait-elle porté sur une tumeur maligne, aussitôt apparaissait une poussée nouvelle dont la constatation mettait à l'abri de toute erreur. Ce moyen de diagnostic fut généralement trouvé, sinon insuffisant, du moins dangereux et finalement inacceptable.

Une autre assertion fut émise avec courage, mais sans grand succès. L'hystérectomie totale — a-t-on dit — a un but élevé, elle n'aspire à rien moins qu'à la cure radicale du cancer.

L'espoir de guérir pour toujours une femme d'un cancer, légitimerait les sacrifices les plus grands et les risques opératoires les plus considérables.

Enfin, un aphorisme paradoxal, ou plutôt original, vit le jour au milieu de ces mémorables débats. Plus la lésion est limitée au col, a-t-il été avancé, plus il faut que l'opération soit large et complète. En d'autres termes, on aura d'autant plus raison d'enlever totalement l'utérus que le néoplasme sera plus petit, plus circonscrit à la partie la plus inférieure du col.

Mais, pour arriver à un résultat pratique, il fallait serrer la discussion, défendre l'amputation du col, établir un parallèle entre les deux hystérectomies, afin de mettre en relief les avantages et les inconvénients de ces opérations, les indications et les contre-indications de l'hystérectomie totale.

Et d'abord, que signifient ces mots : cure radicale?

Connaît-on une méthode opératoire permettant d'enlever un cancer quelconque, avec la certitude d'empêcher la récidive? Quand le chirurgien a extirpé largement le néoplasme, les lymphatiques et les ganglions de la région, est-il sûr d'avoir mis la malade à l'abri d'un retour du cancer? La triste mais trop évidente réalité est que la guérison radicale du cancer, en général, est encore à trouver, et que, trop souvent, même dans les cas les plus favorables, la récidive se montre, soit dans la zone lymphatique du néoplasme primitif, soit à distance.

Dans le cancer de l'utérus, quand les lymphatiques et les ganglions sont envahis, l'ablation totale de l'utérus sera suivie à brève échéance de la reprise du cancer, car l'opérateur ne peut enlever ni les lymphatiques ni les ganglions les plus voisins. Mais le pourrait-il qu'il serait incapable d'éviter à coup sûr l'infection de l'organisme.

Ces raisons suffisent pour condamner l'expression de cure radicale, quand on l'applique au cancer utérin.

L'expression « guérison du cancer » signifie seulement que la malade n'a pas eu de récidive, plus ou moins longtemps après l'opération.

II

Le cancer est limité au col. Quelle opération faut-il faire? M. Verneuil répond sans hésitation : l'hystérectomie partielle. Et pourquoi? D'abord, parce que l'opération est suffisante et efficace. Non seulement beaucoup de malades tirent un bénéfice immédiat et très réel de l'opération, mais encore un certain nombre d'entre elles ont une survie très longue, à partir de l'acte chirurgical. Ces femmes seraient même considérées comme radicalement guéries par ceux qui commettent l'abus de langage victorieusement combattu par MM. Kirmisson et Verneuil, à la Société de chirurgie.

Il suffit de rappeler à nouveau la statistique des malades opérées par M. Verneuil et les brillants résultats qu'il a consignés (1).

M. Marchand rapporte deux exemples de guérison, l'un datant de sept ans et l'autre de cinq ans. M. Schwartz affirme qu'une femme atteinte d'un épithélioma lobulé n'a pas de récidive, quatre ans après l'amputation du col. Carl Braun, sur 123 malades, cite 2 opérées qui n'avaient aucune récidive douze ans après et une indemne pendant dix-neuf ans et demi.

Les tableaux d'Hofmeier démontrent qu'après trois ans, sur 49 cas, il y avait encore 23 femmes sans récidive; 11 guéries après quatre ans; 6 après cinq ans; 4 après six ans; enfin, 2 après sept ans.

La statistique de Pawlich est plus convaincante encore : sur 136 amputations du col, cet auteur dit que la récidive n'existait pas au bout de trois ans, dans 5 cas; au bout de quatre ans, dans 2 cas; au bout de cinq ans, dans 3 cas; au bout de sept ans, dans 3 cas; au bout de huit ans, dans 1 cas; au bout de douze ans dans 2 cas; enfin, chez une opérée, après dix-neuf ans.

Sans chercher ailleurs de plus nombreuses survies, voilà donc des guérisons persistantes qui prouvent l'efficacité d'une opération simple, accessible à la grande masse des praticiens.

L'amputation du col a encore un avantage incomparable, c'est sa bénignité. Pawlich déclare que l'amputation du col ne donne qu'une mortalité de 2,20 pour 100 et sa statistique porte sur 136 cas. Il est incontestable que l'ablation du col est une intervention bénigne et qu'un chirurgien, exercé à ce genre d'opération et appliquant avec rigueur la méthode antiseptique, peut réduire facilement à zéro la mortalité opératoire. Dans tous les cas, cette bénignité sera toujours plus grande, quoi que l'on fasse, que celle qui résultera des perfectionnements futurs de l'hystérectomie totale.

Tous ces avantages de l'hystérectomie partielle ont produit un certain trouble dans l'esprit de ceux qui préconisent systématiquement l'ablation totale de la matrice. Ils ont essayé de mettre en doute l'exactitude du diagnostic, chaque fois que la malade a eu une survie considérable. Ils ont exagéré, comme à plaisir, les difficultés du diagnostic, dans les cas les plus fréquents. On a dit que l'examen histologique n'était pas toujours démonstratif. Mais ce sont des vérités connues et de longue date. Les derniers travaux consignés dans la thèse de Bar signalent l'incertitude du diagnostic, au début de l'affection. Mais ces faits sont exceptionnels, et lorsque des chirurgiens de grande expérience déclarent que la clinique, les examens macroscopique et microscopique concordent pour démontrer la malignité d'une tumeur, on est mal venu d'opposer un doute qui ne repose sur aucun argument précis à une affirmation aussi catégorique. Du reste, les cas de guérison sont trop nombreux pour ne pas échapper, au moins en partie, à ce sophisme. Mais une preuve irrécusable de l'existence du cancer utérin et de l'efficacité de l'amputation partielle, c'est la récidive ganglionnaire observée chez des malades qui sont restées absolument guéries, pendant plusieurs années.

Si le diagnostic est hésitant, a-t-on le droit de proposer l'amputation totale de préférence à l'hystérectomie partielle? Évidemment non.

(1) Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 1121.

Il n'est certes pas permis d'exposer de gaieté de cœur, aux risques opératoires de l'hystérectomie totale, une femme qui n'a peut-être qu'une affection bénigne, une métrite par exemple.

Au reste, si le diagnostic est impossible dans certains cas, si quelques rares malades ont subi l'hystérectomie, alors qu'elles n'avaient que des affections bénignes, si, par suite, les longues survies observées sont dues à une erreur de diagnostic, l'objection vise aussi bien l'hystérectomie totale que l'amputation du col.

III

La statistique d'Hofmeier embarrasse singulièrement les adversaires de l'hystérectomie partielle. Voici ce tableau comparatif, d'après M. Pozzi :

	Guérisons obtenues par	
	l'hystérectomie partielle.	l'hystérectomie totale.
Au bout d'un an. . .	51 p. 100	63 p. 100
— de deux ans.	46 —	24 —
— de trois ans.	24 —	0 —

Il est bon de faire remarquer que cette statistique ne peut avoir et n'a qu'une valeur relative; cependant elle tend à prouver que l'hystérectomie partielle donne des survies plus longues et plus nombreuses que l'ablation totale de la matrice. Cette constatation a soulevé des objections. Logiquement, a dit M. Bouilly dans son excellent discours, je ne puis accorder qu'une résection partielle donne des résultats complets où l'hystérectomie totale n'en donnerait pas. Et, en effet, le cancer est-il limité au col, l'hystérectomie totale devra assurer une survie aussi longue que celle qu'aurait donnée l'amputation du col. D'autre part, l'hystérectomie totale ne doit-elle pas fournir des guérisons prolongées, quand le corps est envahi, c'est-à-dire dans les cas où l'amputation partielle serait suivie de récidive fatale ?

L'hystérectomie totale a donc une action plus étendue et partant plus efficace. Ce raisonnement semble être inébranlable, et, cependant, l'amputation du col donne plus fréquemment de longues survies que l'ablation totale de la matrice.

Ce fait est-il aussi bizarre et aussi illogique qu'on a bien voulu le dire ? C'est ce qu'il faut examiner.

De deux choses l'une, ou le corps de l'utérus est envahi sans que l'on s'en doute, ou il ne l'est pas. S'il ne l'est pas du tout, l'amputation totale peut évidemment arrêter la marche du cancer et être l'origine d'une guérison sinon définitive, du moins prolongée. C'est ce qu'aurait fait l'amputation du col. Mais il ne faut pas oublier que l'hystérectomie totale traîne à sa suite une mortalité opératoire considérable et que beaucoup de femmes succombent exclusivement du fait de l'acte chirurgical. Plusieurs, parmi ces victimes, n'auraient-elles pas eu une longue survie, si le chirurgien s'était borné à l'amputation si bénigne du col ? La réponse n'est pas douteuse. Voilà donc une première cause d'infériorité de l'hystérectomie totale, par rapport à sa rivale.

Mais le corps de l'utérus a été envahi insidieusement. Dans cette deuxième hypothèse, l'hystérectomie partielle aurait laissé dans la matrice un cancer en voie d'évolution. L'hystérectomie totale supprime tout le cancer utérin et a, par suite, quelques chances d'enlever le néoplasme en

entier. C'est une supériorité de la grande opération sur l'amputation du col.

Mais ces chances d'ablation totale du mal sont minimes. Quand le corps de l'utérus est envahi, la propagation cancéreuse indique l'ancienneté des lésions ou la marche rapide, envahissante, du néoplasme. Dans ces conditions, les lymphatiques sont presque toujours infectés, ainsi que les tissus péri-utérins. De là la fréquence et la rapidité des récidives, dès que le cancer a dépassé les limites du col.

Cette supériorité de l'ablation totale sur l'ablation partielle est donc réduite à un minimum par le seul fait de l'envahissement presque fatal du système lymphatique. Lorsque le cancer s'est propagé au corps, elle n'est pas suffisante, dans ses résultats, pour compenser la terrible gravité de l'opération.

Aussi les fanatiques de l'hystérectomie totale, impressionnés par les retours offensifs du cancer propagé au corps de l'utérus et espérant toujours diminuer la gravité de l'acte chirurgical, n'ont-ils pas craint de professer que leur opération de prédilection devait être surtout faite quand la lésion était limitée au col. En d'autres termes, ils voient dans l'envahissement du corps une mauvaise condition pour opérer. L'indication la meilleure de l'hystérectomie totale serait donc la localisation absolue du cancer au col.

Une telle doctrine est un aveu d'impuissance ou à peu près. Enlever d'autant plus de tissus que la lésion est moins étendue, est chose nouvelle en chirurgie. Faut-il, pour un petit cancer de l'extrémité de la langue, amputer toute la langue, les piliers du voile, une partie du pharynx, etc. ? L'épithélioma du gros orteil qui n'est pas accompagné d'adénite doit-il être traité par la désarticulation de la cuisse, sous prétexte que, plus on a coupé, plus la guérison est probable ?

On n'a pas le droit, en se basant sur la simple possibilité d'envahissement du corps, de proposer à une femme l'ablation de tout l'utérus, alors que la lésion est limitée à une partie du col : l'hystérectomie totale a une statistique trop peu encourageante pour qu'une telle tentative puisse être légitimée. Les suites opératoires sont graves. Voici la mortalité fournie par d'importantes statistiques :

Hegar et Kaltenbach. . .	257	23. » p. 100
Gusserow.	253	23.23 —
Sarah Post (2e série). . .	495	24 » —
Munde	256	24.60 —
Sarah Post (1re série). . .	341	27 » —
Duncan.	270	28 » —

M. Secheyron, à la fin de son travail, sur un total de 1000 cas, donne une mortalité de 21,90 p. 100, tandis que M. Le Fort fournit le chiffre de 25 p. 100.

La gravité de l'opération est donc incontestable.

Parmi les nombreuses femmes qui ont subi l'hystérectomie totale, depuis l'époque où cette opération est entrée dans la pratique jusqu'à la fin de 1885, combien en trouve-t-on, à l'heure actuelle, qui vivent sans récidive? Trente-trois.

Est-ce là cette guérison radicale poursuivie avec tant d'ardeur par certains chirurgiens?

Cependant, dans la liste des guérisons prolongées, on rencontre des femmes qui ont été opérées pour des cancers du corps.

IV

Ces survies, si chèrement acquises, démontrent cependant que l'ablation totale peut donner quelques résultats satisfaisants.

Quand le cancer débute par le corps de l'utérus (66 cas seulement, d'après Gusserow), quand le col et le corps sont infiltrés, il y a lieu d'agiter la question de l'hystérectomie totale. Mais à une condition, c'est que l'on aura exploré avec un soin extrême les culs-de-sac, la vessie, le rectum et les ligaments larges. Il faudra aussi constater la mobilité de l'utérus, et la possibilité de l'abaisser facilement. Une longue expérience est indispensable pour reconnaître quelques-uns de ces signes précieux. Mais « l'opérateur ne sait jamais s'il ne se trouvera pas en présence d'un cancer déjà propagé... La délicatesse extrême du toucher ne saurait permettre de reconnaître un ou plusieurs nodules du volume d'une lentille : il ne faut guère compter surprendre le mal à ses débuts... La certitude d'opérer dans un cas indemne de toute propagation aux lymphatiques ne peut être acquise. » Telle est l'opinion de l'un des plus fervents adeptes de l'hystérectomie totale.

C'est pourquoi l'ablation totale de l'utérus, opération grave, ne doit être tentée que dans certaines conditions strictement limitées, alors que l'hystérectomie partielle ne donne pas l'espoir d'une longue survie.

V

Quelle conclusion peut-on tirer de cette importante discussion? C'est que le cancer du col doit être attaqué de bonne heure par l'amputation partielle de l'utérus.

Cette amputation du col est la méthode de choix. L'hystérectomie totale ne sera exécutée, que si un examen attentif démontre l'infiltration du corps de l'utérus. Au moindre indice d'envahissement des lymphatiques, des ganglions ou des viscères voisins, on devra délaisser l'hystérectomie totale et avoir recours à d'autres méthodes purement palliatives, plus faciles et moins dangereuses. Parmi ces méthodes, l'amputation du col tiendra encore une place d'honneur, car elle soulagera les malades, arrêtera leurs hémorrhagies, leur donnera souvent l'illusion de la guérison et éloignera, souvent d'une façon fort appréciable, le terme fatal de leur existence, si gravement compromise.

R. Pichevin.

HOTEL-DIEU. — M. Germain Sée.

Types cliniques du cœur.

Les maladies du cœur ne sont pas distinctes entre elles; c'est pour ainsi dire toujours la même maladie qui revêt des aspects différents, des types divers. L'origine de la plupart de ces états morbides, c'est l'endocardite qui est elle-même dans tous les cas, — qu'elle soit aiguë ou subaiguë ou à récidive, qu'elle soit ulcéreuse ou végétante, — du domaine des affections parasitaires. Il faut désormais se résigner à cette donnée fondamentale de la microbie de l'endocarde, et à une autre conception non moins révolutionnaire, à savoir la dénégation complète de la nature inflammatoire des endocardites.

C'est sous l'influence latente et souvent éloignée d'une maladie spécifique et surtout du rhumatisme articulaire ou choréique que l'endocarde se dénature par l'action des

microbes, bien définis dans l'endocarde, mal dessinés dans les articulations. Souvent c'est à l'occasion d'une fièvre typhoïde, d'une diphthérie, depuis longtemps oubliée, d'une scarlatine, d'une mauvaise couche, ou bien encore d'une pneumonie micrococcique, ou même de la syphilis, plus connue par sa virulence que par son micro-organisme, en un mot d'une maladie infectieuse ou virulente, que le mal s'établit silencieusement, perfidement, dans les valvules ou dans le muscle du cœur; c'est donc partout et toujours une origine microbique. Il n'y a d'exception que pour les processus chroniques des valvules aortiques, bien que chez les jeunes gens ce soit encore le rhumatisme qui les atteint dans sa marche envahissante. Il n'y a guère que chez les vieillards, que les altérations de l'endocarde valvulo-aortique sont dominées par une autre cause, un autre mécanisme : elles concordent, en effet, avec les transformations graisseuses, athéromateuses, scléreuses des artères et se montrent en réalité comme leurs conséquences, leurs effets. Abstraction faite de cette éventualité, l'*endocardie* microbique préside à toutes les dégénérescences du cœur.

C'est bien la nature dégénérative et sans trace d'inflammation qu'on retrouve dans toutes les lésions du cœur, à l'état chronique comme dans la période d'acuité de l'endocardite qu'il vaudra mieux désormais appeler *endocardie*. Elles frappent dans les deux cas les mêmes parties, les mêmes éléments, les mêmes points; l'analogie existe jusque dans les produits de l'invasion microbique, et se continue jusqu'au moment où se manifeste, dans les lésions permanentes, ce caractère spécial de la rétraction qui déforme les valvules. Les modifications anatomiques et histologiques de texture sont dues principalement à l'hyperplasie, à l'augmentation du tissu connectif qui, dans la forme chronique, produit un tissu consistant, solide et fibreux. Ainsi toute la maladie n'est que la continuation du processus morbide qui a débuté sous la forme aiguë ou subaiguë, ou bien elle passe d'abord inaperçue pour le médecin et le malade, et se développe d'une manière insidieuse; mais au fond c'est le même procédé pathologique, c'est la même maladie avec un type différent. C'est pourquoi, nous disons qu'il n'y a pas là deux maladies du cœur, mais deux types cardiaques de la même espèce que nous appellerons : 1° *type endocardique* et 2° *type valvulaire*.

Le *troisième type* ou artérique dérive des artères et de leurs profondes altérations connues sous le faux nom d'artérite, et sous la véritable dénomination de sclérose et d'athérome; les artères, malades par les progrès de l'âge, ou par une vieillesse anticipée, par l'alcoolisme, la goutte, le diabète, impriment aux tissus du cœur leur cachet et, aux orifices artériels du cœur, leur dénaturation scléreuse, fibro-connective.

Quatrième type. — Parmi les artères, il faut distinguer les artères nourricières du cœur lui-même, ou *artères coronaires* (leur dégénérescence constituera le quatrième type); la *sclérose coronaire* provoque dans la nutrition du cœur les déviations les plus graves, les plus nombreuses, à savoir l'adipose du cœur et sa transformation fibreuse et dans tous les cas une profonde anémie; c'est cet état exsangue qui produit, sous le nom d'*angine de poitrine*, des perturbations souvent mortelles; cet état est la résultante de l'oblitération, ou, du moins, du rétrécissement fibreux, ou athéromateux, ou même calcaire, des artères coronaires.

Par l'importance fondamentale de son action, le sang des coronaires domine toute l'organisation, tout le fonctionnement du cœur, et, partant, toute notre vie; c'est bien le moins que nous consacrions à ces scléroses coronaires le rang suprême; ce quatrième type cardiaque, par la place, sera désormais le premier par le rang hiérarchique et par son immense influence, car il provoque souvent plus et autre chose qu'une anémie avec la terrible *angor pectoris* : il fait rétrogader toute la nutrition du muscle, la sclérose coronaire fait dégénérer le cœur qui devient fibro-scléreux; nous entrons par là dans un cinquième type ou dégénératif.

Cinquième type. — A son tour et par elle-même, la régression fibro-connective constitue un nouveau danger, malheureusement trop fréquent, qui vient se relier à l'altération fondamentale des artères coronaires; on voit ainsi comment tout s'enchaîne dans la série morbide.

Sixième type. — Voici une preuve de plus de cette intime connexité. A la suite des lésions valvulaires, quelle qu'en soit l'origine microbique ou artérique, le cœur subit des *hypertrophies* ou *des dilatations* de la manière suivante :

Dès que le cœur gauche est obligé de lutter contre un obstacle au passage du sang, à travers les ouvertures ayant subi un rétrécissement, ou bien contre un reflux du sang en arrière, vers son point de départ, parce que les soupapes ou valvules, destinées à fermer ces orifices, sont devenues insuffisantes, ou bien encore contre un impedimentum semé sur la route du sang cheminant dans les artères déformées, ce cœur développe toute sa force ; il travaille avec excès et se développera de même, il devient hypertrophique ; s'il se fatigue ou s'use à ce métier, il s'affaisse et ses cavités se laissent dilater ; c'est l'origine du *type hypertrophique* et *hypercavitaire* (sixième type).

Tous ces types s'enchaînent sans solution de continuité, souvent même s'entraînent sans rémission d'une manière fatale, le *fatum* étant souvent pris dans le sens le plus heureux, comme on le voit pour l'hypertrophie compensatrice des entraves de la circulation, ou réparatrice de l'équilibre rompu. Mais dans la filiation entre ces types d'une même souche, d'une même race, nous avons négligé l'individu, c'est-à-dire son sang pauvre ou riche qui régit ses nerfs, le système nerveux personnel et celui du cœur, qui met tout en mouvement ou qui trouble toute l'harmonie, c'est-à-dire le rythme régulier de l'organe. Ces états nerveux du cœur, qui constituent le *septième type*, type nerveux, et qui traduisent d'ailleurs parfois, ou bien masquent des lésions organiques latentes dégénératives du muscle cardiaque, méritent grande considération ; ce n'est pas qu'ils mènent par l'agitation ou par la douleur du cœur à une lésion hypertrophiante, ce n'est pas possible ; on voit des cœurs battre à 140 pulsations et plus pendant des mois et des années, de manière à constituer les manifestations appelées palpitations, tachycardie, maladie de Basedow, sans que le muscle cardiaque subisse la moindre altération, ni même la moindre fatigue.

En sens inverse, on voit des individus avec le cœur ralenti, ce qui est souvent grave ; on en voit d'autres accuser une grande sensibilité de la région précordiale et qui n'ont rien qu'une cardiodynie ou cardialgie, qui guérit facilement; on voit des cœurs musculairement forcés, des cœurs nerveusement épuisés, des cœurs irréguliers ou palpitants, soit avec, soit sans la moindre altération de l'organe ; c'est une étude intéressante et une difficulté souvent insurmontable de diagnostic.

Le *huitième type* ou *péricardique* se rapproche singulièrement du type fondamental de l'endocardie, soit par son

évolution, soit par ses origines communes, par la microbiose surtout.

Le dernier type (9e) ou *type anévrysmal* est constitué spécialement par les dilatations et les anévrysmes de l'aorte; les anévrysmes du cœur lui-même n'ont qu'une importance secondaire; ceux de l'aorte peuvent laisser le cœur à peu près intact et faire parfois leur évolution d'une manière indépendante.

Tous ces types morbides présentent (excepté en général les types nerveux) une période troublée qui est mauvaise et une période terminale souvent mortelle. La première, c'est ce qu'on a coutume d'appeler l'asystolie; la deuxième comprend les coagulations du sang veineux ou thromboses, les projections au loin dans le système artériel des fragments coagulés ou de colonies microbiques du sang (*embolies*), d'où il résulte des ramollissements ou infiltrations de sang dans les organes atteints par l'embolie, ou des hémorrhagies, plus rarement des gangrènes.

Cet ensemble de lésions coagulatives et emboliques constitue l'incident grave ou la terminaison de la plupart des types cliniques. L'histoire de ces mauvaises phases en sera le corollaire.

Quand par là nous aurons terminé la *clinique du cœur*, il ne nous restera plus qu'à reconnaître ce qui appartient en particulier aux divers âges de la vie dans les deux sexes; les *types individuels* (ou dixièmes types) depuis la naissance, la croissance, l'adolescence jusqu'à la vieillesse, compléteront cette longue évolution que le cœur subit à l'état physiologique et dans ses déviations de l'état normal.

TRAITEMENT DES FIBROMES UTÉRINS

PAR L'ÉLECTROLYSE INTRA-UTÉRINE.

Par M. le docteur DELÉTANG (de Nantes).

Chargé du service d'électrothérapie des hôpitaux de Nantes, nous avons traité quatre-vingt-dix-sept femmes depuis 1884 (époque où nous avons suivi pendant un certain temps la clinique de M. le docteur Apostoli), trente-deux d'entre elles nous ont été envoyées par des confrères, qui ont pu contrôler eux-mêmes les résultats du traitement: MM. les docteurs Heurtaux et Joüon, membres correspondants de l'Académie de médecine; Poisson, Chenantais, Malherbe, Ollive, professeurs à l'École de médecine de Nantes; Berneaudeaux, Ménager, Attimont et Gruget.

Nous n'avons employé que l'électrolyse intra-utérine à l'exclusion de toute ponction et seulement dans le cas de fibromes interstitiels, éliminant ainsi les tumeurs fibro-kystiques et les fibromes plus ou moins pédiculisés qui nous semblent peu justiciables de ce traitement.

Les effets immédiats de l'électrolyse intra-utérine consistent en:

A. Une contraction en masse de l'utérus et des tumeurs au début de la séance, contraction non constante;

B. Une congestion de tous les organes intercalés dans le circuit; cette congestion est à peu près constante et persiste ordinairement plusieurs heures avec accompagnement de coliques;

C. Parfois la disparition brusque de l'hémorrhagie préexistante.

Les effets consécutifs se succèdent généralement dans l'ordre suivant:

1° Les hémorrhagies, après avoir présenté parfois une augmentation passagère, disparaissent;

2° Les douleurs, les troubles fonctionnels s'amendent ensuite. Ces phénomènes ne sont point en rapport avec le volume de la tumeur, ils se rapportent bien plutôt à la zone inflammatoire qui entoure si souvent ces productions;

3° Enfin la masse diminue, mais dans cette diminution, il importe de distinguer deux phases:

a. La zone inflammatoire périphérique se résorbe; le fibrome, mieux dégagé, paraît plus petit et plus dur, mais sa rétraction n'est d'abord qu'apparente. C'est à cette résorption qu'il faut attribuer la segmentation des grosses masses et la mobilisation des fibromes adhérents qu'on observe si fréquemment. A cette période, les phénomènes morbides disparaissent, et l'état général se relève. L'aggravation momentanée de tous les symptômes, assez fréquente au début du traitement, dépend de la congestion de la zone inflammatoire.

b. Le fibrome enfin se rétracte lui-même. Cet effet n'est pas constant.

Le courant électrique, on le voit, a bien plus d'influence sur la métrite et sur ses symptômes que sur le fibrome lui-même, mais cette constatation ne diminue en rien la valeur de l'électrolyse.

Malgré la persistance d'une tumeur devenue très dure et bien tolérée, les femmes se déclarent très souvent guéries, et rien n'empêche, en somme, de les considérer comme telles.

Parfois, il se produit une atrésie du canal cervical, atrésie qui, du reste, cède facilement à une dilatation graduée.

Nous nous sommes servi d'intensités modérées: 100 milliampères en général, quelquefois un peu plus dans les cas rebelles. La durée moyenne des séances a été de cinq minutes; leur intervalle de cinq à six jours, ce qui a prolongé un peu les traitements. Toutes les précautions indiquées par M. le docteur Apostoli, antiseptiques et autres, ont toujours été scrupuleusement suivies.

Dans ces limites, l'électrolyse intra-utérine peut être considérée comme absolument sans danger. Sur plus de onze cents séances pratiquées sur quatre-vingt-dix-sept patientes, on a observé un seul accident, une phlegmasie sans suites.

Nous avons simplement exposé le résultat de notre pratique; et nous serions très disposé à croire que l'application de plus hautes intensités, telles que les emploie M. le docteur Apostoli, aurait pu amener des effets encore meilleurs et surtout plus rapides.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 novembre 1888. — Présidence de M. POLAILLON.

COMMUNICATIONS

Statistique. — **M. TRÉLAT** fait connaître la statistique des opérations qu'il a pratiquées dans son service pendant l'année scolaire 1887-1888. Dans les trois dernières années, il avait eu 6 p. 100 de mortalité opératoire; dans cette dernière année, il n'a eu que 4,1 p. 100 de mortalité. La statistique de cette année porte sur 386 opérations. Il constate donc, dans ses résultats, un progrès réel et régulier. Pour les grandes amputations, il a eu 16 p. 100 de mortalité, en comptant les cas où les blessés sont arrivés mourants, déjà en pleine septicémie aiguë. Ce sont ces cas qui chargeront toujours les statistiques. Il a pratiqué 27 opérations de hernies et n'a eu que 1 décès en deux ans. Il n'a eu aucun décès pour les cures radicales de hernies. Il a fait 70 opérations gynécologiques sans un seul décès; 3 laparotomies pour kystes du foie sans décès; sur 10 laparotomies pour des kystes de l'ovaire ou des trompes, il a eu 2 décès.

Hystérorrhaphie. — **M. TERRIER**, à propos de la communication qu'il a faite dans la dernière séance, rappelle que la première opération qui a été faite pour remédier à la chute de l'utérus appartient à Olshausen, en 1886; que cette opération a été faite par un procédé tout différent de celui qu'il a employé, et que, du reste, elle n'a pas été suivie d'un succès définitif. La seconde opération de ce genre a été faite par Philips (1888); et enfin la troisième est celle que M. Terrier a communiquée dans la dernière séance.

M. TRÉLAT, trouvant très défectueux le mot de ventrofixation pour désigner cette opération, propose celui d'hystéropexie (πῆξις, fixation).

M. **LUCAS-CHAMPIONNIÈRE** vient de faire tout récemment la même opération pour remédier à une rétroflexion utérine.

DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DU CANCER UTÉRIN

M. **BERGER** a pratiqué 2 hystérectomies vaginales totales pour cancers de l'utérus et a eu 2 morts opératoires, l'une par septicémie puerpérale, l'autre par urémie causée par le pincement d'un uretère. Ces résultats le rendent très réservé pour l'acceptation de cette opération dans le traitement du cancer de l'utérus.

M. **VERNEUIL** se félicite d'avoir suscité le débat qui vient d'avoir lieu et remercie ses collègues de la parfaite courtoisie qu'ils ont tous apportée dans la discussion. Il constate, avec satisfaction, que le résultat de cette discussion semble devoir se résumer dans une sorte de protestation contre l'emploi exclusif de l'hystérectomie vaginale totale et de reconnaissance officielle de l'hystérectomie partielle. Celle-ci, en effet, compte encore d'assez nombreux partisans, tels que MM. Polaillon, Marchand, Tillaux. Quant aux partisans de l'hystérectomie totale, en particulier MM. Trélat, Terrier, Bouilly, Richelot, ils demandent qu'on attende pour juger de sa valeur réelle. Pourquoi attendre? se demande M. Verneuil. Les faits apportés dans la discussion suffisent, semble-t-il, pour juger la question. La comparaison faite à l'étranger, entre les deux hystérectomies, est bien faite pour démontrer que l'heure de la réaction a sonné.

Trois ans et demi d'expérience ont largement suffi pour montrer que l'hystérectomie totale est une opération dangereuse, donnant une mortalité considérable, accessible seulement aux virtuoses de la chirurgie, tandis que l'hystérectomie partielle est une opération simple, facile, nullement dangereuse, suffisamment efficace en tant qu'opération palliative et à la portée de tous les praticiens. Quant à la cure radicale rêvée par les partisans de l'hystérectomie totale, elle est plus que problématique; on sait qu'on ne peut jamais être sûr d'avoir obtenu une radication complète du mal en matière de cancer.

Revenant sur le manuel opératoire de l'hystérectomie partielle, M. Verneuil rappelle qu'il pratique l'amputation sous-vaginale avec l'écraseur, en deux hémisections; il préfère l'écraseur à l'anse galvanique, comme étant plus simple, d'une application plus facile, plus sûr au point de vue des hémorrhagies et moins dangereux. A l'appui de cette opinion que l'hystérectomie partielle est à la portée de tous les praticiens, il cite un article de M. le docteur Malécot, qui rapporte deux observations personnelles, dans lesquelles il a lui-même pratiqué cette opération avec un succès opératoire parfait. Par contre, M. Verneuil insiste sur la gravité de l'hystérectomie totale, gravité reconnue par ses plus ardents défenseurs eux-mêmes; il fait ressortir la mortalité considérable à laquelle elle donne lieu. Pour la défendre, on s'est appuyé sur le principe du tout ou rien, mais bien à tort, puisqu'elle ne donne aucune garantie sérieuse contre la récidive.

Réunissant tous les cas d'hystérectomies totales pour cancers publiés par les membres de la Société de chirurgie, M. Verneuil arrive à un total de 109 opérations, sur lesquelles on compte 35 décès opératoires, 31 morts de récidives, 18 morts prochaines, — les malades étant actuellement en pleine récidive, — et 25 survies ou guérisons temporaires. Donc, ajoute M. Verneuil, 77 fois sur 100 vous aurez perdu la bataille, 35 fois au premier choc, 31 fois au second choc. Restent 25 guérisons possibles, sur lesquelles 2 seulement datent de trois années. Or quel fondement peut-on faire sur cette survie, quand on compte des récidives six ans après l'opération partielle, comme dans un des cas de M. Verneuil? En fait de cancers, trois années de bonne santé et de guérison apparente ne prouvent rien.

M. Verneuil entre ici dans la discussion des faits et des observations; il relève plusieurs inexactitudes de l'argumentation de M. Terrier et répond successivement à MM. Bouilly et Richelot.

Toutefois, il n'entend pas exclure définitivement l'hystérectomie vaginale totale de la pratique chirurgicale; il admet qu'elle peut être indiquée dans certaines conditions exceptionnelles. Au dire même de ses partisans, elle ne doit être pratiquée que dans les cas de limitation du cancer au col de l'utérus avec intégrité parfaite des ligaments larges et des culs-de-sac, ce qui revient à dire que l'hystérectomie totale n'a de chances de succès que là où l'hystérectomie partielle donne exactement les mêmes chances.

M. Bouilly reprochait à M. Verneuil de se montrer si parcimonieux dans l'intervention pour le cancer de l'utérus, alors qu'il se montre si large quand il s'agit du cancer du sein, de la langue ou de la face. A ce reproche, M. Verneuil répond en faisant observer que l'intervention radicale est d'abord beaucoup plus grave et plus dangereuse dans le premier cas que dans les autres; qu'en outre, on se trouve toujours, en matière de cancer utérin, en présence de grandes incertitudes sur le siège exact, l'étendue et les limites du mal. Enfin si M. Verneuil se montrait si large en fait d'intervention pour le cancer, alors que M. Bouilly était son interne, c'est-à-dire il y a déjà quelques années, depuis, il se décourage un peu en face du cancer et est moins disposé à opérer qu'autrefois. Il cite, comme exemple, le cancer du rectum, qu'il a cherché à combattre avec toute son énergie par des interventions aussi larges et aussi étendues que possible; aujourd'hui, il se borne à des opérations palliatives, à faire un anus iliaque, etc. Or ce découragement, qu'il éprouve en présence de certaines opérations, M. Verneuil voudrait que ses collègues le ressentissent, surtout pour l'hystérectomie vaginale totale.

Rappelant les réflexions de MM. Terrier et Trélat sur les difficultés du diagnostic anatomique et sur l'importance de l'anatomie pathologique et de l'histologie en pareille matière, M. Verneuil déclare partager complètement l'avis de ces collègues à ce sujet; on sait que plus que personne, et l'un des premiers, en France, il a insisté sur l'importance des recherches histologiques. Tout en attachant à ces recherches une grande importance, surtout au point de vue de la détermination de la nature du cancer et, partant, de sa marche et de son pronostic, il fait observer que tout clinicien un peu expérimenté ne se trompe pas sur le diagnostic du cancer de l'utérus, pour peu qu'il observe sa malade pendant quelque temps.

M. Verneuil, en terminant, conseille à ses collègues, sous peine d'être traité de nouveau de réactionnaire, d'attendre un peu avant d'aller plus loin dans l'étude de l'hystérectomie totale, de s'arrêter et de s'en tenir, pendant quelque temps, à l'hystérectomie partielle.

M. **LE PRÉSIDENT** déclare close la discussion sur le traitement du cancer de l'utérus.

PRÉSENTATION DE MALADE

M. **BERGER** présente une petite fille à laquelle il a pratiqué une ostéotomie avec redressement du fémur pour un cal vicieux. Cette enfant s'était fracturée le fémur, et la consolidation s'était faite d'une façon extrêmement vicieuse, presque à angle droit. Une première tentative d'ostéoclasie manuelle, faite par M. Berger, était restée sans résultat. C'est alors qu'il se décida à pratiquer une ostéotomie et à placer ensuite le membre dans l'appareil de M. Hennequin. Le membre est aujourd'hui parfaitement redressé et il n'y a pas de raccourcissement.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 29 novembre 1888, a été promu dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Cordier, aide-médecin, docteur en médecine.

— *Agrégation des Facultés de médecine.* — M. le docteur Cochez (Achille-Jean-Louis), né à Ronchin (Nord), le 11 mars 1857, est admis à prendre part au concours qui doit s'ouvrir le 15 dé-

cembre 1888, à Paris, pour onze places d'agrégés des Facultés de médecine (section de médecine : pathologie interne et médecine légale).

— La dernière question traitée au concours de l'externat est la suivante « Symptômes et diagnostic de la pneumonie franche aiguë. »

— M. Th. Anger, chirurgien de l'hôpital Cochin, actuellement en congé pour cause de santé, est remplacé par M. Tuffier, chirurgien du Bureau central.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — L'assemblée de la Faculté a élu M. le professeur Hecht, délégué au Conseil général des Facultés, en remplacement de M. Heydenreich nommé doyen.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Chenevier, conseiller général du Doubs et ancien directeur de l'École de médecine de Besançon. Notre confrère, originaire de Metz, n'était âgé que de soixante-deux ans.

— Le laboratoire de botanique (classifications et familles naturelles), au Muséum, dirigé par M. le professeur Bureau, sera ouvert pour les travaux d'études et de recherches, tous les jours, à partir du 3 décembre 1888, de onze heures à quatre heures. Les étudiants qui se proposent d'y travailler, peuvent se faire inscrire de midi à quatre heures, aux galeries de botanique du Muséum d'histoire naturelle.

Pendant l'hiver, des conférences pratiques ayant pour objet l'étude des familles qui ne seront pas traitées cette année dans le cours de botanique (classifications et familles naturelles) du Muséum auront lieu chaque semaine, à partir du mardi 4 décembre, à une heure de l'après-midi, au laboratoire de l'École pratique des hautes études, rue de Buffon, 63. Des travaux pratiques, correspondant aux sujets traités dans le cours, commenceront au printemps.

— M. le professeur Ph. Van Thiegem commencera, au Muséum, le cours de botanique (organographie et physiologie végétales), le jeudi 6 décembre 1888, à huit heures et demie du matin, dans l'amphithéâtre de la galerie de minéralogie, et le continuera les samedi, mardi et jeudi de chaque semaine, à la même heure.

Le professeur exposera, au double point de vue morphologique et physiologique, le développement des plantes vasculaires, en insistant sur les espèces vulgaires.

Des leçons pratiques auront lieu le mardi au laboratoire de botanique, rue de Buffon, 63.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris.—L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le travail lu dans la dernière séance par M. Magitot, sur la pathogénie et la prophylaxie des accidents industriels du phosphore, et en particulier de la nécrose phosphorée, a amené aujourd'hui à la tribune M. Brouardel et est devenu le point de départ d'une petite discussion.

Voilà plus de trente ans que, justement émus des accidents terribles observés chez un trop grand nombre d'ouvriers employés à la fabrication des allumettes chimiques, les conseils d'hygiène, les Académies appellent, sur cette question, l'attention des pouvoirs, et proposent des mesures propres à supprimer les dangers que courent ces ouvriers.

Parmi ces mesures, il en est une, simple, pratique, sûrement efficace, qui est en vain demandée depuis longtemps par les hygiénistes et les médecins, c'est la substitution du phosphore rouge au phosphore blanc dans la fabrication des allumettes. Pourquoi cette réforme si simple n'a-t-elle jamais été adoptée ? C'est là un de ces mystères comme on en rencontre trop souvent chaque fois que se trouvent en présence les intérêts de l'hygiène et ceux de l'industrie. L'Académie, entraînée par les arguments que lui a présentés M. Brouardel, demande encore une fois la mesure radicale déjà tant de fois demandée vainement, et vote à l'unanimité la prohibition du phosphore blanc dans la fabrication des allumettes chimiques. Espérons que cette unanimité finira par triompher de la coupable inertie des pouvoirs compétents.

Avant cette discussion, M. Faucher, l'ingénieux inventeur du tube servant au lavage de l'estomac, a fait une heureuse application de son procédé chez l'enfant nouveau-né. Il y a là évidemment une ressource précieuse et qu'il est bon de signaler aux praticiens.

M. Bouloumié a fait une communication sur le transport des blessés de guerre, question qu'on ne saurait étudier de trop près, étant donné les conditions nouvelles de la guerre.

Enfin, M. Laugier a lu une curieuse observation d'autodestruction chez une aliénée.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

Les accidents de chemin de fer.

(Leçon recueillie par M. le docteur BERBEZ, chef de clinique adjoint.)

Parmi les nombreux malades que je désire faire passer aujourd'hui sous vos yeux, se trouve un homme qui a été victime d'un accident de chemin de fer et qui présente cet ensemble symptomatique spécial, auquel quelques auteurs ont cru devoir donner le nom de « névrose traumatique ».

Il s'agit d'un homme vigoureux, âgé de cinquante-six ans; il rentre dans la catégorie des hommes énergiques, il a été chasseur d'Afrique, il est aujourd'hui conducteur de chemin de fer et ne présentait aucune trace d'un nervosisme quelconque au moment où l'accident dont il a été victime se produisit.

Le 17 août dernier, le fourgon dans lequel il se trouvait a subi dans une manœuvre le choc d'une locomotive; notre malade a été ramassé sans connaissance au milieu des débris du wagon. Il n'est revenu à lui qu'au bout de quelques minutes et s'est trouvé entouré des gens accourus pour lui porter secours, il n'avait que des contusions légères, mais il eut de la peine à reprendre ses idées, et ne se rendit pas compte de ce qui s'était passé. Même, il avait complètement oublié les événements qui ont précédé l'accident, il avait donc *un peu d'amnésie rétroactive*. Au bout de dix minutes, il se rappela son nom et son adresse qu'il avait également oubliés.

Le blessé fut assez vite remis de ses contusions. Mais depuis l'accident, il présente un état mental spécial et bien digne d'attirer l'attention.

Psychiquement, il n'est plus le même; il a perdu la mémoire; la mémoire des noms en particulier, il oublie les choses dont on le charge. Son service est forcément rempli de fautes involontaires. C'est à un point tel, qu'il a dû être mis en disponibilité. Sans soucis et assez gai auparavant, il est devenu *sombre*, *morose*, *inquiet*. Son caractère a changé. Il ne dort pas, la nuit : quand il parvient à sommeiller il rêve de coups et de batailles, il revoit les combats auxquels il a assisté quand il était soldat, etc.

Jamais il ne rêve de l'accident.

Est-il dans son wagon, il est sujet à des sortes de vertiges produits par le mouvement du train. Les roues qu'il voit tourner; la voie qu'il voit fuir l'attirent et lui causent un malaise insurmontable. Tout l'effraie. Dans la rue cependant, il marche sans tituber et ne voit pas le sol monter et

descendre devant lui, comme cela est fréquent chez les névropathes de cette catégorie.

Comme troubles de la sensibilité, notre blessé accuse un point très douloureux sous le mamelon droit, sans que l'examen le plus minutieux révèle ni fracture de côte bien ou mal consolidée, ni lésion profonde d'aucune nature. Il se plaint aussi d'une douleur ou plus justement d'une pression derrière la tête, d'une sorte de casque pesant qui lui étreint la région occipitale.

Objectivement, on constate une asthénie musculaire des plus accusées, le dynamomètre donne 18 à gauche et 38 à droite. Nous sommes loin du chiffre normal.

Si nous ajoutons à tous ces symptômes que notre traumatisé digère mal et longtemps, qu'il se sent gonflé après le repas, qu'il lui monte des bouffées de chaleur au visage, nous aurons un tableau à peu près complet de la maladie dont il est atteint. Disons encore qu'il est considérablement affaibli au point de vue sexuel.

Eh bien! il y a dans l'histoire de ce malade un certain nombre de points sur lesquels je désire attirer l'attention.

D'abord l'*amnésie rétroactive*. Le blessé ne se souvient pas, non seulement de l'événement lui-même, mais il a encore perdu le souvenir des faits qui ont précédé le tamponnement du fourgon. Un jour, ma voiture a renversé, sur le boulevard Saint-Germain, une femme qui se rendait au marché. Je l'examinai à loisir dans une crémerie où on l'avait portée, et je m'aperçus que, bien qu'atteinte de contusions sans gravité, elle ne pouvait rien dire de l'accident qui venait de lui arriver. Bien plus, elle ne se rappelait plus ni son nom, ni son adresse, ni même où elle allait quand elle a été renversée par les chevaux.

La conséquence de cette amnésie est que le médecin légiste doit, en pareil cas, examiner de près le blessé qui demande des dommages et intérêts à l'auteur responsable de l'accident, et n'accepter, que sous bénéfice d'inventaire, les détails que fournit la victime, détails qui, la plupart du temps, lui sont fournis par les témoins de l'événement.

M. Azam (de Bordeaux) a étudié les effets du choc nerveux et a cité dans son intéressant mémoire une série de faits analogues à ceux que nous rapportons.

Or, l'état spécial dans lequel se trouve le malade est bien connu des neuropathologistes. C'est ce qu'on peut appeler la neurasthénie traumatique. Ce mot même ne doit qu'être un renseignement étiologique et ne peut en aucune façon indiquer une espèce morbide : la perte de la mémoire, les vertiges, la céphalée en forme de casque, la dyspepsie, l'insomnie, les modifications du caractère, tout cela est bien connu et rentre dans le cadre de la neurasthénie classique, qu'elle soit traumatique ou bien qu'elle suive les excès de travail d'un ingénieur ou d'un négociant.

Par les mots de *Railway-Brain*, *Railway-Spine* on crée un mot faux en nosographie. Il n'y a qu'une neurasthénie comme il n'y a qu'une hystérie.

Il est impossible, dans l'examen objectif de plusieurs neurasthéniques, de distinguer les traumatisés de ceux chez qui la névrose a évolué spontanément.

En effet, ce traumatisme dont, au dire des auteurs, viendrait tout le mal, ce traumatisme, sur lequel on se base pour constituer une maladie ou névrose traumatique, peut être nul. Un de nos malades faillit être écrasé par un tonneau qu'il descendait dans une cave, cet homme n'a eu qu'un doigt abîmé, le traumatisme a été peu de chose, mais le choc nerveux a été énorme. Cet homme, au lieu d'être un prédisposé à la neurasthénie, était un prédisposé à l'hystérie, il est devenu hystérique. C'est là ce que les Anglais ont appelé le *Nervous Shock*, et les Allemands *Shrecklæhmung*. M. Page raconte des cas semblables.

Pour moi, je pense que, grâce à l'émotion, le cerveau des traumatisés neurasthéniques est placé dans les mêmes conditions que le cerveau des hypnotiques. Dans cet état, toutes les suggestions, celles qui viennent d'autrui, comme les auto-suggestions sont possibles et je ne serais pas étonné que le point douloureux, dont rien ne nous donne la raison d'être, ne soit le résultat d'une auto-suggestion douloureuse. Dans la chute, le malade a pu se heurter le thorax et s'imaginer ensuite qu'il avait là une douleur des plus vives.

Ne pouvons-nous pas rapprocher ces faits de l'histoire de cette jeune fille de Strasbourg qui voit un obus éclater à ses pieds, se croit atteinte et ressent une douleur aiguë au point où elle s'imagine avoir été frappée. Enquête faite, elle n'avait rien reçu du tout.

Un pas de plus et nous arrivons à une névrose connexe de la neurasthénie, nous voulons parler de l'hypochondrie. Il y a, à tout ce cortège de symptômes qui constituent cette affection, un point de départ réel, mais singulièrement amplifié.

J'espère que vous comprendrez la nécessité de connaître et d'étudier tous ces cas difficiles. Tous les jours, un médecin légiste peut avoir à se prononcer sur un cas de ce genre. Il est dû une compensation à des gens chez qui un semblable accident amène une incapacité de travail plus ou moins longue. Un shock nerveux un peu intense est plus grave qu'une jambe cassée. J'ai connu un médecin commotionné dans un accident, qui demeura un an sans pouvoir se livrer à l'exercice de sa profession. Il est donc nécessaire aujourd'hui de fixer ces cas-là d'une manière sûre.

Je vous présente, pour terminer cette leçon, un homme très vigoureux, qui a été blessé à la tête par un éclat de meule.

Comme le malade précédent, ce traumatisé a gardé peu de souvenirs de l'accident, il a des vertiges, de la céphalée. La nuit, il dort mal ou bien rêve de batailles, de coups, de luttes. C'est à peine aujourd'hui s'il peut travailler. Ce dernier a été violemment contusionné, mais il est facile de voir que l'un et l'autre ont présenté à un haut degré ce qu'on est convenu d'appeler la neurasthénie traumatique.

NOTE SUR UN CAS D'OSTÉOME DES FOSSES NASALES

Par M. le docteur Montaz,
Chirurgien en chef de l'hôpital de Grenoble.

I

La rareté excessive des ostéomes des fosses nasales, la difficulté qu'ils offrent habituellement au diagnostic, l'imprévu qu'ils présentent à l'intervention chirurgicale, m'ont décidé à publier ce remarquable exemple. On verra par les recherches bibliographiques qui terminent cet article que, depuis sept ans, il ne s'en est pas publié un seul cas, à ma connaissance du moins, dans la littérature médicale française. C'est donc faire œuvre utile que d'attirer les regards des chirurgiens sur ce coin de la pathologie.

Il y a quelques mois, j'étais appelé, par un de mes confrères, dans une ville d'un département voisin. Il s'agissait d'apprécier

l'opportunité d'une action chirurgicale et d'opérer, séance tenante s'il y avait lieu.

Le malade, soumis à mon examen, était un homme de cinquante-deux ans; son passé pathologique se réduisait à zéro. Surtout pas le moindre soupçon de syphilis.

D'une apparence magnifique, dirigeant un important commerce, ne fumant pas, notre homme est père de trois enfants, très vigoureux. L'affection dont il voulait être débarrassé était survenue lentement, insidieusement, sans douleurs, et avait débuté, deux ans auparavant, au niveau du grand angle de l'œil, sous forme d'une petite tuméfaction. Le malade s'était aperçu bien vite que, parallèlement à l'accroissement de cette tumeur, le jeu des fosses nasales s'était altéré. Aux phénomènes de coryza chronique du début, enchifrénement, jetage, avait succédé une difficulté respiratoire, du côté gauche d'abord, plus tard du côté droit.

Au moment de mon examen, je trouvai sur le côté gauche de la racine du nez, au niveau du sac lacrymal ou un peu en avant de lui, une tumeur grosse comme une noix, très dure, absolument indolente; la peau glissait sur elle et présentait son aspect normal. La dureté était manifestement osseuse. Il n'y avait pas la moindre mobilité. Un peu d'épiphora.

Cherchant à établir les connexions de la tumeur avec les fosses nasales, je dirigeai mon exploration de ce côté et je pus constater que la respiration nasale, difficile à droite, était impossible à gauche. C'est même cette difficulté qui poussait le malade à réclamer une intervention radicale.

A l'aide du spéculum de Duplay et du miroir ophthalmoscopique, je m'aperçus bien vite que la fosse nasale gauche, dans sa partie supérieure, était occupée par une tumeur étendue, déviant la cloison à droite, indolente. La muqueuse la recouvrait et présentait un aspect à peu près normal.

Un stylet, poussé sur la saillie, donnait immédiatement la sensation d'une résistance et d'une dureté considérables. Le toucher bucco-pharyngé, avec le doigt recourbé derrière le voile, attestait une intégrité absolue du pharynx nasal. Pas de ganglions. Urine normale.

Au point de vue diagnostique, il y avait lieu d'admettre une tumeur osseuse ou ostéoïde. Sa consistance ne pouvait laisser de doute. Mais il fallait éliminer l'idée d'une tumeur, primitivement molle, plus tard ossifiée ou calcifiée, parce que toujours la tumeur avait été dure; d'une exostose ostéogonique, à cause de son siège et de l'âge du malade; d'une hyperostose syphilitique ou d'une ostéomyélite gommeuse, à cause du siège, de l'aspect très limité de la tumeur, de l'absence de douleurs ostéocopes, enfin de l'échec du traitement ioduré, déjà institué.

Il fallait donc, après une série d'éliminations, se rabattre sur l'idée d'un ostéome des fosses nasales, quoique son aspect s'écartât sensiblement de la description classique et qu'un signe important lui manquât, presque pathognomonique des ostéomes, je veux parler de la mobilité.

Le diagnostic posé, l'intervention eut lieu séance tenante. Le malade fut endormi au chloroforme et je lui fis, sur le point culminant de sa tumeur, une incision cutanée, verticale, de 3 à 4 centimètres. En un instant, j'arrivai sur une tumeur d'aspect blanc, recouverte de périoste. Celui-ci fut décollé avec la rugine.

Je m'apprêtais à user de la gouge et du maillet lorsque, saisissant ma tumeur avec le davier à os, je constatai qu'elle était mobile et l'extirpai comme une molaire.

A sa place existait un orifice arrondi, taillé aux dépens de l'apophyse montante et de l'unguis; par cet orifice, le doigt pénétrait dans la fosse nasale, mais sans devenir libre. La pituitaire avait été refoulée par le prolongement intra-nasal de la tumeur qu'elle coiffait. Au fond de cette cavité, on sentait la cloison déprimée et enfoncée dans la fosse nasale droite.

Un grand lavage au sublimé fut fait. Je plaçai un petit drain et réunis la peau par des sutures au crin de Florence.

Tout se passa très simplement. Après une semaine, la guérison était définitive. J'ai revu le malade récemment. Il n'y a pas de récidive. En déprimant la peau au niveau de l'ancienne tumeur, on retrouve l'orifice osseux peut-être rétréci. Les fosses nasales sont absolument libres.

La pièce osseuse enlevée a la forme d'un sablier. Elle est formée de deux tubérosités séparées par un étranglement circulaire. De ces deux tubérosités, l'une est assez régulièrement arrondie; c'est celle qui faisait saillie sous la peau. L'autre est irrégulière et présente des anfractuosités séparant des éminences tubéreuses; c'est la portion intra-nasale. Enfin l'étranglement correspond à l'ouverture du squelette nasal.

La longueur totale de cet ostéome est de 4 centimètres. Son poids est de 35 grammes. Sa blancheur est éclatante. Il est très dur, éburné, et se trouve manifestement constitué à sa périphérie par du tissu compact.

Pour étudier sa structure intérieure, une coupe a été faite avec une scie fine, la pièce étant fixée à un étau. Cette section a été longue et pénible à cause de la dureté de la pièce. Sur la coupe on voit une couche périphérique très épaisse, constituée par du tissu compact, au centre un peu de tissu spongieux. C'est d'ailleurs ce qu'ont noté la plupart des auteurs.

Il était intéressant de savoir si on avait affaire à du tissu osseux vrai, comme l'avancent les classiques, ou bien à un tissu ostéoïde, ou même à une simple calcification. Pour cela, une mince lamelle a été détachée de la coupe, puis usée à la pierre ponce, enfin colorée au picro-carmin. Le microscope a décelé sur cette lame des ostéoplastes très nombreux, disposés sans un ordre bien net, et des canalicules osseux partant de ces ostéoplastes. On pouvait même voir quelques canalicules récurrents. Au résumé, structure du tissu osseux normal.

La question des ostéomes des fosses nasales n'est pas très riche en renseignements bibliographiques. Cela tient évidemment à la rareté de cette affection. On en jugera par l'énumération qui termine cet article.

Par contre, les ostéomes de l'orbite fournissent une plus ample moisson, témoin les deux articles du *Dictionnaire encyclopédique* : os, d'Heydenreich; ORBITE, de M. Chauvel; la monographie de Berlin dans le *Journal de Graefe et Sæmisch*, le rapport de M. Chauvel sur une observation de M. Badal (*Bull. Soc. de chir.*, 1886), l'article de M. Panas sur les ostéomes fronto-orbitaires (Congrès français de chirurgie, 1re session).

Cette pénurie d'une part, cette abondance relative d'autre part, ne peuvent s'expliquer que par la rareté des ostéomes des fosses nasales. Et cependant, s'agit-il de deux maladies différentes? Nous ne le croyons pas. Quel que soit le point où vienne saillir l'ostéome, que ce soit le nez, l'orbite, la cavité cranienne, toujours on peut trouver le point de départ dans les fosses nasales ou dans leurs annexes, sinus frontaux, ethmoïdaux, etc. Toutes les observations publiées d'ostéomes de l'orbite parlent dans le même sens. La tumeur a été d'abord intra-nasale ou incluse dans une annexe; plus tard par les progrès de sa croissance, elle est venue faire saillie sur le nez, dans l'orbite, au front, dans la cavité cranienne, donnant lieu à des symptômes communs d'abord, puis particuliers à la région occupée: exorbitis pour l'orbite, phénomènes cérébraux pour le crâne, etc.

L'origine de toutes ces tumeurs n'est donc pas douteuse; elles sont toutes des ostéomes des fosses nasales; elles naissent sur les parois des fosses nasales ou de leurs diverticules. Quant à savoir quel est exactement, dans la paroi nasale, l'organe qui leur donne naissance, l'os (Virchow, *Compendium*), le périoste (Michel de Nancy, Bornhaupt), la membrane de Schneider (Verneuil, Dolbeau, Duplay), c'est là un point de vue purement spéculatif qui n'offre guère d'intérêt et qu'on n'élucidera pas de longtemps.

Toutefois l'observation clinique ne laisse guère de doute

dans les cas comme le mien. Pour qu'un ostéome puisse refouler en dedans la pituitaire sans la détruire, pour que, d'autre part, il se substitue à l'os de la paroi, il faut bien admettre que son origine est manifestement dans le tissu osseux.

THÉRAPEUTIQUE

De la chair musculaire en tant qu'aliment thérapeutique.

Par M. le docteur Zabé.

Le ton que présentent les tissus, les organes et l'ensemble de l'homme vivant, est quelque chose d'indéfinissable. Ce n'est cependant que la résultante de l'activité du mouvement de nutrition moléculaire, et de la résistance des individus aux influences morbides, résultante essentiellement variable, suivant l'âge, le tempérament ou les diathèses respectives. Ce quelque chose d'indéfinissable, quoique facile à comprendre, joue un très grand rôle en thérapeutique. Nourrir les malades, leur redonner du ton, est devenu l'indication majeure de tout traitement rationnel. Si, pendant une longue maladie, le tissu musculaire s'est atrophié, si les matières albuminoïdes du plasma ont diminué, il faut, de toute nécessité, recourir à l'alimentation la mieux appropriée, c'est-à-dire à l'alimentation la plus azotée. En l'espèce, l'agent le plus réparateur est, sans conteste, la chair musculaire des animaux.

La viande crue, bien préparée, sans aucune trace de tissu fibreux, est très riche en principes protéiques et d'une digestion assez facile. En plus de la fibrine et de l'albumine, elle contient encore des chlorures et surtout des phosphates alcalins. Or, d'après les données biologiques générales, le phosphate de chaux joue un rôle important dans l'accomplissement de la nutrition. Bibra a mis en lumière ce fait, que le phosphate de chaux existe chez un animal, en quantité d'autant plus grande, que son activité est plus énergique.

Mais l'usage de la viande crue, en dehors de la répugnance qu'elle inspire à beaucoup de malades, présente de sérieux inconvénients. Elle peut contenir des œufs de tœnia, et donner ainsi le ver solitaire. Un inconvénient plus grave encore, c'est que les animaux tuberculeux sont loin d'être rares, et que l'ingestion de leur chair est capable d'engendrer cette affection. Des expériences multiples l'ont prouvé.

Quant au bouillon, il n'offre aucune valeur au point de vue réellement alibile. Par ses qualités eupeptiques, il n'a qu'un simple pouvoir peptogène. Les extraits et jus de viande ne sont pas plus nourrissants que le bouillon. Quant au sang, qu'il soit pris chaud, à l'abattoir, ou desséché, sous forme de poudre, il ne peut entrer en parallèle avec la chair des animaux. Son utilisation gastronomique la plus réputée, le boudin, fût-il même de Nancy, n'est-il pas indigeste pour un grand nombre d'estomacs?

M. Debove, le premier, il y a quelques années, eut recours à la poudre de viande, pour alimenter les malades arrivés à la période cachectique. Sa tentative fut couronnée d'un franc succès. Il arriva ainsi à pouvoir nourrir des malades tout à fait épuisés, sans provoquer ni vomissements, ni diarrhée. Et, de fait, la poudre de viande est un aliment des plus riches en principes protéiques, facilement digéré et assimilé, et partant des plus nutritifs. Sous un faible volume, elle représente quatre fois son poids de viande crue, de sorte que 100 grammes de poudre répondent comme valeur nutritive à 400 grammes de viande fraîche.

Aussi, donnée à des doses variant entre 30, 60, 100 grammes et plus, elle produit une réelle suralimentation, que M. Debove a justement appelée l'alimentation thérapeutique.

Expérimentée dans les hôpitaux de Paris, et préconisée par d'éminents praticiens, la poudre de viande a depuis lors constamment donné des résultats remarquables. Aujourd'hui, elle est placée au premier rang des agents de rénutrition, et la thérapeutique contemporaine la compte au nombre de ses plus précieuses conquêtes (1).

Dans les cas si nombreux de phthisie pulmonaire, à forme apyrétique, des effets surprenants résultent de cette alimentation corroborante. Les sueurs cessent; le sommeil devient plus calme; la toux et l'expectoration diminuent, pour disparaître ensuite. Les chairs sont moins flasques, le ton et l'embonpoint tendent à reparaître. En même temps, les symptômes locaux s'amendent heureusement. Les forces du malade augmentent rapidement; l'appétence pour les aliments fait place au dégoût que ceux-ci inspiraient, la viande principalement. La maigreur diminue; le facies change d'expression; l'organisme se refait. Certains malades, soumis pendant sept à huit semaines à ce régime, ont vu le poids de leur corps augmenter de 5 à 10 kilogrammes. La poudre de viande est donc, pour l'instant, le réparateur analeptique par excellence. Si, dans ces conditions nouvelles, le tuberculeux respire un air pur, s'il a soin de se garer des rhumes, ces coups de fouet toujours dangereux, il pourra survivre aux bacilles qui, suivant l'expression de Koch, sécheront sur place en cessant de se reproduire, faute d'un terrain convenable.

Le médicament le mieux approprié au traitement des dyspepsies, quelles qu'en soient la nature et la cause, c'est l'aliment facilement digéré et assimilé. Divisée en poudre impalpable, la viande est attaquée de tous côtés par le suc gastrique. Et comme le faisait judicieusement observer M. Dujardin-Beaumetz, l'un de nos maîtres les plus aimés, cette facile digestion est une preuve directe de l'influence de l'état moléculaire des corps sur leur digestibilité. C'est également la confirmation des expériences de Schiff qui veut que la viande soit un des meilleurs peptogènes. En effet, sous l'influence de l'alimentation par la poudre de viande, les estomacs les plus paresseux reprennent leurs fonctions et l'appétit tend à renaître. Les peptones offrent, il est vrai, à la muqueuse stomacale, un aliment tout digéré. Mais, par ce fait même, elles tendent à annihiler les fonctions de cet organe, au lieu de les exciter à se développer. Ces préparations doivent être réservées pour les cas rares de maladies où l'intromission dans l'estomac n'est plus possible, et être alors administrées en lavements.

Les qualités de la poudre de viande la rendent tributaire des diarrhées chroniques et de la diarrhée chez les phthisiques. Privée de matière grasse, elle constitue l'aliment le plus léger, lequel est entièrement digéré par l'estomac. Il en résulte que l'intestin enflammé est tenu au repos et que la guérison s'obtient précisément, grâce à ce repos forcé, tout en nourrissant le malade.

Dans la convalescence des maladies graves infectieuses, telles que la fièvre typhoïde, alors que l'état de faiblesse et d'anémie du malade rend l'indication nutritive des plus impératives, la poudre de viande, à doses fractionnées, est parfaitement tolérée. Aucune rechute fébrile n'est à craindre, et la durée de la convalescence est sensiblement abrégée. Les praticiens savent combien il est difficile de doubler ce cap du retour à la santé.

Lorsque le diabète devient consomptif, qu'il y a de la fièvre, que les malades toussent, enfin que des tubercules et des cavernes se forment dans les poumons, l'alimentation intensive par la poudre de viande est obligatoire, si l'on veut enrayer la marche de ces graves accidents et relever l'état général des forces.

L'obésité, traitée d'après la méthode de Banting, c'est-à-dire par l'alimentation presque exclusivement azotée, trouve dans la poudre de viande un sûr moyen d'atteindre le but recherché.

Cette méthode, perfectionnée à Marienbad par Schlindler, a donné des résultats étonnants, parfois incroyables.

De l'ensemble des expérimentations cliniques que nous venons de résumer brièvement, il résulte que la poudre de viande est l'aliment thérapeutique par excellence, auquel le praticien doit donner la préférence dans les cas si multiples de troubles digestifs, liés ou non à une affection du tube gastro-intestinal, dans

---

(1) *Emploi thérapeutique de la poudre de viande*, par MM. les docteurs de Courtys et Zabé. Paris, 1884.

les convalescences pénibles, et dans toutes les maladies chroniques qui tendent à cachexier leurs victimes. Le médecin ne doit cesser d'avoir présent à l'esprit cette vérité de physiologie pathologique, à savoir que la cachexie survient d'autant plus vite et plus sûrement que l'appareil digestif fonctionne mal et que l'alimentation est notoirement insuffisante.

Les préparations carnées artificielles, malgré les soins apportés à leur confection, répugnent néanmoins à certains malades. Grâce à la tablette Rousseau, faite avec de la chair de bœuf condensée, la réalisation des espérances conçues ne sera plus entravée. Sous un faible volume, d'environ 20 centimètres cubes, elle renferme 80 grammes de muscles de bœuf frais. L'inventeur a déjà produit une poudre de viande, irréprochable sous tous les rapports, et des plus estimées. Sa tablette, aux qualités d'une poudre de viande parfaite, joint les mérites du bouillon, « utile dulci ». Elle contient, en effet, dans leur intégralité, les principes inosiques de la viande, tels que l'osmazôme. Aussi, plus n'est besoin de recourir aux grogs, au sirop de punch ou autres excipients, pour vaincre la répugnance des malades!

Un de nos thérapeutes les plus distingués résumait en ces termes les avantages de la tablette Rousseau : « Son goût et son arome sont ceux du bon bouillon. Sa préparation est des plus faciles, puisqu'elle n'exige que son mélange avec de l'eau pure, froide ou portée à l'ébullition. Sa richesse nutritive (principes azotés et phosphatés assimilables) est considérable. Sa peptonisation est rapide, et sa conservation absolue. »

Les expériences, faites dans le service de clinique médicale, à l'Hôtel-Dieu de Paris, sont des plus concluantes. Pendant la convalescence de la fièvre typhoïde, les tablettes Rousseau constituèrent le premier aliment qui fut donné aux malades. Elles furent toujours bien supportées, et acceptées avec plaisir, sauf dans un seul cas; et le retour à la santé se fit moins attendre que d'habitude. Dans nombre de cas de maladies chroniques avec intolérance gastrique, les résultats furent des plus favorables. Ainsi, dans la tuberculose pulmonaire, la cachexie confirmée, les tablettes triomphèrent des vomissements, et remontèrent parfois les forces du malade, d'une façon tout à fait inespérée. Également, dans des cas de cancer et d'ulcère de l'estomac, elles furent digérées facilement, alors que tout autre aliment était rejeté : ce qui démontre absolument leur extrême digestibilité. Le même succès fut obtenu dans un cas de métrite chronique avec intolérance gastrique excessive, dans celui d'un cancer du corps de l'utérus, dans une pleurésie chronique gauche avec myocardite scléreuse, etc.

Déjà, nos ambulances militaires sont munies de ce précieux nutriment thérapeutique, appelé à être si utile, après la tourmente de la bataille.

Enfin, dans les colonies intertropicales, pour empêcher l'anémie, conséquence fatale d'un climat torride, et combattre les fièvres graves, la tablette de bœuf condensé est tout indiquée. D'une conservation parfaite, elle peut supporter, sans aucune altération, les plus longs voyages et les températures extrêmes.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 décembre 1888. — Présidence de M. Hérard.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Un travail de M. Moura, intitulé : « Voix de poitrine et de tête; registre mixte et fausset »;

2° Une étude de M. Puech, sur la lèpre;

3° Une lettre de M. Germain Sée, qui décline toute candidature à la présidence de l'Académie.

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'un membre associé national. M. Teissier (de Lyon) est élu par 50 voix sur 52 votants.

LECTURES

Transport des blessés. — M. Bouloumié (de Vittel) lit une note sur l'improvisation de brancards et la transformation des voitures de culture et d'industrie. (Sera publiée.)

Du lavage de l'estomac chez les enfants du premier âge. — M. Cornil lit une note de M. Faucher sur ce sujet. (Sera publiée.)

COMMUNICATION

Auto-destruction chez les aliénés. — M. Laugier rappelle que les médecins aliénistes ont signalé, à différentes reprises, l'acharnement avec lequel certains monomanes se frappent et se mutilent. Ils ont expliqué, par l'insensibilité physique qui accompagne une violente exaltation mentale, les blessures nombreuses et souvent mortelles que se font ces malheureux.

Les exemples les plus frappants de ces auto-destructions sont le fait de ce boucher silésien, cité dans les Annales de Hecker, qui se fractura le crâne à coups de couperet, et celui de Mathieu Lovat, ce cordonnier de Venise, qui, après s'être amputé les parties sexuelles, réussit à se clouer les mains et les pieds sur une croix.

M. Laugier vient d'avoir l'occasion d'observer un cas analogue. Il s'agit d'une femme de soixante-trois ans qui s'est suicidée. A l'autopsie, j'ai trouvé, indépendamment de 12 coupures involontaires de la main droite, 142 plaies par instrument tranchant; 136 n'étaient que des incisions des parties molles extérieures; les 6 autres siégeaient au cou et dans la région péri-ombilicale. Ces dernières avaient perforé l'intestin. Par la plaie béante de l'abdomen, la malheureuse avait sectionné, au fur et à mesure de leur sortie, 7 fragments d'intestin grêle d'une longueur totale de 3m,90.

Cette femme de soixante-trois ans, se frappant elle-même avec un couteau de cuisine, offre l'exemple le plus saisissant de fureur raisonnée et destructive, en même temps que d'insensibilité à la douleur physique, qu'ait jamais donné un aliéné.

DISCUSSION SUR LA NÉCROSE PHOSPHORÉE

M. Brouardel ne veut pas discuter la question de la pathogénie de la nécrose phosphorée. Il préfère se ranger à l'opinion de M. Magitot, très compétent en ces matières.

En revanche, il ne peut partager ses opinions sur la prophylaxie de la maladie. Il pense que si des dentistes expérimentés visitaient assez souvent la bouche des ouvriers, tout accident serait supprimé. Il ne s'arrête pas aux difficultés de la création de ce personnel; mais il faut compter encore avec l'horreur des ouvriers, quelle que soit leur profession, quels que soient les dangers qui les entourent, pour toutes les précautions qu'on leur recommande, fussent-elles rigoureusement nécessaires.

Il ne veut pas entrer dans un débat actuellement soumis aux tribunaux, entre les ouvriers malades et la compagnie, mais il rappellera que la fraude est fréquente et que bien des ouvriers fabriquent clandestinement. Qui protègera ces ouvriers travaillant en secret?

Si nous n'avions aucun autre moyen, ajoute M. Brouardel, nous nous rallierions à la proposition de M. Magitot, mais nous en avons un qui a déjà été adopté par toutes les sociétés savantes, c'est la substitution du phosphore rouge au phosphore blanc, dans la fabrication des allumettes. Cette substitution éviterait tout danger, même accidentel; nous regrettons que M. Magitot ne l'indique même pas; il redoute, dit-il, les difficultés qu'on éprouvera à opérer cette substitution; puis, ajoute-t-il, elle a été essayée en Suisse, et on y a renoncé. En Suisse l'expérience n'a duré que treize mois; en Danemark, elle se fait depuis treize ans et réussit.

D'ailleurs, cet argument pouvait se comprendre quand l'industrie des allumettes était libre, il en est tout autrement aujourd'hui où il y a un monopole et où le Gouvernement peut imposer

tel ou tel mode de fabrication. L'Académie n'a pas à rechercher si cette intervention peut se faire pendant la période de la concession actuelle ou quand le traité sera renouvelé; ce qu'elle doit rechercher, c'est la question de savoir quel est le meilleur système de prophylaxie.

Doit-on, comme le propose M. Magitot, conserver le phosphore blanc et atténuer les dangers courus par les ouvriers par un système de surveillance médicale? Doit-on s'en tenir au système adopté dès 1856, qui est l'adoption du phosphore rouge dans la fabrication des allumettes?

C'est, je crois, à ce dernier système que l'Académie doit se ranger.

M. MAGITOT rappelle d'abord que, dans son travail, il s'est rallié entièrement et d'avance au vœu relatif à la substitution du phosphore rouge au blanc dans l'industrie des allumettes, mais il faut bien reconnaître que ce vœu, émis depuis quarante années dans les conseils d'hygiène et à l'Académie même, est resté absolument stérile. Que l'Académie l'émette de nouveau. Il est malheureusement à craindre qu'il ne soit une fois de plus frappé d'impuissance. Il s'y associera toutefois ; mais il tient à rappeler que ce n'est pas dans ces termes qu'il a posé la question : il s'est demandé si, dans l'état actuel de la fabrication et en attendant la mesure radicale proposée, il n'existe pas des règles d'hygiène des ateliers et des ouvriers, susceptibles de supprimer les accidents du phosphore. Il persiste à croire que le problème, ainsi présenté, est susceptible d'une solution complète; seulement il faut instituer des règles sévères et surtout les appliquer dans toute leur rigueur. Il craint que, si l'Académie n'entre pas dans cette voie elle ne soit exposée à reconnaître bientôt que des accidents continuent de se produire et qu'il eût mieux valu peut-être instituer des règles d'hygiène dans les conditions actuelles de l'industrie, plutôt que de formuler une fois de plus un vœu qui risque fort de rester aussi platonique que le précédent.

M. BROUARDEL réplique que l'adoption de la fabrication au phosphore amorphe ne lui paraît pas rencontrer les difficultés et les obstacles que suppose M. Magitot : elle est réalisée en Suède et en Danemark ; il n'y a pas de raison pour que l'administration ne l'impose pas à la Compagnie générale, surtout en raison du monopole qu'elle exploite, et il propose à l'Académie de voter une conclusion qui se trouve d'ailleurs contenue dans un rapport déjà ancien de Tardieu et qui consiste à inviter le gouvernement à exiger la substitution du phosphore rouge au phosphore ordinaire dans la fabrication des allumettes.

M. LE FORT, il y a deux mois à peine, pratiquait l'ablation du maxillaire chez un homme atteint de nécrose phosphorée. En présence d'accidents d'une pareille gravité, on ne saurait prendre des mesures trop rigoureuses : il demande que M. Brouardel formule une conclusion à faire voter par l'Académie.

M. MAGITOT s'associe complètement à l'opinion de M. Brouardel au point de vue du fond de la question, c'est-à-dire de la substitution du phosphore rouge au phosphore blanc dans la fabrication d'allumettes, comme étant le meilleur moyen d'arriver d'une façon certaine à la disparition des accidents ; mais en attendant qu'on obtienne cette mesure radicale, il est un certain nombre de mesures prophylactiques dont il serait sage, selon lui, de demander dès maintenant l'application.

M. VERNEUIL fait observer que l'Académie se trouve en présence de deux propositions, l'une radicale, l'autre palliative. Il croit qu'il serait plus sage de ne pas proposer deux mesures au pouvoir et de s'en tenir à une seule, la plus efficace, la plus radicale.

M. TRÉLAT partage le sentiment de M. Verneuil. Il rappelle la thèse qu'il a faite sur ce sujet il y a trente et un ans. Déjà, à cette époque existait le phosphore rouge, qui apparaissait comme le Messie de la question de la nécrose phosphorée. Il rappelle également combien à cette époque les usines étaient petites, mal installées, malsaines; depuis est survenu le monopole et l'on se trouve aujourd'hui en présence d'une grosse question industrielle. M. Trélat pense qu'il y a tout avantage à ne demander qu'une seule mesure, la seule véritablement efficace et radicale, la substitution du phosphore rouge au phosphore blanc. Voilà quelle doit être la solution de la question.

M. LARREY fait observer que, dans l'armée, déjà depuis longtemps, il est interdit d'avoir d'autres allumettes que celles au phosphore rouge.

M. BROUARDEL, sur l'invitation de M. le Président, formule ainsi la conclusion à voter : l'Académie demande la prohibition du phosphore blanc dans la fabrication des allumettes chimiques.

Cette proposition est mise aux voix et adoptée à l'unanimité.

RAPPORT

M. ALBERT ROBIN lit la seconde partie du rapport officiel sur les eaux minérales.

La fête de Noël et le 1er janvier tombant un mardi, l'Académie décide qu'elle siégera le 26 décembre, mais que la séance du 1er janvier sera supprimée.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les dernières questions tirées au concours d'externat sont les suivantes : « Vésicatoires, — Anthrax. »

— Les sujets traités à l'épreuve orale du concours des médailles d'or sont les suivants :

Médecine. — Hémorrhagies de la fièvre typhoïde.

Chirurgie. — Tumeurs érectiles.

Cette épreuve a eu lieu le lundi 3 décembre.

— Par arrêté ministériel, en date du 4 décembre 1888, l'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu, aux sièges des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le mercredi 26 décembre 1888.

Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident. Les registres d'inscription seront clos le lundi 17 décembre à quatre heures.

Conformément aux prescriptions du règlement du 15 novembre 1879 susvisé, sont admis à concourir :

1° Les candidats pourvus de quatre inscriptions qui ont subi avec la note « bien » le premier examen probatoire prévu par l'article 3 du décret du 20 juin 1878 (Voir *Gazette des hôpitaux*, 1878, p. 581-582). Les épreuves porteront sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle médicale.

2° Les candidats pourvus de huit inscriptions, qui ont subi avec la note « bien » le premier examen probatoire et qui justifieront de leur assiduité aux exercices pratiques. Les épreuves porteront sur l'ostéologie, l'arthrologie et la myologie.

3° Les candidats pourvus de douze inscriptions qui ont subi avec la note « bien » la première partie du deuxième examen probatoire. Les épreuves porteront sur l'anatomie, la physiologie et l'histologie.

4° Les candidats pourvus de seize inscriptions qui ont subi avec la note « bien » la seconde partie du deuxième examen probatoire. L'épreuve écrite portera sur la pathologie interne et externe.

5° Les candidats pourvus des grades de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences restreint qui ont subi chacun de ces examens avec la note « bien » pourront obtenir, sans concours, une bourse de première année.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Piéchaud, agrégé, est chargé d'un cours complémentaire de clinique chirurgicale des maladies des enfants.

— *École de médecine de Clermont.* — M. le docteur Fourniol est nommé chef de clinique chirurgicale.

M. le docteur Fournier est nommé chef de clinique médicale.

— M. Legroux, agrégé libre, commencera le vendredi 7 décembre, pour les continuer les vendredis suivants, à huit heures

et demie du soir, dans le petit amphithéâtre de la Faculté, des conférences de pathologie infantile (maladies du tube digestif et maladies de nutrition).

En outre, M. Legroux fera tous les mercredis à trois heures et demie, à l'hôpital Trousseau, des conférences se rapportant aux sujets traités dans ses leçons de vendredi à la Faculté. — Visites le matin à neuf heures, salles Bouvier et Lugol. — Consultations les mercredis et samedis.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 141. — SAMEDI 8 DÉCEMBRE 1888. 61e ANNÉE. SAMEDI 8 DÉCEMBRE 1888. — N° 141.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Étude sur le purpura.

Par M. le docteur J.-B. DUPLAIX, ancien interne des hôpitaux, ex-chef de clinique adjoint de la Faculté.

I

Le purpura, sur lequel se sont portés tous les efforts des classificateurs, cherchant à créer des espèces distinctes et bien tranchées, ne doit être considéré aujourd'hui que comme un phénomène, un symptôme, qui relève de causes très diverses.

Aux cinq variétés, établies autrefois par Willan et Bateman, succédèrent bientôt les deux types de *purpura simplex* et de *purpura hæmorrhagica* ; ils comprenaient tous les cas observés par les auteurs. En effet, au premier groupe devaient correspondre toutes les observations n'indiquant que des lésions cutanées ; si, au contraire, survenaient, en même temps que les pétéchies, des hémorrhagies en d'autres points de l'économie, les médecins disaient : purpura hæmorrhagica. Cette division ne fut pas admise par tout le monde ; on objecta bien vite que tout purpura simplex peut devenir hémorrhagique, et que, lorsqu'il ne le devient pas, il y a lieu de supposer un arrêt dans son évolution. Je n'insiste pas sur les discussions nombreuses auxquelles donna lieu le besoin de classer, par genres, les différents cas étudiés ; qu'il me suffise de dire que la confusion la plus grande résulta de l'accord entre tous, pour faire du purpura hæmorrhagica le synonyme de maladie de Werlhof. On en vint alors à confondre les choses les plus dissemblables et à réunir sous, la même étiquette, les cas les plus divers.

En 1877, Lasègue (1) s'efforça de rétablir le type du *morbus maculosus*, tel qu'il avait été compris par Werlhof ; il montra, en même temps, que certains cas de purpura devaient être rattachés au scorbut sporadique.

Enfin, depuis quelques années, des notions nouvelles se sont fait jour, et les recherches récentes sont venues apporter un peu de lumière dans cette question si embrouillée ; nous mettrons à profit tous ces travaux pour l'étude du purpura qui présente un très grand intérêt clinique. Nous n'étudierons pas en détail tous les éléments du purpura, considéré comme manifestation cutanée ; quelques mots vont suffire pour caractériser le symptôme.

Le purpura peut se présenter sous forme de petites taches, de couleur sombre, brunâtre, et ne disparaissant pas sous la pression du doigt ; ce sont des *pétéchies*. Ces taches ont un diamètre qui varie de celui d'une tête d'épingle à celui d'une pièce de 20 centimes ; elles ne font pas de saillie à la peau. Souvent elles se développent au niveau des bulbes pileux et donnent lieu à un petit soulèvement qui rappelle celui du lichen ; quand elles sont abondantes, la peau prend un aspect particulier qu'on a qualifié de : *peau ansérine*.

Les taches sont assez souvent plus étendues, larges, irrégulières de forme et à bords mal délimités ; on les désigne alors sous le nom d'*ecchymoses* ; elles correspondent quelquefois à de véritables bosses sanguines. Quand les ecchymoses sont allongées et comme vergetées, on les nomme : *vibices*.

Les pétéchies et les ecchymoses disparaissent plus ou moins lentement en présentant la série des teintes habituelle aux épanchements sanguins en voie de résolution. On a vu certaines taches se couvrir de bulles sanguines. Parfois ce sont de véritables papules qui se développent, analogues à celles de l'urticaire, et qui deviennent hémorrhagiques ; la papule peut disparaître très vite, mais la tache hémorrhagique persiste assez longtemps. Il n'est pas rare enfin de voir apparaître, au niveau des jointures, des plaques erythémateuses qui deviennent bientôt purpuriques ; il y a grande analogie entre elles et les plaques d'érythème noueux et papuleux.

La durée des éléments purpuriques est variable ; il faut toujours quelque temps au sang épanché pour qu'il se résorbe, aussi plus l'infiltration sera large et étendue, plus nombreux seront les jours qui précéderont sa disparition. Il faut dire aussi que l'évolution des pétéchies, par poussées successives, permettra de constater des éruptions de date différente et par conséquent d'aspect et de coloration variables.

Nous allons aussi très rapidement indiquer les lésions décrites dans le purpura et signaler les diverses théories sur la pathogénie de ce symptôme.

Le sang a été regardé tout d'abord comme altéré, et les

(1) Lasègue. *Archives générales de médecine*, 1877.

nombreuses recherches sur ce sujet depuis celles d'Andral (1), Becquerel et Rodier (2), jusqu'aux travaux plus récents de MM. Hayem (3) et Quinquaud (4), etc., ont donné les résultats suivants : diminution variable du nombre des hématies et de la quantité de matériaux solides ; variations inconstantes de la fibrine en rapport avec l'espèce de purpura, tantôt elle est accrue, tantôt elle est diminuée ; augmentation fréquente des globules blancs ; modification de forme des globules rouges, et présence dans le sang d'éléments anomaux (bactéries, éléments embryonnaires).

Pour ce qui est des altérations vasculaires, on trouve indiquées : la dégénérescence graisseuse et la transformation amyloïde ; M. Hayem (5) a tout particulièrement signalé les inflammations des artérioles, ainsi que la thrombose et l'embolie dans ces vaisseaux. A propos d'un cas très intéressant, MM. Cornil et Frémont (6) décrivent les lésions suivantes : distension énorme des vaisseaux capillaires du derme au niveau et autour des taches purpuriques ; cette distension portait sur les vaisseaux des papilles ainsi que sur les artères, les veines et les capillaires du derme. De plus, entre les faisceaux conjonctifs du derme, il y avait accumulation de globules rouges sortis des vaisseaux et disposés, soit en séries parallèles, soit en étoiles. Les hémorrhagies sont aussi fréquentes dans le tissu cellulaire sous-cutané ; elles peuvent siéger autour des glandes sudoripares et même pénétrer dans une de ces glandes, ainsi que le fait remarquer M. Martin de Gimard, dans sa thèse inaugurale (1888).

Je ne fais que signaler ici les épanchements sanguins ou les infiltrations qui peuvent se trouver partout et dans tous les organes. Il est plus intéressant d'appeler l'attention sur certaines lésions qui ont une grande importance aujourd'hui.

En dehors des ecchymoses sous-capsulaires, le foie est souvent augmenté de volume ; il présente alors une diminution notable dans sa consistance, avec des points décolorés, et un état graisseux appréciable.

La rate elle-même est souvent plus grosse qu'à l'état normal et congestionnée, sans parler des ecchymoses et des infarctus qu'elle peut offrir à l'examen. Il en est de même des reins dont la congestion est aussi très fréquente.

M. Hayem (7) avait déjà signalé la ressemblance entre les lésions qu'il a décrites dans le foie et celles qu'on observe dans certaines septicémies ; de même, M. Balzer a conclu de ses examens microscopiques que les altérations des parenchymes se montrent partout avec des caractères identiques à ceux des altérations des maladies infectieuses. Le même auteur a également trouvé, ainsi que M. Cornil, des altérations inflammatoires de la muqueuse stomacale. M. Martin de Gimard a spécialement étudié la nature des foyers hémorrhagiques. Il constate qu'ils sont formés de trois zones : une centrale, petite, arrondie, d'aspect gris jaunâtre, et finement grenue sur une coupe colorée au picro-carmin ; elle est constituée par un amas de microcoques. La seconde est composée de leucocytes agglomérés ; la troisième correspond à l'épanchement sanguin.

(1) Andral. *Essai d'hématologie*, 1843.
(2) Becquerel et Rodier. *Chimie pathologique*, 1854.
(3) Hayem. *Gazette des hôpitaux*, 1871.
(4) Quinquaud. *Chimie pathologique du sang*, 1880.
(5) Hayem. *Bulletin et Mémoires de la Société de biologie*, 1870 et 1874.
(6) Du Castel. Thèse d'agrégation, 1883.
(7) Hayem. *Bulletin de la Société de biologie*, 1876, p. 232.

De même que Klebs (1), que Ceci et Hlava (2), que Petrone (3), que M. Balzer, etc., il a trouvé, à plusieurs reprises, des microbes dans le sang de ses malades ; ce sont des microcoques qu'il a pu cultiver, et des expériences, pratiquées avec ses cultures sur des lapins, lui ont donné des résultats satisfaisants.

Les premiers auteurs ont donc pu regarder le purpura comme le résultat d'une altération du sang, ou incriminer les lésions vasculaires ; mais il n'a pas toujours été possible de constater ces altérations du sang et des vaisseaux pour expliquer tous les cas. On a parlé alors de troubles dans le fonctionnement de la moelle ou des nerfs, en particulier du sympathique ; il y a eu des expériences et des observations en faveur de cette hypothèse, mais tout cela est loin d'être suffisant pour expliquer la production des hémorrhagies dans le purpura. Si l'on tient compte des lésions décrites par MM. Cornil et Frémont, il faut faire jouer un rôle considérable à la congestion ; beaucoup de taches sanguines, en effet, ne sont constituées que par des dilatations vasculaires. Les phénomènes congestifs s'observent, du reste, dans la plupart des purpuras, ainsi que nous le verrons plus loin, et, en leur absence, c'est une stase sanguine, par gêne circulatoire, qui précède l'hémorrhagie. La tache de purpura serait, d'après M. du Castel, le résultat, le corollaire d'un trouble de la circulation capillaire, avec excès de tension ; celui-ci provoque, suivant son intensité, soit une angiectasie simple, soit une hémorrhagie plus ou moins abondante. Ces troubles dans la circulation peuvent être mécaniques (thrombose, embolies, quintes de coqueluche, convulsions, varices, phlegmasie) ; ils sont, dans les autres cas, le résultat possible de troubles survenus dans l'innervation vaso-motrice ou de la nature parasitaire de l'affection.

M. Martin de Gimard suppose, en effet, soit une obstruction vasculaire par des microbes, soit, plus volontiers, une inflammation des parois vasculaires, au niveau des points d'arrêts de ces microbes, ainsi que des capillaires voisins du vaisseau oblitéré. Il en résulterait une rupture de ces capillaires, rupture spontanée ou sous l'influence d'une augmentation de tension due aux mouvements. Le transport dans le sang des microbes expliquerait aussi les obstructions multiples et répétées des vaisseaux et l'évolution par poussées des taches purpuriques.

Telles sont les diverses théories émises sur la pathogénie du purpura. Il est utile maintenant de signaler les rapports qui existent entre ce symptôme et d'autres manifestations cutanées. Nous avons, dès le début, caractérisé le purpura en disant qu'il ne fallait le considérer que comme un symptôme et non comme une maladie. A ce titre, il ne faut donc pas lui attribuer plus d'importance qu'il n'en mérite, et, quand on prononce les mots de purpura simplex ou de purpura hæmorrhagica, il faut savoir que ces expressions ne font qu'indiquer le degré d'intensité variable de cet accident.

MM. Duriau et Legrand (4) ont montré, depuis longtemps, les rapports qui existent entre la péliose rhumatismale et

(1) Klebs. *Archiv. für exp. Path. und Pharm.*, 1875.
(2) Hlava. *Archives slaves de biologie*, 1883.
(3) Petrone. *Revista clinica di Bologna*, 1883.
(4) Duriau et Legrand. *Revue médicale*, 1858.

l'érythème noueux, et leur opinion se trouve confirmée par les cas nombreux où ces deux manifestations cutanées se sont montrées sur un même malade. On sait aussi que les pétéchies se développent volontiers sur des plaques d'érythème ou à côté d'elles, et que l'œdème, dit rhumatismal, coïncide également avec une éruption purpurique, ainsi que le démontrent les observations de MM. Laget (1) et Davaine (2). Dans les cas de purpura, appelé urticans, on voit toujours de véritables papules, semblables aux élevures de l'urticaire, précéder la tache hémorrhagique, si bien que Bazin ne voyait là qu'une urticaire devenant hémorrhagique.

Enfin plusieurs auteurs signalent la coïncidence de l'érythème polymorphe et du purpura, et cette coïncidence a fait l'objet d'un travail spécial de Wagner en 1886 (3).

Il peut donc y avoir, ainsi que le démontrent les faits énumérés, évolution parallèle chez un même malade du purpura et d'un érythème, soit que celui-ci précède ou accompagne les pétéchies, soit que celles-ci se montrent sur les plaques d'érythème elles-mêmes.

Ce n'est pas tout; les mêmes conditions étiologiques qui président au développement de l'érythème, sont celles qui donnent aussi naissance au purpura dans les cas où les deux ordres de lésions cutanées apparaissent sur des sujets différents.

C'est, en effet, comme nous le verrons plus loin, chez les gens à peau fine et délicate, et qui présentent les attributs de l'arthritisme, que se font ces éruptions érythémateuses et purpuriques, isolément ou en même temps. Ce sont aussi ces mêmes malades qui offrent à l'observation des plaques d'érythème devenant purpuriques, s'accompagnant parfois de poussées œdémateuses et souvent de manifestations articulaires. Il n'en faut pas davantage pour admettre, entre certains purpuras et l'érythème, des rapports tout à fait intimes et que personne ne doit méconnaître.

Il est également facile de voir, par l'analyse des faits, que toutes les causes de l'érythème polymorphe sont également appelées à produire le purpura. Trois théories se partagent, en ce moment, la pathogénie de l'érythème polymorphe. Les uns veulent qu'il soit le résultat d'un trouble de l'innervation, mis en jeu par divers agents (choc, froid, émotions, virus, toxiques, miasmes, lésions cérébrales et médullaires). D'autres auteurs admettent qu'il y a infection et que l'érythème peut être tantôt le fait d'une maladie infectieuse connue (choléra, puerpéralité, tuberculose, septicémies, typhus, etc.), tantôt le fait d'infections innommées. Enfin l'auto-intoxication jouerait un rôle efficace dans certaines conditions déterminées et chez certains sujets, pour produire l'éruption à l'instar des toxiques tels que le sulfate de quinine, le copahu, l'iodure de potassium, etc.

Tout le monde reconnaîtra que le purpura se développe dans les mêmes conditions, et qu'en dehors de ces faits, difficiles à dénommer, aujourd'hui qu'on tend à ne plus admettre l'arthritisme, il n'y a place dans le développement du purpura que pour ces trois causes bien définies et bien déterminées.

Quoique nous considérions le purpura comme un simple accident et qu'il soit, par conséquent, illogique de décrire à part des variétés et des types à propos d'un symptôme, nous passerons outre et nous étudierons plusieurs espèces où le purpura a une importance capitale et constitue toute la maladie en attirant spécialement sur lui l'attention du clinicien.

(1) Laget. *Purpura simplex à forme exanthématique*. Paris, 1875.
(2) Davaine. Thèse inaugurale, 1879.
(3) Wagner. *Deutsche Archiv. f. Klinische Medicin*, octobre 1886.

II

Purpura rhumatoïde exanthématique ou arthritique. — Il existe, dans les ouvrages des auteurs anciens, un assez grand nombre d'observations dans lesquelles est signalée la coïncidence du purpura avec des accidents articulaires d'apparence rhumatismale ; mais l'attention a été surtout attirée sur ce point par les travaux de Schönlein sur la *péliose rhumatismale* et par les observations de Duriau et Legrand (1), de MM. Worms (2), C. Paul (3), Blachez (4), Ferrand (5) et Perroud (6), etc.

Cette variété de purpura peut apparaître brusquement, sans prodromes ; mais elle est plus souvent précédée de picotements, de lourdeur, de tension dans les parties où l'éruption doit se montrer. Il peut y avoir un peu de fièvre ; en tout cas celle-ci est légère, et la température ne dépasse guère 38°5. Les taches purpuriques se développent le plus souvent aux membres inférieurs, sur le bas des jambes, autour des malléoles, des genoux, à la face interne des cuisses dans leur moitié inférieure.

L'éruption est le plus souvent symétrique ; mais elle peut se limiter à un côté, à une articulation (genou ou cou de pied). Quand elle gagne les membres supérieurs, elle s'observe ordinairement au niveau des poignets ou des coudes ; elle ne va guère plus loin. Les pétéchies sont les éléments éruptifs les plus ordinaires ; mais on peut trouver de petites ecchymoses ; la coexistence de papules ortiées a été également signalée dans plusieurs observations, elles prédominent même quelquefois.

En même temps que la poussée de purpura, ou bien après elle, apparaissent les douleurs et le gonflement au niveau des articulations. Ces phénomènes sont parfois si légers qu'ils peuvent passer inaperçus ; mais le plus ordinairement, ils sont nettement indiqués. Les articulations atteintes sont : les tibio-tarsiennes, celles des genoux, des coudes et des poignets ; ces deux dernières le sont toutefois moins souvent et plus légèrement. Dans certains cas, l'œdème du tissu cellulaire est considérable et on trouve aussi du liquide épanché en proportion notable dans l'articulation du genou.

C'est alors que la peau rosée, tendue, est dépressible sous le doigt et douloureuse à la pression ; quelquefois elle devient dure, résistante, et présente un aspect presque phlegmoneux ; enfin une teinte ecchymotique diffuse peut s'étaler à sa surface, teinte que la pression n'efface qu'en partie. Le nom d'œdème pourpré fébrile a été donné à ces cas où ces phénomènes locaux sont développés à un degré extrême.

Les mouvements sont difficiles au niveau des articulations malades, ils exagèrent toujours la douleur ; la pression des ligaments est aussi très mal supportée.

Il n'est pas rare de voir se développer sur la peau, au

(1) Duriau et Legrand. *Revue de médecine*, 1858.
(2) Worms. *Gazette hebdomadaire*, 1868.
(3) C. Paul. *Archives générales de médecine*, 1864, t. IV, 6e série, p. 676.
(4) Blachez. *Gazette hebdomadaire*, 1865, p. 131.
(5) Ferrand. Thèse de Paris, 1862.
(6) Perroud. *Société des sciences médicales de Lyon*, t. VI, 1866-1867.

milieu des taches purpuriques, des nodosités qui, d'abord de coloration rosée, prennent bientôt une teinte livide. Elles sont un peu aplaties, de la grosseur d'une noisette ou plus et disparaissent, au bout de quelques jours, en laissant une tache ecchymotique d'étendue variable. Ce sont là des nodosités d'érythème noueux. L'érythème papuleux peut aussi se montrer dans les mêmes conditions, mais les papules sont ordinairement très fugaces.

Le nombre des articulations atteintes est ordinairement peu considérable ; les lésions sont peu profondes et fugaces et il est exceptionnel qu'elles se généralisent ; toutefois le fait a pu être observé et il peut prêter à confusion avec une attaque de rhumatisme articulaire aigu à forme hémorrhagique. Je me hâte d'ajouter que tout le monde s'accorde aujourd'hui pour nier l'apparition du purpura dans le cours du rhumatisme articulaire aigu généralisé.

La peau n'est pas le siège unique des hémorrhagies dans le cas de purpura rhumatismal. Des stomatorrhagies, des entérorrhagies avec ulcérations, des hématuries, etc., peuvent aussi faire leur apparition à un moment donné et devenir inquiétantes pour la vie du malade.

La durée de la maladie ne peut être précisée, car ce qu'il y a de remarquable à signaler ici, c'est la mobilité des accidents, c'est leur apparition par poussées successives, qui peuvent se répéter un plus ou moins grand nombre de fois à quelques jours d'intervalle. Il en résulte qu'il faut souvent des semaines et des mois pour que la guérison s'établisse d'une façon définitive.

Nous n'avons pas encore signalé certains accidents qui, par leur présence, impriment un cachet tout particulier à la maladie et qui ont permis à certains auteurs, d'en faire une forme à part sous les noms de purpura nerveux ou myélopathique. Ainsi que nous le dirons, les cas de ce genre doivent rentrer dans l'espèce que nous étudions en ce moment.

Ce sont des troubles gastro-intestinaux qui, réunis aux poussées de purpura et aux œdèmes cutanés avec arthropathies, donnent une allure spéciale aux cas dont nous parlons. Ils se caractérisent par des crises de vomissements bilieux, avec douleurs à l'épigastre s'étendant à tout le ventre et accompagnées quelquefois de diarrhée.

Le plus souvent, il n'y a pas d'évacuations ; ce sont des coliques sèches, avec vomissements et ballonnement ou rétraction du ventre. Ces crises surviennent brusquement, mais ne durent que quelques heures, en se prolongeant pendant plusieurs jours, sans qu'il y ait de rapport entre leur durée et leur intensité. Les accidents procèdent aussi par poussées comme ceux qui apparaissent sur la peau ou sur les articulations et les trois ordres de phénomènes : purpura, œdème avec arthropathies, troubles gastro-intestinaux, s'entremêlent sans ordre réglé, quoique plus souvent, d'après M. Henoch, les accidents articulaires ouvrent la marche et soient, ordinairement, suivis des poussées de purpura, puis des troubles intestinaux.

Un des phénomènes habituels peut manquer, et, au cas type constitué par le purpura avec œdèmes et crises gastro-intestinales, il faut ajouter : 1° ceux où ne se trouvent que le purpura avec les œdèmes ; 2° les cas de purpura avec crises gastro-intestinales ; 3° les faits de purpura simple.

En tenant compte de ces dernières observations, le purpura rhumatismal ne serait donc qu'un purpura nerveux dans le cours duquel les accidents gastro-intestinaux feraient défaut ; c'est l'opinion contraire cependant qui nous semble être la vraie.

Henoch (1) et plus tard M. Couty (2) ont fait ressortir l'influence du système nerveux dans les observations qu'ils ont publiées ; de là à donner à ces faits le nom de purpura nerveux, il n'y avait pas loin. Dans sa thèse inaugurale (1882) M. Faisans les étudie sous le nom de *purpura myélopathique*, faisant jouer le principal rôle à la moelle dans la pathogénie des accidents, alors que M. Couty faisait intervenir le grand sympathique. Une altération médullaire serait, en effet, seule capable de rendre compte de la symétrie parfaite de l'éruption hémorrhagique, aussi bien que de sa disposition régulière sur le trajet des branches nerveuses, qui est habituelle, et des troubles fréquents de la sensibilité. Les arthralgies, comparées par M. Couty à celles des saturnins, ne sauraient s'expliquer par une lésion du grand sympathique, surtout pour ce qui est des phénomènes fluxionnaires qui simulent complètement le rhumatisme ; enfin les crises gastro-intestinales ont beaucoup plus de ressemblance avec celles des ataxiques qu'avec les coliques de plomb. Tous ces phénomènes, donc, s'expliqueraient bien mieux par un trouble médullaire, et ce trouble serait consécutif sans doute à une hyperhémie aiguë des faisceaux postérieurs de la moelle.

Cette hypothèse est parfaitement défendable, mais elle nous indique seulement la raison d'être du purpura, en tant que lésion ; elle ne rend compte que de la façon dont se produisent les hémorrhagies dans les cas de ce genre. Elle ne suffit donc pas à caractériser une espèce, et la qualification de purpura nerveux ou myélopathique ne doit pas avoir d'autre prétention que de mettre en évidence le mécanisme qui préside à la naissance des lésions hémorrhagiques.

Du reste, les purpuras infectieux qui s'accompagnent, comme nous le verrons, d'œdèmes congestifs et d'arthropathies, ne sont pas à l'abri de l'influence nerveuse qui dirige et localise ces divers accidents ; et c'est aussi, sans doute, ce qui a lieu dans les purpuras les plus simples où la fatigue, le surmenage, ou bien un refroidissement peuvent mettre en jeu l'action de la moelle.

Il nous semble, cependant, qu'une cause générale domine toutes ces manifestations, et je crois que cette cause, on peut la trouver dans la constitution habituelle des malades et dans leurs antécédents personnels et héréditaires. Sans nous inquiéter de savoir ici, si ce qu'on a appelé jusqu'à présent : *arthritisme*, doit prendre rang parmi les résultats de troubles nerveux ou d'intoxications, il n'y a pas à nier qu'il existe un groupe d'individus, chez lesquels les vasomoteurs ont une susceptibilité spéciale qui justifie l'épithète de *congestifs* par laquelle les désignent certains auteurs. Or, ce sont ces sujets si impressionnables, chez lesquels la moindre cause peut produire des congestions médullaires, qui présentent ces formes de purpura dont l'allure et la marche ont quelque chose de tout particulier.

III

Purpura infectieux. — Le purpura infectieux se montre dans deux circonstances différentes. Il est, en effet, secondaire, ou bien il apparaît comme premier et principal accident d'une infection plus ou moins bien déterminée.

(1) Henoch. *Berlin Klin. Woch.*, 1868, nº 50, et 1874, nº 51.
(2) Couty. *Gazette hebdomadaire*, 1876.

Nous ne dirons que quelques mots du premier. Ce purpura fait, en effet, partie du cortège habituel des symptômes des grandes maladies générales; on le trouve dans le typhus exanthématique, la peste, la fièvre jaune, l'ictère grave. Souvent il s'observe dans les formes graves et souvent mortelles de la variole, de la scarlatine, de la rougeole, de la méningite cérébro-spinale. Dans ces deux groupes de maladies, il a une importance variable au point de vue du pronostic, et, tandis que, dans les premiers cas, il n'ajoute rien à sa gravité, il est, au contraire, dans les autres l'indice des formes les plus graves, et le prélude habituel d'une série d'hémorrhagies internes. On l'a vu aussi dans la blennorrhagie, la cystite purulente, la vaccine, etc. Quoi qu'il en soit, les pétéchies se développent rapidement et sur toute la surface du corps; elles se mêlent à des ecchymoses de largeur variable et ayant une coloration livide foncée. A ces hémorrhagies cutanées s'ajoutent des ecchymoses conjonctivales, des hématuries, des métrorrhagies, des hémoptysies, des hémorrhagies gastriques et intestinales, etc. Le malade succombe bientôt, soit à l'abondance des hémorrhagies, soit au milieu d'accidents ataxo-adynamiques.

Le *purpura infectieux primitif*, que nous voulons spécialement étudier ici, a une bien plus grande importance. Ce n'est que depuis quelques années que l'attention des médecins a été attirée sur cette variété, et il a été l'objet de travaux de la part de MM. Mathieu (1), Gomot (2) et Martin de Gimard (3). Ce dernier auteur nous montre le purpura infectieux sous toutes ses formes, et l'intérêt de son travail est dans le groupement de faits jusqu'alors séparés et qui s'enchaînent de telle façon, que cette espèce est sans conteste la mieux établie. Les études anatomo-pathologiques et bactériologiques viennent aussi appuyer les données de la clinique.

Ainsi que nous l'avons dit, et on ne saurait trop le répéter, les termes de purpura simplex et de purpura hæmorrhagica n'ont plus de raison d'être, car ils n'ont plus aujourd'hui la signification qu'on leur attribuait autrefois; rien, en effet, ne le démontre mieux que l'étude du purpura infectieux qui comprend les faits les plus divers, les plus simples comme les plus complexes. Si beaucoup de cas étiquetés purpura hæmorrhagica doivent aller prendre place dans d'autres groupes, d'autres, plus nombreux peut-être, sont destinés à faire partie de celui-ci, et le type de morbus maculosus, tel qu'il a été décrit par Werlhof, trouverait peut-être ici sa place naturelle. En se basant sur la marche des accidents et sur le résultat des examens du sang de malades atteints, les uns d'une forme grave de purpura infectieux, les autres d'une véritable maladie de Werlhof, il ne serait pas illogique de conclure, avec M. Martin de Gimard, que le type décrit par le médecin de Hanovre fait partie du groupe des purpuras infectieux, et qu'il en est la variété la plus simple et la plus bénigne.

Mais il y a une sérieuse objection à faire à cette hypothèse. Les observations de M. de Gimard ne sont pas concluantes, car les malades, chez lesquels il a pu trouver des micro-organismes dans le sang ou dans la peau, étaient tous les deux atteints de plaques de gangrène et ces complications gangréneuses enlèvent toute valeur à ses examens bactériologiques au point de vue du purpura. Il faut donc, jusqu'à nouvel ordre, séparer la maladie de Werlhof des purpuras infectieux, la décrire à part, tout en faisant des réserves sur sa nature et ses rapports avec ces derniers.

Le purpura infectieux primitif est la conséquence d'infections de nature inconnue ou d'empoisonnements zymotiques non encore définis que, seules, les recherches de laboratoire, les études microscopiques, les cultures bactériologiques permettront de rapporter à un principe connu. Toujours est-il qu'il se développe avec un ensemble tel de symptômes graves, et dans de telles conditions, que son origine infectieuse ne peut être mise en doute, bien que sa nature exacte ne puisse être précisée.

a. Dans une première série de faits (purpura à forme typhoïde), le début peut se faire assez brusquement par de la fièvre, de la courbature et de la céphalalgie. Le plus souvent, ce n'est que du malaise, de la courbature, un léger mal de tête, de l'anorexie; puis tous ces symptômes vont s'aggravant avec la fièvre qui s'installe après un certain nombre de jours. Enfin, l'affection peut évoluer comme une maladie de Werlhof qui ne devient fébrile et grave que plus tard. Dans tous les cas, cette forme dite *typhoïde* est vite constituée.

Une fois établie, elle se caractérise par des hémorrhagies cutanées et muqueuses. L'une ou l'autre de ces hémorrhagies peuvent manquer, mais le fait est rare. Elles sont ordinairement très abondantes, elles procèdent par poussées sur la peau et les muqueuses et se succèdent avec une grande rapidité.

Les symptômes typhoïdes sont au grand complet; en effet, l'abattement et la prostration sont intenses, l'intelligence est plus ou moins troublée, quelquefois il y a du délire, surtout la nuit. La diarrhée est fréquente, ainsi que les vomissements, et la langue est sèche et souvent fuligineuse. Le gonflement de la rate, l'albuminurie ne sont pas choses rares; enfin, tout cela est dominé par une fièvre intense et irrégulière; la température dépasse 39 degrés, mais elle subit des recrudescences à certains moments comme les autres symptômes.

Cette forme de purpura est grave et ordinairement mortelle; la gravité dépend de l'abondance des hémorrhagies et de l'état général.

b. De cette forme typhoïde, il faut rapprocher les cas où les malades sont emportés en quelques jours et même en quelques heures. Les accidents se développent rapidement, les hémorrhagies cutanées se mêlent à celles qui se font par les autres voies, s'accompagnent de fièvre, d'un état général grave, et la mort survient en trois jours comme dans un fait de M. Ollivier cité par M. Martin de Gimard. La marche a été tout à fait rapide et *suraiguë*.

c. Il peut y avoir des déterminations plus ou moins sérieuses sur les articulations dans le cours du purpura; c'est ce qui constitue la *forme pseudo-rhumatismale* et qu'il faut savoir distinguer de l'espèce décrite plus haut.

Quand un malade, sans antécédent personnel ou héréditaire de nature rhumatismale, et n'accusant aucun de ces accidents ou malaises qu'on est habitué de constater chez les arthritiques, est pris de purpura avec phénomènes articulaires, et que ces derniers se montrent à une époque tardive de la maladie, il y a tout lieu de supposer une localisation du processus morbide sur les jointures. Nous savons du reste, que les déterminations articulaires des maladies infectieuses sont choses habituelles et que la plupart de

(1) Mathieu. Thèse inaugurale, 1883.
(2) Gomot. Thèse inaugurale, 1883.
(3) Martin de Gimard. Thèse inaugurale, 1888.

ces arthropathies, autrefois classées comme rhumatismales, ne sont que des accidents dus à une infection de cause connue ou innominée. Du reste, la nature des lésions démontre leur origine ; c'est du sang, qui s'épanche dans les cavités synoviales, et ce sang qui peut être le point de départ d'une suppuration, se trouve dans les articulations comme dans les plèvres ou le péricarde et même les méninges.

Les phénomènes observés sont plus ou moins intenses ; tantôt très légers, ils consistent en douleurs sourdes et gonflement peu marqué; d'autres fois, ce sont des douleurs vives avec impotence fonctionnelle et gonflement excessif qui s'accompagne de chaleur et de rougeur de la peau. La fièvre est alors plus ou moins accusée. Souvent les accidents des jointures se déplacent; ils disparaissent après quelques jours pour se montrer ailleurs, au moment des poussées purpuriques sur la peau.

Il nous reste à signaler une complication, qui peut être la conséquence de l'étendue de l'infiltration sanguine ; cet accident est la gangrène, résultat du trouble apporté à la nutrition de la peau ; mais il ne suffit pas à caractériser une forme, attendu qu'il peut s'observer dans toutes les espèces de purpura que nous passerons en revue, et qu'il succède à des ecchymoses très étendues, l'hémorrhagie ayant dépassé les limites habituelles. Cette complication n'est donc pas spéciale au purpura infectieux.

La gangrène peut être tout à fait superficielle, n'atteindre que la peau dans une très petite épaisseur ou gagner en profondeur, jusqu'aux muscles sous-jacents et même les os. A la suite de la chute des escharres, les plaies se cicatrisent en plus ou moins de temps suivant leur importance. Dans certains cas où les infiltrations sanguines s'accompagnent de gangrène, il faut beaucoup d'attention pour ne pas laisser inaperçues les pétéchies, très peu nombreuses et tout à fait discrètes qui, seules, peuvent permettre de porter le diagnostic de purpura.

Il faut savoir que, d'habitude, la mortification est fort légère et souvent presque insignifiante.

Disons aussi que les muqueuses ne sont pas à l'abri de cet accident; telle est l'origine de certaines ulcérations intestinales, dont on connaît assez la gravité pour qu'il soit inutile d'insister. Enfin, à côté de la gangrène développée sous l'influence du purpura, il faut citer celle qui est le résultat d'un traumatisme même léger. La pression des dents suffit chez certains malades pour amener sur leurs lèvres des érosions et même des escharres quelquefois nombreuses et profondes.

Ne terminons pas ce chapitre, sans dire comment se comporte le purpura pendant la grossesse. L'avortement ou l'accouchement prématuré est de règle en pareil cas, comme dans l'une quelconque des maladies graves, la variole, par exemple; et les conséquences pour la mère et le fœtus sont aussi déplorables dans un cas que dans l'autre. Si nous ajoutons à cela le fait de la transmission du purpura de la mère au fœtus, prouvé par l'observation qu'on peut lire dans la thèse de M. Martin de Gimard, nous aurons assez de preuves, avec celles fournies par l'anatomie pathologique et la bactériologie, pour admettre l'existence du purpura infectieux.

Le diagnostic de ces diverses formes du purpura infectieux ne souffre pas de difficultés sérieuses. — L'hémophilie se reconnaîtra grâce aux antécédents des malades et au rôle joué par le traumatisme dans le développement des hémorrhagies. — Malgré la présence possible d'hémorrhagies par les gencives, il sera également facile de rejeter l'hypothèse d'un scorbut en présence de malades ordinairement robustes et à l'abri des causes ordinaires de cette maladie. — Il sera plus difficile de distinguer les ecchymoses spontanées de celles qui résultent de mauvais traitements; on ne peut, le plus souvent, que rester sur la réserve et tenir le malade en observation, jusqu'à l'apparition spontanée d'une tache sanguine qui permettra de faire le diagnostic. Enfin, dans quelques cas, la fièvre typhoïde peut se compliquer de purpura, témoin le fait de Cazalis qui trouva les lésions intestinales de la dothiénentérie chez une jeune fille qui, pendant sa maladie, avait présenté des taches rosées mêlées à des pétéchies. L'apparition de taches lenticulaires bien nettes est seule capable de faire éviter l'erreur.

Dans les cas de purpura à marche suraiguë où la mort arrive en quelques jours, ne s'agirait-il pas plutôt d'une variole ou d'une scarlatine hémorrhagique ? Il est fort possible, en effet, que ces deux fièvres éruptives, qui, lorsqu'elles se présentent sous cette forme, entraînent la mort du malade avant l'apparition de leurs signes habituels et pathognomoniques, aient été souvent prises pour un cas de purpura. Même en l'absence d'épidémies d'une de ces fièvres, alors qu'aucun cas de variole ou de scarlatine ne s'est présenté dans l'entourage du malade, la confusion est toujours possible.

IV

Maladie de Werlhof. — Ainsi que nous l'avons dit, nous devons étudier à part la maladie de Werlhof, que M. Martin de Gimard considère comme la forme la plus bénigne du purpura infectieux, mais qui, jusqu'à nouvel ordre, doit être regardée comme tout à fait distincte.

L'affection paraît se montrer en dehors de tout autre état morbide et évolue sans qu'aucun autre état pathologique s'y surajoute ; toutefois il serait facile de trouver une raison d'être à l'apparition de ce purpura. Les causes le plus souvent invoquées sont tantôt un refroidissement léger, tantôt un traumatisme ou encore une émotion morale, quelquefois une fatigue accidentelle. Il n'y a certes pas de rapport à établir entre l'intensité des accidents accusés par les malades et la légèreté de ces conditions étiologiques ; il est, par conséquent, d'autant plus utile de les signaler qu'elles peuvent passer inaperçues.

Comment agissent ces causes si légères pour produire le purpura ? On peut concevoir leur mode d'action de plusieurs manières. Il n'est pas impossible que certains sujets, qui voient se développer chez eux des troubles vaso-moteurs sous la plus légère influence extérieure, puissent, à l'occasion d'un choc, d'une émotion, d'un coup de froid, etc., être pris de purpura, qui ne serait ici qu'une manifestation exagérée de troubles vaso-moteurs. Il y a lieu aussi de se demander si les produits toxiques, élaborés par les micro-organismes du tube digestif, et qui ne peuvent en temps ordinaire réagir sur le système vaso-moteur à cause du fonctionnement régulier des émonctoires, ne pourraient pas, dans le cas d'une émotion, d'une fatigue ou d'un refroidissement, chez un sujet à excitabilité nerveuse exagérée, être en dose suffisante pour amener des accidents purpuriques, comme d'autres fois de simples manifestations érythémateuses.

En créant son type de morbus maculosus, Werlhof a in-

sisté sur la coexistence des hémorrhagies cutanées et muqueuses, sur l'absence de fièvre et la terminaison heureuse qui a lieu au bout de quelques jours.

Voici, du reste, ce qu'on observe dans tous les cas, d'après Lasègue.

Pas de fièvre, pas de malaise prodromique de quelque valeur, pas de maladie concomitante portant nom. L'affection débute par une hémorrhagie ordinairement légère, souvent gingivale, quelquefois par une épistaxis, jamais par une hémoptysie, une hématémèse ou toute autre hémorrhagie splanchnique. Les pétéchies apparaissent ensuite plus ou moins nombreuses, d'abord sur les jambes, puis sur les cuisses, le tronc et les membres supérieurs. La face reste indemne. Le lendemain de l'apparition de ces pétéchies, on voit survenir de larges taches, de vraies ecchymoses, des sugillations occupant les membres inférieurs.

Les hémoptysies et les suintements sanguins se succèdent et sont plus ou moins abondants; il y a quelquefois un léger malaise, un peu de perte d'appétit et de la courbature. L'amélioration se fait vite et du huitième au quinzième jour la guérison a lieu.

Assez souvent toutefois, le morbus maculosus peut devenir mortel. Les hémorrhagies se répètent alors avec une abondance extrême et peuvent suffire pour amener une terminaison fatale. Quelquefois, c'est la localisation de l'hémorrhagie qui, suivant l'organe atteint, présente une gravité excessive; l'hémorrhagie cérébrale peut, en effet, être la cause de la mort.

Il est donc impossible de porter un pronostic certain. L'apparence bénigne et la régularité de la marche de la maladie peuvent se modifier en quelques heures, et, du jour au lendemain, du matin au soir, on peut assister à une transformation complète de la maladie.

On peut voir aussi la maladie de Werlhof évoluer chroniquement, au lieu de faire son évolution en quelques jours. Les observations de M. Lancereaux (1), de Lasègue (2), de Racle (3), sont des exemples de cette variété de purpura qui, pour certains auteurs, aurait une certaine parenté avec le scorbut sporadique dont il est, du reste, impossible de la distinguer cliniquement.

Dans les cas graves de scorbut, comme ceux qui ont été décrits par Lind, Larrey, etc., et qui sévissent chez des individus (marins, soldats) soumis à un régime spécial et à une alimentation pauvre en potasse, où les hémorrhagies cutanées se succèdent avec la plus grande rapidité, accompagnant celles qui se font dans les viscères, et se terminant souvent par la mort, le doute n'est pas permis.

Il est plus difficile de juger la nature des faits qui se développent isolément.

Le scorbut sporadique, en effet, peut se borner à des manifestations très limitées qui peuvent même passer inaperçues. Il n'y a aucun symptôme capable de séparer le scorbut grave, de terre ou de mer, de celui qu'on rencontre, par exemple, dans les prisons et dont Lasègue a pu trouver des exemples nombreux chez les détenus des prisons de la Seine. Les lésions des gencives n'ont rien de caractéristique, pas plus que l'hémorrhagie des bulbes pileux; il en est de même de l'ulcération des plaques ecchymotiques qui peut se rencontrer dans d'autres formes de purpura. Enfin, on trouve des cas de scorbut dont les signes fort légers persistent quelquefois plusieurs semaines sans prendre de gravité. De plus, si l'on cherche à reconnaître les causes des accidents, on trouve souvent de la fatigue, des privations, une alimentation défectueuse; souvent aussi les malades affirment que le purpura a pris naissance sans raison appréciable.

(1) Lancereaux. *Traité d'anatomie pathologique*, l. I, p. 562.
(2) Lasègue. *Archives générales de médecine*, 1877, t. I, p. 600.
(3) Cazenave. *Annales des maladies de la peau et de la syphilis*, 1844, t. I, p. 17.

Pour se rendre compte des difficultés du diagnostic, il est bon de se reporter à la description qui en a été donnée par Lasègue et Legroux (1). On verra qu'il est difficile, sinon impossible, de séparer complètement ce purpura hémorrhagique à forme scorbutique de la véritable maladie de Werlhof dont il ne diffère que par son évolution plus lente, et que la confusion avec le scorbut sporadique ne peut être évitée.

Les pétéchies sont souvent les premiers phénomènes appréciables. D'autres fois ce sont des modifications plus ou moins profondes de la santé générale qui marquent le début des accidents. Il n'est pas rare de voir, dans les cas graves, le malade se plaindre de fatigue et de courbature; il a horreur du moindre mouvement, de l'exercice le plus léger; il est sans courage et l'abattement est considérable. Des douleurs très vives se font sentir dans les membres et sur le tronc; elles sont surtout accusées aux genoux, mais particulièrement au thorax, amenant ainsi une grande anxiété avec gêne respiratoire et forçant le malade au repos absolu. La peau est sèche, terreuse, jaunâtre; les muqueuses sont fortement décolorées et il y a souvent un certain degré de bouffissure de la face.

C'est alors qu'on voit se produire le phénomène dit: *peau ansérine*, constitué par de petites taches hémorrhagiques autour des follicules pileux des membres inférieurs. D'après Lasègue et Legroux, ce sont de petites élevures arrondies, d'un rouge violacé, foncé chez les gens robustes, et d'un bleu lilas chez les sujets fatigués. La tache purpurique est traversée par un poil ou bien elle est recouverte par une petite masse grisâtre de cellules épidermiques, qu'il suffit de soulever avec une aiguille pour dégager le poil contourné ou coudé, tantôt plus mince que normalement, tantôt bifurqué à son sommet, ou bien rudimentaire, et souvent dévié de sa direction normale.

Ces pétéchies forment, sur la peau, des élevures semblables à celles que donne la chair de poule; elles ne disparaissent pas par la pression. Leur lieu d'élection est la face antéro-externe de la jambe et de la cuisse; mais on les trouve aussi sur les membres supérieurs, à l'avant-bras du côté de l'extension et jusque sur le tronc. En un mot, c'est dans les régions les plus fournies de poils et dans le sens de l'extension, qu'elles apparaissent. Très nombreuses chez les individus dont le système pileux est développé, elles sont plus discrètes dans le cas contraire, comme chez les femmes; enfin les gens malpropres, à peau sale et rugueuse, exposés au lichen pilaris, sont plus fortement atteints que les autres.

L'éruption se fait rapidement et sans provoquer aucun trouble de la sensibilité. Elle dure assez longtemps et disparaît complètement, sans laisser de traces, au bout d'un à deux mois et plus, après que chacun des éléments a passé par des teintes de plus en plus pâles.

(1) Lasègue et Legroux. *Archives générales de médecine*, 1874.

Tout cela peut être fort léger; mais il y a des cas tout à fait sérieux et graves, et entre ces deux extrêmes il y a place pour une série de faits de moyenne intensité qui servent d'intermédiaires.

Tout peut se borner, en effet, dans les cas très bénins, à la présence de quelques pétéchies sur les membres inférieurs. A un degré plus avancé, elles se montrent sur toutes les parties du corps, et s'accompagnent souvent de lésions gingivales; toutefois ces dernières peuvent aussi exister, alors que la peau est à peine marquée de taches hémorrhagiques. Plus la maladie devient sérieuse, plus nombreuses sont les hémorrhagies, et, quand on voit apparaître des ecchymoses, des épanchements sanguins dans les séreuses, des hématémèses, des hématuries, des hémoptysies, etc., la situation devient très grave, car il suffit que ces accidents se prolongent ou qu'une hémorrhagie se produise dans certains organes pour entraîner une mort très rapide.

V

Purpura consécutif a une lésion du système nerveux. — Si le système nerveux, ainsi que nous venons de le voir, a une influence marquée sur le développement de certains purpuras, il faut donc, quand même, faire intervenir un état tout spécial des sujets sans lequel il lui serait peut-être fort difficile de contribuer à son développement, étant donné le peu d'importance des causes qui mettent en jeu son action.

Dans certains cas, cependant, le rôle de la moelle ou des nerfs est à lui seul suffisant pour provoquer les accidents.

On sait, en effet, que, par l'intermédiaire des vaso-moteurs, les nerfs règlent et modèrent la circulation dans les divers organes; il existe un véritable pouvoir trophique des centres nerveux vis-à-vis des tissus, et les vaisseaux capillaires ne doivent pas échapper à cette influence. C'est pourquoi les ruptures et les extravasations sanguines peuvent être le résultat d'une congestion exagérée quand les conditions de résistance des parois sont modifiées.

Les expériences de M. Brown-Séquard et de Vulpian, les observations cliniques de MM. Charcot, Ollivier, de Barety prouvent assez l'influence du système nerveux sur la production des hémorrhagies cutanées.

a. Celles-ci peuvent être consécutives aux lésions des nerfs; mais c'est là un fait assez rare. Les trois observations publiées par M. Faisans sont tout à fait instructives. Dans deux cas de sciatique, développée dans des conditions identiques, chez des hommes alcooliques, on vit apparaître des ecchymoses, dix à onze jours après le début des douleurs névralgiques, au moment où elles étaient à leur apogée. Comme dans les cas d'ecchymoses tabétiques, elles se sont montrées au-dessus des points qui étaient le siège des douleurs les plus vives. Elles étaient d'étendue variable et leur nombre variait avec celui des points douloureux; enfin elles se localisaient absolument sur le territoire du nerf malade. Dans un troisième cas la sciatique était double, l'hémorrhagie s'était faite le long du trajet des deux nerfs atteints; mais les taches étaient petites et très circonscrites, les capillaires intra-dermiques ayant seuls été rompus.

b. Les lésions de la moelle sont capables aussi de donner lieu à des hémorrhagies cutanées; les faits de ce genre sont même moins rares que les premiers. Dès 1877, M. Chevalier (1) les avait signalées dans un cas de sclérose en plaques; les phénomènes nerveux prédominaient à droite et l'on vit, dans le cours d'une variole intercurrente, les pustules, discrètes et d'aspect normal à gauche, présenter une confluence remarquable à droite, en même temps qu'elles se remplissaient de sang. M. Strauss (1) les a également bien étudiées dans le cours de l'ataxie locomotrice. Ce sont des ecchymoses qui apparaissent sur les membres, à la suite des grandes crises de douleurs fulgurantes; leur apparition coïncide toujours avec l'apaisement des douleurs. Leur aspect, ainsi que leur évolution, est identique à celle des ecchymoses qui résultent d'une contusion un peu forte (bleus), ou d'un fort pincement de la peau; elles sont toutefois absolument indolores. La forme de ces taches est irrégulièrement circulaire, les dimensions en sont variables, et l'intensité de leur coloration dépend de la durée et de la violence des crises douloureuses. Elles occupent le membre et le segment du membre qui a été le siège des douleurs, mais dans un point situé plus haut que celui où elles ont été au maximum, en se rapprochant de la racine du membre. Il n'y a pas de rapport entre la distribution des ecchymoses et le trajet des nerfs cutanés, contrairement aux éruptions tabétiques décrites par M. Charcot.

Ce n'est pas seulement dans l'ataxie que peuvent se rencontrer des ecchymoses. M. Faisans publie une observation due à M. Geffrier, dans laquelle on voit qu'un malade, atteint de myélite transverse, eut, après neuf mois de maladie, les deux jambes couvertes de taches purpuriques, sans qu'on pût trouver les causes habituelles du purpura. Dans un cas de cancer secondaire du rachis, observé par Thibierge, on vit apparaître des ecchymoses sur les membres inférieurs et sur le trajet des nerfs douloureux et à la suite des crises comme dans l'ataxie.

Les hémorrhagies cutanées se sont également montrées deux fois dans le cours de la tuberculose, et dans des circonstances telles, comme le dit M. Faisans, qu'il est impossible de ne pas y voir la preuve de lésions médullaires de même nature. La coïncidence des phénomènes paralytiques et des accidents cutanés était tout à fait caractéristique.

Une observation de M. Troisier tend aussi à démontrer que les hémorrhagies peuvent être le premier signe apparent de la lésion médullaire. Le malade dont il s'agit avait été soigné pour de la fatigue accompagnant de larges ecchymoses sur l'avant-bras droit et les cuisses. Il fut amélioré, mais, au bout d'un mois, il présentait tous les signes d'une méningite cérébro-spinale tuberculeuse. L'autopsie permit de vérifier ce diagnostic et de constater la prédominance des lésions à la région dorso-lombaire; or, les deux membres inférieurs avaient été le siège d'ecchymoses multiples; de plus, quand pendant la vie, au début de la méningite confirmée, la contracture apparut, ce fut le bras droit qui fut pris le premier, et ce membre avait été également couvert d'ecchymoses quelques jours auparavant. Ces faits ont permis à M. Faisans de se demander si beaucoup de cas de purpura, survenant à la dernière période de la tuberculose, et considérés généralement comme cachectiques, ne seraient pas sous la dépendance de lésions médullaires ignorées. C'est là une hypothèse qu'il faut émettre avec la plus grande réserve, car les faits font complètement défaut pour qu'elle puisse être présentée autrement.

(1) Chevalier. *Développement des éruptions cutanées chez les névropathes*, Thèse de Paris, 1877.

(1) Strauss. *Archives de névrologie*, 1880-1881.

VI

Purpura cachectique. — Le purpura de ce nom s'observe dans le cours d'affections lentes et à évolution progressive, dans le cancer, la tuberculose, les maladies du foie, des reins, des ganglions, et dans les intoxications lentes.

L'hémorrhagie apparaît quand le malade est arrivé à un degré de cachexie assez avancé ; elle se fait insidieusement, sans provoquer de malaise, sans douleurs, sans fièvre. Ce sont les membres inférieurs qui sont pris le plus ordinairement ; les avant-bras le sont quelquefois aussi, mais exceptionnellement. On trouve disséminées sur la peau, et d'ordinaire au pourtour des follicules pileux, de petites pétéchies légèrement saillantes, peu nombreuses et mêlées assez souvent à des papules de lichen ; il est rare que de larges ecchymoses se développent avec elles.

Ce n'est pas là un accident grave ; dans la majorité des cas, il est tout simplement l'indice d'un mauvais état général. Le purpura se montre à l'état de simplicité le plus net, et il est exceptionnel d'avoir à constater des hémorrhagies internes ; il n'y a que la tuberculose aiguë où elles peuvent s'observer, ainsi que le prouvent les faits de MM. Forget (1), Charcot (2) et Leudet (3) ; mais il faut remarquer qu'avec la tuberculose, on touche aux maladies infectieuses ; il n'y a donc pas à insister davantage.

Je crois que nous devons ici parler du purpura sénile, les conditions de son développement le rapprochant de celui qui apparaît chez les cachectiques.

Ce purpura se montre tout spécialement sur les extrémités supérieures des personnes âgées qui se sont exposées au froid et aux injures extérieures. L'état de dégénération des tissus, résultat de la sénilité et souvent de troubles généraux de la santé qui accompagnent cet état, joue un rôle analogue à celui des affections lentes et cachectisantes. Si les traumatismes et le froid sont quelquefois signalés comme ayant présidé à son apparition, ce n'est qu'à titre de causes occasionnelles qui seraient restées sans effet dans d'autres circonstances. Le purpura sénile, en tant que phénomènes objectifs, est un type de purpura simple et bénin.

VII

Purpura toxique. — A la suite de l'administration de certains médicaments, il n'est pas rare de voir apparaître des éruptions purpuriques qui ne présentent pas ordinairement de gravité. Il n'y a jamais d'hémorrhagies internes et tout se borne au développement de pétéchies qui succèdent à l'absorption des médicaments ayant la propriété de provoquer des exanthèmes cutanés.

C'est ce qu'on observe en effet à la suite de l'ingestion du mercure, du copahu, de la belladone ; l'exanthème se produit d'abord, puis les hémorrhagies cutanées se développent à leur suite et dans les points où l'érythème est le plus accusé.

On a observé aussi ce purpura après l'administration de l'ergot de seigle, qui a pour effet d'amener des troubles vaso-moteurs plus ou moins accusés. M. Fournier a signalé aussi le purpura à la suite de l'emploi de préparations iodiques ; il ne s'observe que chez certains malades prédisposés et se développe sous la forme de petites taches miliaires sanguines qui siègent presque constamment à la face antérieure des jambes. Elles durent de deux à trois semaines, ne déterminent aucun trouble local ou général et sont sujettes aux récidives.

On a signalé aussi le purpura consécutif à la morsure de certains serpents ; celle de la vipère lui donne le plus souvent naissance ; ce purpura n'a rien de spécial.

Enfin, il n'est pas impossible qu'il puisse se développer à la suite d'une auto-intoxication ; les faits de ce genre demandent à être relevés et discutés avec le plus grand soin avant d'être acceptés.

Ce purpura est en somme de peu d'importance ; c'est un simple accident qu'il ne faut pas s'étonner de rencontrer dans les cas où l'absorption des produits que nous avons indiqués se poursuit trop longtemps, ou bien quand il y a intolérance de la part des malades.

VIII

Purpura mécanique. — Ce purpura s'observe rarement ; il est le résultat de l'exagération de la tension vasculaire qui se produit d'une façon brusque ou qui s'exagère à un moment donné. On l'observe aux paupières à la suite de quintes violentes de coqueluche ; on trouve aussi un piqueté hémorrhagique limité au pourtour de la cavité orbitaire dans le cas d'attaques d'épilepsie. Ce purpura n'a pas de tendance à se généraliser à moins d'accès intenses ou de prédisposition du malade aux hémorrhagies.

Comme autre exemple de purpura mécanique, il faut citer celui qui se montre sur les membres inférieurs des individus atteints de varices ou dans le cours de la phlegmatia alba dolens ; la gêne circulatoire est ici la cause de l'hémorrhagie cutanée.

Il est fort probable que le purpura, dit simplex, qui apparaît chez certains sujets fatigués, à la suite d'une course un peu longue, d'une marche forcée, et qui disparaît par le repos, pour reprendre dès que le malade se remet debout et marche de nouveau, est le résultat du même mécanisme que ce dernier.

L'embarras de la circulation capillaire produit des résultats analogues chez les cardiaques ; aussi n'est-il pas rare de trouver des éruptions purpuriques chez les asystoliques.

IX

Indications thérapeutiques. — Elles sont variables et dépendent de l'intensité des accidents et de la cause qui leur a donné naissance.

C'est ainsi qu'on verra le purpura toxique cesser de se développer dès que les agents de son développement seront supprimés ; il en sera de même pour le purpura mécanique. On sait le régime qu'il faut instituer dans le cas de purpura scorbutique, pour voir celui-ci s'améliorer puis disparaître ; les toniques, les reconstituants seront également fort utiles dans le cas de cachexie. Chez les rhumatisants, le régime spécial et l'emploi de certains médicaments, qui modifient heureusement l'état arthritique, seront d'un grand secours pour éviter les récidives ou tout au moins les éloigner. En cas d'infection, l'usage des toniques, de l'alcool, du vin, du sulfate de quinine, etc., doit être prescrit.

Pour ce qui est des hémorrhagies, elles demandent à être surveillées. Dans certains cas, elles sont si légères et si peu abondantes, que toute médication spéciale est inutile ; le repos absolu, au lit, suffit souvent pour faire disparaître

(1) Forget. *Gazette médicale*, 1853.
(2) Charcot. Société de biologie, 1857.
(3) Leudet. Société de biologie, 1859.

les pétéchies, et pour empêcher les poussées qui peuvent se reproduire dès que le repos cesse avec la position horizontale. Si l'hémorrhagie se répète et devient sérieuse par sa répétition et son abondance, il faut évidemment intervenir. Le perchlorure de fer, l'eau de Rabel, donnent de bons résultats assez souvent pour qu'on n'hésite pas à s'en servir; on a aussi employé avec quelque succès l'ergot de seigle, et même l'ergotine en injection sous-cutanée. La transfusion a été faite dans les cas de pertes considérables de sang; elle a eu de bons effets dans un cas de M. Bouchut (1); le plus souvent toutefois elle n'a pas donné de résultats favorables.

Les applications de glace sur l'estomac et le ventre, ont été employées pour combattre les vomissements de sang et le melœna; de même pour les épistaxis et les hémorrhagies vaginales, on s'est servi du tamponnement; il faut avoir soin d'enlever fréquemment les tampons, de crainte de la gangrène, et de faire usage de l'antisepsie la plus complète. Les attouchements, au jus de citron ou avec la cocaïne sur les gencives, sont d'un bon effet, ainsi que les lavages de la bouche avec la solution boriquée, quand il y a des ulcérations.

TRANSPORT DES BLESSÉS

IMPROVISATION DE BRANCARDS ET TRANSFORMATION DES VOITURES DE CULTURE ET D'INDUSTRIE

Par M. le docteur P. Bouloumié (de Vittel).

Jusqu'à présent, bien qu'il fût indiqué dans les règlements militaires que les voitures de culture et autres seraient réquisitionnées dans certaines circonstances de guerre pour le transport des blessés, il n'était fait mention que d'aménagements permettant de transporter un blessé, deux au plus, par voiture.

Par notre procédé, on peut transporter trois à six blessés couchés par voiture ou bien trois à sept blessés, les uns couchés, les autres assis. Les conditions du transport sont très bonnes, grâce au système de suspension et aux brancards employés.

Les brancards sont fabriqués et les voitures sont aménagées exclusivement avec ce que l'on trouve partout dans nos régions frontières, dans les villages en particulier.

Le *brancard* se compose : 1° de deux perches de $2^m,20$ de longueur, en bois quelconque, assez solide pour porter chacune un homme; 2° de deux petits rondins de 64 centimètres de longueur constituant les traverses d'écartement, fixées par une ficelle à deux travers de main des extrémités des hampes; 3° d'une toile de $1^m,80$ de longueur sur 60 centimètres de largeur, formée par un ou plusieurs sacs disposés, suivant leurs dimensions, dans le sens de la longueur ou de la largeur; 4° d'un bottillon servant de traversin. Les sacs sont disposés de manière à laisser entre la face supérieure et la face inférieure du brancard un espace libre qui sera garni de paille pour transformer celui-ci en brancard-paillasse.

Voitures. — A peu près toutes les voitures se prêtent à notre aménagement dont l'élément essentiel est une corde solide, destinée à former ressort, tendue longitudinalement au milieu de la voiture et maintenue à l'avant et à l'arrière par des rondins de bois quelconque un peu au-dessus du plan de la partie supérieure des ridelles.

Dans la voiture lorraine, on peut ainsi placer cinq blessés dont quatre suspendus et un couché dans le fond. Les brancards supérieurs sont supportés par des cordes transversales s'attachant aux ridelles en passant par-dessus la corde longitudinale, de manière que l'aire supérieure de la voiture se trouve divisée en quatre rectangles allongés, deux à l'avant et deux à l'arrière.

Le brancard placé sur le fond de la voiture repose par ses deux extrémités sur un fagotin.

Le passage de la voiture sur des obstacles donne lieu à des oscillations verticales et horizontales très adoucies et rappelant celles de la voiture à huit ressorts, aux hommes placés sur les brancards suspendus.

Dans les voitures dites jardinières ou voitures de boucher, on peut transporter par le même procédé quatre blessés, dont deux couchés dans le fond et deux dans le haut.

Les voitures, trop étroites pour recevoir deux blessés de front, peuvent être facilement élargies en disposant deux cordes longitudinales formant ressort et fixant par-dessus deux traverses assez longues pour donner un appui suffisant aux deux brancards placés côte à côte dans le sens de la longueur.

Ces installations se faisant sans difficulté, sans frais, sans détérioration du matériel employé, sont très rapidement apprises par les brancardiers que nous organisons sous le nom de « Brancardiers de France » dans nos départements frontière.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

On nous prie de prévenir nos confrères que, dans ce moment, une série d'escrocs et de voleurs s'abat sur les salons des praticiens. Se méfier des personnes qui, après quelques moments d'attente, disparaissent en laissant l'adresse du malade que le médecin est invité à visiter.

— Par décret, en date du 5 décembre 1888, a été promu dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin en chef. — M. le docteur Gillet, médecin en chef de la marine en retraite.

— Par arrêté ministériel, en date du 5 décembre 1888, ont été nommés membres du Comité d'organisation du Congrès international d'anthropologie criminelle :

MM. les docteurs Ball, Bertillon, Blanche, Bordier, Bournet, Brouardel, Collineau, Mathias-Duval, Fauvelle, Fabret, Feré, Hervé, Laborde, Lacassagne, Letourneau, Magitot, Magnan, Manouvrier, Mesnet, Motet, Pozzi, Roussel, Topinard et Voisin.

— *Hôpitaux de Nancy.* — Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes :

MM. Cuvillier, Georges, Steinmetz, Braun, Froelich, Manceaux, Cultin, Stern, Patte, Weill, Fagot, Kochler et Dreyfus.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Bertaux est nommé prosecteur.

M. Dubois est nommé aide-préparateur des travaux pratiques de chimie.

M. Dervide est nommé préparateur de chimie organique.

M. Flament est chargé des fonctions de préparateur de chimie minérale.

— *École de médecine de Besançon.* — M. Burgen est nommé prosecteur d'anatomie.

M. Baigue est nommé aide-d'anatomie et de physiologie.

M. Gouniot est nommé préparateur de chimie.

M. Roussillon est nommé préparateur de pharmacie.

— *Ecole de médecine de Caen.* — M. le docteur Guillet est nommé suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

— *École de médecine de Grenoble.* — M. Baboin est nommé suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale.

— *École de médecine de Rennes.* — M. le docteur Perrin de la Touche est nommé suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

— *École de médecine de Rouen.* — M. le docteur Cerné est nommé chef des travaux anatomiques de physiologie.

— *École de médecine de Toulouse.* — M. le docteur Pascal est nommé chef de clinique obstétricale.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. Bigot, licencié ès sciences naturelles, est nommé préparateur adjoint de géologie.

(1) Bouchut. *Clinique de l'hôpital des Enfants-Malades*, 1887.

— *Faculté des sciences de Clermont.* — M. Kilian, docteur ès sciences, est chargé d'un cours de géologie.

— *Faculté des sciences de Rennes.* — M. Collen, licencié ès sciences physiques, est nommé préparateur de zoologie.

— M. le docteur de Laurier, médecin de colonisation à Ténès, vient de recevoir une médaille de première classe, pour son dévouement dans l'épidémie typhique de mars et avril 1888.

— La cinquième conférence annuelle Broca aura lieu le jeudi 13 décembre 1888, à quatre heures de l'après-midi, au siège de la Société d'anthropologie de Paris, 15, rue de l'École-de-Médecine. Elle sera faite par M. le docteur J.-V. Laborde, membre de l'Académie de médecine, qui traitera les sujets suivants : « Les centres nerveux sensitivo-moteurs. — Le lobe et les centres olfactifs. »

On peut se procurer des cartes d'entrée au siège de la Société.

— M. le docteur Chervin, directeur de l'Institution des bègues de Paris, commencera le mercredi 12 décembre, à cinq heures, à l'École pratique (amphithéâtre n° 2), ses leçons sur les troubles de la parole et les continuera les mercredis à la même heure.

La première leçon sera consacrée à des considérations générales sur les troubles de la parole.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LÉVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 142. — MARDI 11 DÉCEMBRE 1888. 61e ANNÉE. MARDI 11 DÉCEMBRE 1888. — N° 142.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. POTAIN.

Syphilis pulmonaire; historique; formes; anatomo-pathologie; symptômes et diagnostic (1).

II

Avec quelles autres maladies peut-on confondre la syphilis pulmonaire? Tout d'abord avec le *cancer du poumon* dont le diagnostic est, comme vous le savez, très difficile. Mais la cachexie profonde, l'expectoration gelée de groseille, l'induration des ganglions du cou ont une valeur très grande. Enfin, le cancer du poumon est souvent secondaire et parfois il sera possible de rencontrer la tumeur primitive dans un autre organe.

Les hydatides du poumon sont loin d'être faciles à reconnaître. Les lésions sont localisées le plus souvent à la base; l'anémie des malades est profonde. Mais, symptôme important, révélateur, la toux est excessive dans cette maladie.

La dilatation bronchique est plus facile à séparer nettement de la syphilis pulmonaire. Dans la dilatation des bronches, l'expectoration est extrêmement abondante et fétide. Les râles sont gros, etc. Rien de semblable dans la sclérose syphilitique.

Voilà donc les difficultés que vous aurez à surmonter dans la pratique. Mais est-il nécessaire de vous dire qu'avant de penser à la syphilis du poumon, il faudra que vous ayez établi d'une façon indiscutable l'existence de la vérole chez votre malade?

Le diagnostic de syphilis pulmonaire n'est même pas aussi simple que je viens de vous l'indiquer. Il existe, en effet, des cas très nombreux où la vérole s'associe à la tuberculose : c'est là une question extrêmement importante.

Tantôt c'est l'influence de la syphilis qui est prédominante, tantôt c'est celle de la tuberculose.

L'association tuberculo-syphilitique peut se faire de deux façons :

1° La syphilis survient chez un tuberculeux avéré;
2° La tuberculose apparaît chez un syphilitique.

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 1265.

1° *La syphilis qui éclate chez un phthisique aggrave la tuberculose.* — En effet, la vérole, en tant que maladie infectieuse, débilite l'organisme et aggrave par suite l'affection primitive. De plus, les symptômes de la syphilis s'ajoutent à ceux de la tuberculose, d'où exagération du mauvais état général. Enfin, il faut avouer que, dans certains cas, un traitement antisyphilitique mal dirigé peut augmenter encore la détérioration de l'économie.

Les faits d'aggravation de la tuberculose, par suite de l'intervention de la syphilis, sont fréquents. Je vais vous en citer un exemple :

Il s'agit, d'abord, d'un homme entré dans mon ancien service, à Necker, et qui toussait depuis sa jeunesse. Il n'a aucun antécédent tuberculeux, mais tous ses enfants sont morts tuberculeux. Il était donc, probablement, bacillaire. Or, huit mois avant son entrée, il attrappe la syphilis et subit un traitement antivénérien. Il ne tarde pas à tousser, à perdre ses forces, à maigrir sensiblement et à avoir des troubles gastro-intestinaux. Sous la clavicule droite, il existait de la matité et des râles sous-crépitants.

En résumé, cet homme qui toussait du fait de sa tuberculose contracte la vérole et, à partir de ce moment, les phénomènes s'aggravent et les signes d'une tuberculose au deuxième degré apparaissent. Il y a eu, donc, aggravation notable de la tuberculose.

2° *La tuberculose peut apparaître dans le cours de la syphilis.* — C'est à la troisième période de la tuberculose que la syphilis pulmonaire apparaît, en règle générale, comme je vous l'ai déjà dit. Ma pratique et mes recherches bibliographiques me permettent d'ajouter, qu'il y a très peu d'exemples de tuberculose, au début de la syphilis. On a noté quelquefois des accidents pulmonaires dans la période tardive de la syphilis secondaire. En voici un des cas très rares.

Une malade, de quarante-deux ans, avait perdu son frère et sa sœur de tuberculose. Elle ne présentait, cependant, aucun symptôme pouvant se rattacher à cette affection, quand elle eut, en 1884, une hémiplégie gauche et une hémiplégie faciale de l'autre côté. Elle fut traitée par l'iodure de potassium et les frictions mercurielles, et guérie de cette façon. Il est bon de dire qu'elle avait présenté, peu de temps avant l'apparition de son hémiplégie, une éruption papulo-squameuse. Le traitement antisyphilitique, qui lui fut donné, détermina la production d'une stomatite intense et d'accidents du côté du pharynx, à tel point qu'il fut nécessaire de la nourrir avec une sonde. A son entrée à l'hôpital, cette

femme avait de la matité, de l'expiration prolongée, etc. C'était une tuberculose au début, je dois ajouter qu'elle sortit très améliorée de nos salles.

La tuberculose était donc survenue chez cette syphilitique, peu après l'efflorescence d'une éruption papulo-squameuse. Le traitement antisyphilitique administré sans mesure produisit des accidents qui ont peut-être contribué, pour une part difficile à déterminer, à préparer le terrain pour l'évolution du bacille de Koch. Dans tous les cas, la syphilis qui existait auparavant chez cette malade a favorisé l'éclosion de la tuberculose. Comment a agi, dans ce cas, la syphilis pour provoquer la tuberculose? La vérole n'a été qu'une cause occasionnelle, chez cette malade prédisposée.

Comment la syphilis peut-elle provoquer l'apparition du bacille? En agissant sur les poumons, le larynx et les bronches. Du moins, c'est infiniment probable.

La syphilis, qui se localise aux poumons, semble être une cause de fixation pour le bacille de Koch. Qu'on en juge :

En 1884, à l'hôpital Necker, j'ai soigné un malade qui n'avait aucun antécédent tuberculeux. Ses nombreux enfants n'étaient pas des bacillaires, il ne présentait aucun symptôme pulmonaire.

Six ans auparavant, il avait eu la syphilis. Depuis deux ans, la toux, la gêne respiratoire, l'expectoration abondante avaient fait leur apparition. Ce malade s'était amaigri progressivement, et, à son entrée, il était dans un état de maigreur extraordinaire. Il portait la cicatrice d'une perforation du voile du palais ; son radius était considérablement augmenté de volume.

L'examen de la poitrine décelait des lésions avancées du parenchyme pulmonaire. Ce malade s'affaiblit progressivement et finit par mourir.

L'autopsie fut très intéressante. Le sommet du poumon gauche était criblé d'un semis de tubercules miliaires. Quelques-uns étaient caséeux. A droite et au sommet, il y avait des petites cavernes et des granulations tuberculeuses. Mais, à la base d'un des poumons, il existait une partie qui avait la consistance du fromage de Brie et présentait les caractères de la pneumonie blanche dont je vous ai parlé dans ma précédente clinique.

La tuberculose des sommets était démontrée par l'examen macroscopique. Le microscope permit de mettre en évidence de nombreux bacilles de Koch.

La partie inférieure, qui présentait des lésions d'apparence syphilitique, n'était pas entièrement dépourvue de bacilles de Koch. Mais les bacilles n'existaient qu'en certains points.

En d'autres termes, la gomme n'était envahie que partiellement par les bacilles. Ceux-ci avaient donc profité de l'altération syphilitique qu'on rencontrait à la base de ce poumon pour s'installer dans ce point du poumon.

Il faut donc conclure de ce fait, que, même localement, les lésions syphilitiques du poumon préparent le terrain pour l'évolution du bacille de Koch. N'est-ce pas la preuve que la syphilis peut jouer le rôle de cause prédisposante par rapport à la tuberculose? Sokloski, médecin polonais, a publié une observation qui confirme la mienne.

Le traitement antivénérien peut aggraver ou améliorer l'état des tuberculo-syphilitiques. Je vous citerai un exemple d'amélioration notable : une malade de vingt-deux ans, ayant des antécédents héréditaires, tousse, crache et s'amaigrit. On trouve aux sommets de la poitrine des signes de tuberculose très avancée et à évolution rapide. Je constate qu'elle a la syphilis (iritis, éruption syphilitique nettement caractérisée). Je la traite par le sirop de Gibert qui fait disparaître les accidents vénériens et améliore très sensiblement l'état de ses sommets. Quelques mois après la sortie de cette malade, nous eûmes l'occasion de la revoir à la consultation. Or, les signes du sommet avaient disparu. Voilà donc une malade qui semblait être vouée à une mort prochaine et que le traitement a guéri.

D'autres cas peuvent venir à l'appui de la thèse que je soutiens. Même si on trouve le bacille de Koch dans les crachats, il faut combattre la syphilis qui aggrave les symptômes. Car la vérole, je vous le répète, aggrave le mauvais état général et le traitement antivénérien modifie favorablement et les accidents syphilitiques du poumon, mais aussi les accidents tuberculeux. Il ne faut donc pas traiter d'abord le tuberculo-syphilitique pour sa tuberculose et négliger la syphilis. De ces deux affections, la dernière est rapidement modifiée par une médication appropriée. Il y a donc intérêt à l'empêcher d'aggraver la tuberculose. Il faut combattre d'abord la syphilis et entreprendre après le traitement de la tuberculose. Quand vous obtiendrez la guérison de la syphilis, vous pouvez être sûr que vous aurez fait le plus grand bien aux malades dont les poumons sont envahis par les bacilles de Koch. Dans ces cas, j'ai pour habitude constante de commencer par traiter la vérole, même quand elle n'a que des manifestations insignifiantes.

Quel traitement devez-vous employer? L'iodure de potassium ou de sodium est indiqué. Mais la médication ne vous donnera pas tous les résultats que vous devez en attendre, si vous ne l'associez pas au traitement mercuriel. Celui-ci a une action beaucoup plus rapide, beaucoup plus efficace. Il faut ménager le tube digestif et faire soit des frictions, soit des injections hypodermiques. Quand cela sera possible, il vaut mieux se servir des frictions. Dans tous les cas, le médecin devra s'imposer une règle absolue, c'est de surveiller avec soin les effets du traitement mercuriel, afin d'éviter ses inconvénients. Je vous ai cité un cas dans lequel le mercure avait probablement contribué à l'éclosion de la tuberculose pulmonaire.

UN CAS DE TÉTANOS A DÉBUT CÉPHALIQUE

AVEC PARALYSIE FACIALE

Par MM. les Drs Ch. Rémy, professeur agrégé à la Faculté de médecine, et Francis Villar, aide d'anatomie à la Faculté de médecine.

Le tétanos céphalique avec paralysie faciale est une affection rare, surtout en France où l'on n'en compte que cinq cas publiés, et encore deux d'entre eux ont-ils été signalés, non comme des exemples du tétanos céphalique avec paralysie faciale, mais bien comme des observations intéressantes par la longue durée de la période prodromique ou par les circonstances étiologiques qui avaient présidé au développement de la maladie.

A l'étranger même, en Allemagne, où cette forme de tétanos a été plus souvent observée, les cas se comptent encore, ainsi qu'en témoignent et le mémoire de Guéterbeck et les travaux plus récents de Ginffré, de MM. Terrillon et Schwartz.

Aussi, nous a-t-il semblé intéressant de publier l'observation suivante qui vient confirmer l'existence de cette forme curieuse du tétanos, dans laquelle les accidents débutent par un trismus le plus souvent unilatéral, accom-

pagné ou suivi de paralysie faciale du même côté, trismus et paralysie siégeant sur la moitié de la face qui correspond au siège de la blessure.

A... (Charles), âgé de trente-six ans, employé comme homme de peine dans une forge, a toujours joui d'une santé florissante.

Du côté des antécédents héréditaires nous trouvons les renseignements suivants : père mort d'une attaque d'apoplexie; mère devenue aliénée par suite d'alcoolisme; deux frères qui sont bien portants.

Le malade nous raconte qu'il a été attaqué par plusieurs individus à Neuilly-sur-Marne, le 7 janvier 1888, à neuf heures du soir, et qu'il a reçu : 1° un coup de couteau à la partie interne de l'arcade orbitaire du côté gauche; 2° sur la région fronto-pariétale gauche un coup de casse-tête, à la suite duquel il a perdu connaissance.

Laissé pour mort, il a été trouvé sur la route, à cinq heures du matin, par des ouvriers qui se rendaient à leur travail, et qui l'ont conduit dans une plâtrière voisine où il a pu se reposer et se mettre à l'abri du froid.

Dans la matinée, il s'est rendu à l'hôpital Saint-Antoine, où l'interne de garde a suturé la plaie sus-orbitaire, et appliqué un pansement approprié; on ne put garder le malade à l'hôpital, faute de place.

Étant allé au commissariat de police, il est dirigé sur le Dépôt de la préfecture; il y reste quelques jours, et enfin il est envoyé à la maison de Nanterre. Dès son arrivée, le 21 janvier, c'est-à-dire treize jours et demi environ après l'accident, il est admis à l'infirmerie dans le service chirurgical.

Voici ce que nous constatons en examinant le malade : il existe au niveau de la partie interne de la région sourcilière du côté gauche, et près de la racine du nez une plaie, d'une étendue de 4 centimètres, d'aspect contus, à bords déchiquetés, partiellement soutenue encore par deux points de suture, les autres ayant sectionné les téguments et flottant dans le liquide séro-purulent qui baigne la plaie. La paupière correspondante, extrêmement tuméfiée, recouvre complètement l'œil, et le malade ne peut la soulever. Écartant cette paupière avec toutes les précautions nécessaires en pareille circonstance, nous constatons l'intégrité de la cornée et l'existence d'une ecchymose sous-conjonctivale très étendue qui envahit à la fois la conjonctive palpébrale et oculaire.

La tuméfaction considérable de la paupière ne nous permet pas de pratiquer l'examen ophthalmoscopique, mais ajoutons que le malade aperçoit les doigts qu'on lui montre sans pouvoir cependant en indiquer le nombre. Le malade se plaint de vives douleurs au niveau de la région naso-frontale; la racine du nez, le front et l'arcade orbitaire sont le siège d'une hyperesthésie intense.

Du côté de la voûte même, c'est-à-dire dans la région fronto-pariétale, point où le malade avait reçu un coup de casse-tête, rien à signaler; il n'y a même plus de douleur à ce niveau. Il n'y a pas eu d'écoulement de liquide ou de sang par l'oreille ni par le nez, mais l'acuité auditive est fortement diminuée.

Le phénomène le plus important qui attire particulièrement notre attention, c'est l'existence d'une paralysie faciale du côté correspondant à la blessure, accompagnée d'une contracture du masséter du même côté.

Le diagnostic de la paralysie faciale et de la contracture était des plus nets : en effet, la joue gauche est flasque et aplatie, en même temps la bouche est déviée à droite, et la commissure labiale de ce côté se trouve un peu attirée en haut. Ajoutons que les muscles de la face du côté droit ne sont pas contracturés. La sensibilité est conservée des deux côtés dans la région des joues. L'examen électrique n'a pas été pratiqué, faute du matériel nécessaire. Revenant à la joue gauche, nous constatons que le masséter de ce côté contracturé forme, au-dessous des parties molles de la joue, un plan résistant, douloureux à la pression; il existe aussi un point douloureux au-devant de l'insertion massétérine. Enfin, les arcades dentaires sont fortement serrées, et ce n'est qu'à grand'peine qu'on parvient à les écarter d'un centimètre environ. Interrogé sur la date du début de ces accidents, le malade ne peut nous donner que des renseignements tout à fait vagues, de sorte qu'il est impossible de savoir exactement s'ils sont apparus immédiatement après la blessure, ou seulement quelques jours après.

Ainsi donc, notre malade reçoit un coup de casse-tête à la région fronto-pariétale gauche, et un coup de couteau au niveau de la région sourcilière du même côté; il reste toute la nuit couché sur une route à la campagne et par un temps froid; au bout de quelques jours, apparition d'une paralysie faciale et d'une contracture du masséter du côté correspondant à la blessure; telle est, en résumé, l'histoire de notre malade.

Un diagnostic exact n'était pas aisé, car nous nous trouvions en présence d'un complexus symptomatique qu'on est peu habitué à trouver en clinique.

Cependant, en présence des phénomènes que nous venons de signaler, étant donné les péripéties qui avaient précédé l'apparition de la paralysie faciale et de la contracture du masséter, nous devions nous poser les questions suivantes : avions-nous affaire à une paralysie faciale consécutive à une fracture du rocher? ou bien s'agissait-il d'une paralysie faciale a frigore? et dans ces deux cas la contracture du masséter, simple coïncidence, ne serait-elle pas due à une lésion dentaire ou à une fracture du maxillaire, puisque nous avions constaté un point très douloureux en avant de l'insertion massétérine?

Ces deux hypothèses devaient tout d'abord venir à l'esprit, mais elles n'étaient pas tout à fait satisfaisantes.

Nous nous sommes alors demandé si nous ne nous trouvions pas en présence d'un de ces cas rares, et dont le diagnostic est souvent si difficile au début, de tétanos céphalique avec paralysie faciale (tétanos céphalique de Rose), affection sur laquelle M. Terrillon venait d'attirer l'attention de la Société de chirurgie quelques mois auparavant, à propos d'un malade de sa clientèle privée.

Nous nous arrêtons plutôt à ce diagnostic de tétanos céphalique avec paralysie faciale, tout en faisant une légère réserve, car nous n'avions jamais eu l'occasion d'observer un cas analogue.

Nous songeâmes à endormir le malade, dans le double but d'écarter les mâchoires pour faciliter l'alimentation, et de nous rendre compte, par l'examen de la cavité buccale, des causes qui auraient pu provoquer la contracture du masséter, car c'était là le phénomène le moins facile à expliquer.

Mais nous nous occupons tout d'abord de la plaie, de l'antisepsie de la bouche et de l'état général du malade.

Les fils à suture, qui étaient restés dans la plaie, sont enlevés immédiatement; la plaie est nettoyée avec soin et recouverte d'un pansement antiseptique. Nous prescrivons en même temps des gargarismes, ou plutôt des lavages de la bouche avec une solution boriquée à 4 p. 100, du lait et 4 grammes de chloral.

La plaie se cicatrise assez rapidement, et il ne reste bientôt plus que la contracture du masséter gauche et la paralysie faciale du même côté. Cet état dure, sans grands changements, jusqu'à la fin du mois de janvier, c'est-à-dire pendant dix jours. Pendant ce temps on essaie, à plusieurs reprises, d'ouvrir la bouche du malade, mais sans y insister beaucoup, ces tentatives restant infructueuses.

Nous nous décidons enfin à chloroformer le malade, tant les mâchoires étaient serrées l'une contre l'autre, lorsque la veille du jour où nous nous disposions à intervenir, surviennent des contractures dans les muscles du cou, de la nuque, du tronc, etc.

1er février. En effet, à la visite du matin, nous constatons que la tête est inclinée du côté blessé, et que le malade éprouve de grandes difficultés à faire le moindre mouvement de tête. Il existe de la raideur de la nuque et du sterno-cléido-mastoïdien; le tronc aussi est rigide; le malade ne peut s'asseoir dans son lit et ne peut que difficilement plier le membre inférieur gauche.

Les membres supérieurs sont indemnes. Du côté de la face

nous constatons les phénomènes suivants : du côté gauche, contracture du masséter et paralysie faciale; du côté droit, les muscles de la face sont dans un état de contracture permanente, l'œil est rapetissé, la figure devient grimaçante lorsque le malade veut parler. Les arcades dentaires sont fortement serrées.

Prescription : 8 grammes de chloral.

2 février. L'état est le même : 8 grammes de chloral.

3 février. Rien à signaler.

4 février. Les contractures de la face, du cou, de la nuque et du tronc persistent. La respiration est gênée ; le malade demande à être assis sur son lit, soutenu par des oreillers ; mais bientôt il préfère être assis dans un fauteuil. Difficulté de la déglutition ; le malade est obligé de se mettre debout pour boire.

A partir de ce jour il est placé dans une chambre à part, qui est rendue obscure et maintenue à une température constante; les oreillers du malade sont recouverts d'une épaisse couche d'ouate. Pour des raisons spéciales, nous n'avons pu isoler le malade dès le début des accidents. Chloral, 12 grammes.

5 février. Rigidité de la jambe droite qui ne peut être fléchie. La jambe gauche, atteinte de contracture le 1er février, paraît indemne aujourd'hui. Plusieurs fois, dans le cours de la maladie, nous avons observé des périodes pendant lesquelles les membres inférieurs, d'abord atteints, devenaient tout à fait libres. Les contractures des membres inférieurs ont même alterné; elles étaient plus fortes tantôt à droite, tantôt à gauche; ces contractures n'ont donc pas constitué le phénomène prédominant. Par contre, la raideur de la face et de la nuque s'est toujours maintenue à peu près au même degré et avec les mêmes caractères. Chloral, 12 grammes.

6 février. L'état est le même que la veille. Chloral, 12 grammes.

7 février. Rigidité des deux membres inférieurs. Aggravation des accidents qui sont à leur summum à cinq heures du soir. Les arcades dentaires sont fortement serrées ; cependant, du côté de la commissure labiale droite, les lèvres s'entr'ouvent légèrement pour laisser couler un liquide visqueux, sanguinolent et très nauséabond.

Le malade se plaint de la sensation d'une barre à la région épigastrique. La respiration est gênée. Le malade peut plier les jambes dans son lit.

L'interne de garde administre un lavement avec 4 grammes de chloral. Dans la soirée, sous l'influence de ce lavement, le malade va abondamment à la garde-robe, ce qui n'avait pas eu lieu depuis trois jours.

Dans la nuit, il a pu boire un litre de lait renfermant 7 grammes de chloral.

8 février. Légère amélioration. Chloral, 15 grammes.

9 février. Statu quo; jambes enflées. Chloral, 15 grammes.

Jusqu'au 16 février, le malade est resté à peu près dans le même état. On continue le chloral.

16 février. Tremblements spasmodiques des membres inférieurs survenus à la suite d'une flexion du membre.

Sirop de morphine, 75 grammes. — Lavement de chloral, 6 grammes.

Du 17 au 22 février, légère amélioration ; à part la contracture de la face et de la nuque, le malade va assez bien. Prescriptions pendant cette période : sirop de morphine et chloral.

22 février. A la visite du matin, le malade est assis dans un fauteuil; son état paraît très satisfaisant : la parole est assez facile, le cou et les membres sont libres, la figure elle-même est décontracturée en grande partie. Le malade raconte qu'il a de mauvaises dents qu'il voudrait se faire extraire, et lorsqu'on lui dit qu'on est disposé à les lui arracher tout de suite, il est pris d'une vive émotion, qui se traduit par des spasmes tétaniques de la face, du cou, des membres inférieurs, du thorax ; le malade étouffe, sa figure et ses mains sont cyanosées; c'était la première crise de tétanos généralisé que nous constations.

Au bout de quelques instants tout était rentré dans l'ordre, mais le malade restait abattu. Sirop de morphine, 60 grammes. Chloral, 8 grammes en lavement.

24 février. Une crise. Hallucinations. Le malade a beaucoup maigri.

25, 26 et 27 février. Crises. Agitation ; hallucinations.

28 février. Pas de crise véritable, mais le malade est agité. Après le lavement de chloral pris le soir, le malade tombe en syncope et reste environ deux heures sans connaissance.

1er mars. Deux crises. Agitation.

2 mars. Le malade meurt étouffé, dans une crise, à une heure moins dix du matin.

Autopsie. — L'autopsie a été faite vingt-quatre heures après la mort.

Adhérences anciennes de la plèvre droite en avant et en arrière. Légère congestion à la base des poumons.

Cœur : caillots fibrineux dans les deux cavités. Valvule mitrale un peu épaissie et rétrécie ; valvule tricuspide normale ; ventricule gauche hypertrophié ; ventricule droit très dilaté et à parois amincies.

Os du crâne et de la face : petite fracture insignifiante de l'arcade orbitaire gauche au niveau du trou sus-orbitaire.

Rien du côté de la voûte elle-même ni de la base du crâne : le rocher est intact.

Fracture du rebord alvéolaire gauche du maxillaire inférieur; la deuxième petite molaire gauche est détachée de son alvéole.

Le cerveau est normal.

Les méninges craniennes sont congestionnées du côté de la base, au voisinage du chiasma des nerfs optiques.

Le cervelet ne présente rien à signaler : il paraît normal.

Il en est de même du bulbe.

Quant à la moelle et aux enveloppes qui l'entourent, elles sont hyperhémiées.

Nerfs examinés : le facial, le trijumeau (nerf sus-orbitaire); nous n'y avons trouvé aucune lésion.

Le facial a surtout été examiné avec soin et poursuivi jusque dans le rocher ; nulle part il n'a été trouvé lésé ni comprimé.

Nous avons cherché à compléter cette observation par un examen bactériologique : des fragments de facial, de la moelle et d'autres nerfs craniens ont permis d'obtenir des cultures, qui toutes ont présenté des microbes nombreux et variés. Sur trois cobayes inoculés avec ces bouillons complexes, deux sont morts au bout de quarante-huit heures sans convulsions ; l'autopsie n'a révélé aucune lésion appréciable. Ainsi donc, cet examen peut être considéré comme nul.

Cette observation présente certaines particularités relatives au tétanos en général et que nous ne faisons que rappeler : c'est d'abord l'absence de fièvre ; à aucun moment, en effet, la température n'a dépassé 37 degrés ; bien mieux, elle s'est toujours maintenue au-dessous, au point de nous faire douter de l'exactitude du thermomètre employé, qui cependant était bien réglé, ainsi que nous avons pu le constater nous-même.

Un autre point à relever, c'est l'intermittence très marquée des contractures des membres inférieurs qui, très accentuées la veille, avaient disparu le lendemain, qui alternaient même d'un membre à l'autre, tandis que la contracture des muscles de la face et de la nuque était permanente.

Signalons enfin un cas de tétanos survenu dans la même salle, lorsque notre malade y était encore, chez un individu atteint de mal perforant; ce malade prit le tétanos le lendemain de son arrivée dans le service, et fut rapidement emporté, bien que le traitement fût institué dès le début des accidents. C'est un nouvel exemple à l'appui de la nature contagieuse du tétanos, d'autant plus que ce sont les premiers cas de tétanos observés à la maison de Nanterre, où le service chirurgical, placé dans un superbe pavillon récemment construit, ne recevait à cette époque des malades que depuis quelques mois seulement.

Si maintenant nous passons rapidement en revue les signes présentés par notre malade, au point de vue du tétanos dit céphalique, nous constatons qu'ils existent tels qu'ils ont été signalés par Rose, Guetubock, MM. Terrillon et Schwartz, etc.

Nous trouvons en effet, chez lui, cette triade symptomatique, qui est la caractéristique de l'affection, c'est-à-dire : 1° le siège de la blessure dans la région orbitaire; 2° le trismus; 3° la paralysie faciale; le trismus et la paralysie faciale siégeant du côté correspondant à la blessure.

Un fait qui mérite d'être noté avec soin, c'est l'absence de troubles dysphagiques chez notre malade. On sait, en effet, que Rose, qui, le premier, a décrit la forme du tétanos qui nous occupe en ce moment, a beaucoup insisté sur la dysphagie observée par lui chez un de ses malades, et qui avait aussi été signalée par Georges Pollack, chez un malade atteint du tétanos céphalique avec paralysie faciale. Rose a attaché une telle importance au phénomène dysphagie, qu'il désigne cette forme de tétanos sous le nom de tétanos hydrophobique, dénomination impropre, ou du moins incomplète, puisqu'elle laisse dans l'ombre le phénomène constant et le plus curieux, la paralysie faciale. Or, notre malade n'a pas présenté ces phénomènes dysphagiques; une fois la déglutition a semblé un peu gênée, mais cette gêne n'a pas tardé à disparaître et l'alimentation a toujours été possible, gênée seulement, cela va sans dire, par l'existence de la contracture des muscles masticateurs.

La plupart des observations du tétanos céphalique ont été résumées par MM. Terrillon et Schwartz, dans le mémoire qu'ils ont publié cette année même sur cette question. Il est donc inutile de les rappeler de nouveau, et nous nous contenterons de signaler celles qui n'ont pu trouver place dans cette excellente monographie.

LANGENBECK. — Plaie de la joue gauche; paralysie faciale et trismus; contracture des muscles de la face, du cou, du pharynx, des grands droits de l'abdomen (*Berlin. Klin. Woch.*, 1869, p. 365; — Observation reproduite par Liebreich « Hydrate de chloral », traduction française. Paris, 1870, p. 61; — et in Verneuil, *Mémoires de chirurgie*, 1888, t. V, p. 186).

WAGNER. — Beitrage zur Lehre von Tetanos in Leipzig (in *Schmidt's Jahrbuche*, 1884, t. CCIV « Tetanus hydrophobicus », p. 139).

TRIGLIA. — Contratture reflesse associate a paralisi della stessa natura, *Giornale di neuropatologia*, 1884, f. I, p. 8 (in Ginffré).

OLIVA. — Un caso di kopftetanus (tetanus hydrofobicus, Rose) (*Gazetta delle cliniche*, 1886, t. XXIV, n°s 9 et 10).

GINFFRÉ. — Un caso di tetano traumatico con emiplegia facciale (tetano cefalico, tetano idrofobico del Rose) (in *Lo Sperimentale*, octobre 1887, t. LX, p. 382).

CROSSOUARD. — Étude à l'appui de l'origine infectieuse du tétanos (Thèse de Bordeaux, 1887, p. 11; — in Verneuil, *Revue de chirurgie*, 1887, p. 964, obs. CLXXV).

BUISSON (d'Auberchicourt). — Tétanos chronique (Observation lue par M. Verneuil à l'Académie des sciences, séance du 16 janvier 1888).

CHARVOT. — Tétanos céphalique consécutif à une plaie contuse de la région malaire (Observation et rapports lus par M. Terrillon à la Société de chirurgie, séance du 10 octobre 1888).

NOTE SUR UN CAS D'OSTÉOME DES FOSSES NASALES (1)

Par M. le docteur MONTAZ,
Chirurgien en chef de l'hôpital de Grenoble.

II

L'origine dans la muqueuse ou le périoste donnerait lieu au développement intra-nasal de la tumeur, et on s'expliquerait mal le prolongement extérieur, orbitaire ou cranien, dans cette hypothèse.

Au contraire, avec l'idée de l'origine osseuse tout s'explique. La tumeur naît dans l'os, partout constitué par du tissu compact en lame mince. A mesure qu'elle s'accroît, elle fait saillie sur les deux faces. Plus tard, lorsque le développement est complet, on a une tumeur recouverte de périoste, divisée en deux portions par un étranglement circulaire, l'une est intra-nasale, l'autre est extérieure, orbitaire ou cranienne. L'étranglement répond au point d'origine. Cette idée de l'origine osseuse de ces ostéomes est celle que défend M. Panas dans l'article sus-mentionné.

Quant à la cause première du développement de ces ostéomes, il est certain que, pour un bon nombre d'entre eux, on peut la placer dans l'ostéogénèse. C'est lorsqu'il s'agit d'enfants ou d'adolescents. On se trouve alors en face de productions analogues à celles qu'on rencontre si fréquemment dans les régions juxta-épiphysaires, nous voulons parler des exostoses ostéogéniques. Mais lorsque ces tumeurs se développent chez des sujets dont la croissance est terminée, ce qui est le cas de mon opéré, force est bien d'abandonner la théorie ostéogénique et de se rabattre sur le fameux trouble de nutrition, qui n'explique rien.

On aurait alors une maladie de l'adolescence chez un adulte, quelque chose de comparable à ce qu'on vient de décrire à la Société de chirurgie, sous le nom d'ostéomyélite des adultes.

Au résumé, les ostéomes des fosses nasales, de l'orbite, fronto-orbitaires, ne constituent qu'une seule et unique maladie dont le point de départ est dans la paroi des fosses nasales ou des sinus y annexés. Seule, la région dans laquelle ils se répandent, au sortir des fosses nasales, fait varier leur allure symptomatique et leur gravité pronostique ou opératoire. Il y aurait donc lieu, en se plaçant à ce point de vue, peut-être trop philosophique, de fondre le tout en un seul article de pathologie, et de décrire les ostéomes des fosses nasales avec leurs prolongements externes, orbitaires ou craniens.

Au contraire, si on se place au point de vue clinique, il y a lieu de conserver l'antique scission, les ostéomes de l'orbite ou de la cavité cranienne comportant une gravité particulière. Mais alors pourquoi décrire, par exemple, sous la rubrique de fibromes naso-pharyngiens, les prolongements orbitaires, maxillaires ou craniens de ces tumeurs?

Nous concluons donc à la fusion.

Un dernier point reste à examiner, c'est la question des adhérences au squelette, question d'un vif intérêt opératoire, sur lequel il est inutile d'insister. Dans un grand nombre de cas, les adhérences sont nulles; c'est même là une des caractéristiques de ces ostéomes. Dans ces conditions, leur ablation est d'une réelle simplicité, malgré la disposition en sablier qui paraît leur être commune.

L'ouverture de la cavité cranienne elle-même n'a pas une

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 1294.

haute gravité dans ces conditions, si on opère sous le couvert de l'antisepsie la plus scrupuleuse.

Au contraire, avec l'adhérence au squelette, tout devient compliqué, témoin le cas malheureux de M. Panas, où il fallut sculpter l'ostéome pendant une heure avec le ciseau et le maillet, ceux de Baffos, de M. Badal, celui de Knapp où l'opération dura cinq heures.

D'où vient cette diversité dans les rapports avec le squelette qui fait l'opération facile dans un cas et rend la tumeur presque inopérable dans l'autre? J'avoue ne pas bien saisir la cause de cette évolution si variable. Toutefois, d'après la lecture d'un certain nombre d'observations, il me paraît exister un rapport non douteux entre l'adhérence de l'ostéome et l'époque de la vie à laquelle il a débuté. La plupart des sujets dont l ostéome présentait des adhérences inébranlables au squelette étaient jeunes. Tout au moins la tumeur en observation avait débuté dans l'enfance ou l'adolescence. Donc, très probablement les ostéomes des fosses nasales ou de l'orbite, méritant réellement le nom d'ostéogéniques, sont ceux qui font corps avec le squelette.

Au contraire, ceux qui ont débuté dans l'âge mûr — mon cas rentre dans cette catégorie — n'ont présenté que des rapports de contiguïté avec le squelette de la face et, partant, l'opération a été simple et complète.

Si on arrivait à réunir un grand nombre d'observations d'ostéomes, cette question de l'adhérence ou de l'indépendance de ces tumeurs mériterait d'être reprise. Il serait de la plus haute importance de savoir, avant l'intervention opératoire, si cette difficulté doit se présenter, oui ou non. Dans certains cas où l'on hésite à agir, une pareille notion pourrait fixer l'opportunité opératoire (1).

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1888-1889.

34. M. Dunn Sterwood. La kolpo-urétéro-cystotomie, nouvelle opération pour le traitement de l'urétéro-pyélite et les dernières méthodes employées pour le diagnostic de cette affection chez la femme. — 35. M. Belin. Déviation de la face dans l'hémiplégie hystérique et dans l'hémiplégie organique. — 36. M. Verdierre. Le choléra en Espagne en 1885. — 37. M. Niclot. Étude sur une variété de folliculite. — 38. M. Peltier. Contribution à l'étude des exostoses de croissance. — 39. M. Handjian. Contribution à l'étude du pneumothorax partiel. — 40. M. Iscovesco. Néphrite scrofuleuse. — 41. M. Gilliard. Du traitement de la tuberculose pulmonaire par les inhalations d'acide fluorhydrique. — 42. M. Mackw. Contribution à l'étude du myxœdème. — 43. M. Rigault. Des urines des aliénés. — 44. M. Chevreau. De la tuberculose testiculaire diffuse. — 45. M. Barrier. Cure radicale de la hernie ombilicale.

(1) Voici les seules indications bibliographiques que j'aie rencontrées dans la littérature chirurgicale :

Follin. *Bulletin de la Société de biologie*, 1850-1851. — Lenoir, Cloquet, Giraldès, Larrey. *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1856. — Mott. *American Journal of Sciences*, 1857. — Michon. *Mémoires de la Société de chirurgie*, t. II. — Maisonneuve. Académie des sciences et *Gazette des hôpitaux*, 1863. — Dolbeau. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1865-1866. — Thudicam. *The Lancet*, septembre 1868. — Gaubat. *Thèse de Paris*, 1869. — Olivier. *Thèse de Paris*, 1869. — Rendu. *Archives générales de médecine*, 1870. — Richet. Rapport, *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1871. — Richet. *Gazette des hôpitaux*, 1871. — Duka. *Pathological Transactions*, XVIII et XIX. — Hilton. *Guy's Hospital Reports*, série I, vol. I. — Dolbeau. *Société de chirurgie*, 1872. — Michel (de Nancy). *Gazette hebdomadaire*, 1873. — Poinsot. *Dictionnaire de Jaccoud*, 1877. — Bornhaupt. *Arch. f. Klin. Chirurgie*, 1881. — Imre. *Centralb. für Augenheilk.*, février 1882. — Kundrat. *Wien. med. Jahrb. Heft*, 1883. — Habermaas. *Chirurg. Klin. Tubingen*, 1884.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 5 décembre 1888, M. Giraud, étudiant en médecine à 16 inscriptions, a été nommé à l'emploi d'élève du service de santé militaire et affecté à l'hôpital de Bordeaux, en remplacement de M. Beigneux, reçu docteur en médecine.

— Les dernières questions tirées au concours d'externat sont les suivantes : « Saignée — Vaccine et vaccination. »

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Kirmisson, agrégé, est chargé du cours de clinique chirurgicale pendant la durée du congé accordé à M. le professeur Richet.

— *École de médecine d'Angers.* — M. le professeur Meleux est maintenu dans les fonctions de directeur de ladite École.

— *École de médecine de Clermont-Ferrand.* — M. Sohon est nommé bibliothécaire de ladite École.

— *École de médecine de Grenoble.* — M. le professeur Berger est maintenu dans les fonctions de directeur de ladite École.

— Sur la proposition du directeur de l'École dentaire de Paris, M. le docteur Th. David, un congrès international dentaire se tiendra à Paris, pendant l'Exposition universelle de 1889. Sont nommés membres du comité d'organisation :

MM. les docteurs David, Gaillard, Marchandé ; MM. Blocman, Brasseur, Chauvin, Crignier, Damain, Dubois, Dubrac, Ducourneau, Godon, Kuhn, Papot, Poinsot, Pourchet, Ronnet et Saussine.

— M. le docteur Tissié est pourvu du certificat d'aptitude aux fonctions de bibliothécaire dans les bibliothèques universitaires.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Cavalier, professeur honoraire de la Faculté de médecine de Montpellier, décédé dans cette ville à l'âge de soixante-sept ans; de M. le docteur Decaudin (de Paris); de M. le docteur Le Bailly, aide-médecin de la marine ; et de M. le docteur Mengin (d'Arrou).

— Le tribunal correctionnel vient de condamner à 200 francs d'amende un employé de commerce, ancien étudiant en médecine, qui a fait subir, à toutes les servantes d'une brasserie, une inspection médicale, en se faisant passer pour médecin chargé d'un nouveau service sanitaire créé par la préfecture de police.

— M. le professeur Frémy commencera son enseignement de chimie expérimentale, au Muséum, le mercredi 19 décembre 1888, à midi, et le continuera tous les jours de midi à cinq heures. — Les conférences auront lieu deux fois par semaine.

Les élèves qui désirent prendre part aux manipulations devront se faire inscrire immédiatement au laboratoire de M. Frémy, 63, rue de Buffon.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction du docteur Dechambre, jusqu'en 1885, actuellement de M. le docteur Lereboullet, avec la collaboration d'un très grand nombre de professeurs, de médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires et de la marine.

La deuxième partie du tome XIV et la première partie du tome XV de la quatrième série, viennent de paraître. — Prix de chaque demi-volume : 6 fr. — Paris, Asselin et Houzeau.

L'évolution de la propriété (Bibliothèque anthropologique, t. VIII), par Ch. LETOURNEAU, professeur à l'École d'anthropologie, etc. 1 vol. in-8°. — Prix : 8 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

La famille dans la société romaine, étude de moralité comparée (Bibliothèque anthropologique, t. VII), par Paul LACOMBE. 1 vol. in-8°. — Prix : 7 fr. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 143. — JEUDI 13 DÉCEMBRE 1888. 61e ANNÉE. JEUDI 13 DÉCEMBRE 1888. — N° 143.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** D. — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 12 décembre 1888.

L'Académie de médecine a tenu hier sa séance solennelle.

Le secrétaire, M. Proust, a lu le compte rendu annuel. Après six ans d'exercice, l'honorable secrétaire demande à être relevé de ses fonctions.

M. le président Hérard a ensuite proclamé la liste des lauréats.

C'est avec une véritable joie que nous avons salué au passage le nom de cinq de nos rédacteurs qui, chaque semaine, sous le titre de *Revue générale*, traitent avec une si grande distinction les questions à l'ordre du jour. Nos lecteurs s'uniront donc à nous pour adresser leurs félicitations à MM. Marfan (deux fois lauréat), Morel-Lavallée, Ricard, Toupet et Valude.

Ils reconnaîtront aussi avec plaisir, parmi les lauréats, le nom de collaborateurs du journal, MM. les docteurs Dauvé, Hébert (d'Audierne), Moty et René (de Nancy).

A la suite de cette proclamation, M. le secrétaire perpétuel a lu l'éloge de Mêlier.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Péan.

Du morcellement appliqué à l'ablation des tumeurs (1).

(Leçons recueillies par M. Lapervenche, interne des hôpitaux.)

XI

Les tumeurs des parois qui entourent les cavités splanchniques doivent être enlevées avec précaution, surtout quand elles tendent à faire saillie à l'intérieur du côté du crâne, du thorax, de l'abdomen et du bassin.

Les *tumeurs pariétales du crâne*, bénignes ou malignes, tubercules, exostoses, chondromes, carcinomes, sont adossées aux méninges et à l'encéphale qu'il importe de ménager; aussi, dès qu'elles sont mises à nu par les incisions préliminaires, il faut les morceler, ainsi que les portions du squelette qui les masquent ou qu'elles envahissent, en se servant, suivant le besoin, de la pince emporte-pièce, du



Fig. 23. — Ablation, par trépanation et par morcellement, d'une tumeur de la paroi cranienne.

trépan ou de la scie de notre polytritome. C'est ce qui nous a permis d'enlever devant vous, il y a peu de temps, sans éveiller le moindre accident sérieux, des tubercules craniens et méningés chez la malade de l'observation suivante :

Obs. X. — Une jeune fille nous est adressée à l'hôpital à la fin de l'année 1886, pour une ostéite suppurée, tuberculeuse, de l'occipital. Elle présente, au niveau de la partie postéro-supérieure du cuir chevelu, plusieurs orifices fistuleux qui ont résisté au traitement général et local, en particulier aux cautérisations souvent répétées au chlorure de zinc.

Le 30 janvier 1887, nous mettons à nu, au moyen d'incisions préliminaires, tous les trajets fistuleux et nous enlevons, par raclage, les fongosités épaisses qui les tapissent. Nous arrivons sur l'occipital et nous voyons qu'il présente lui-même un orifice rempli de fongosités jaunâtres, tuberculeuses, qui se continuent du côté de la face interne jusqu'à la dure-mère. Nous appliquons alors autour de ce cloaque, au moyen du polytritome, une série circulaire de couronnes de trépan qui permettent de reconnaître que les méninges sont envahies par les tubercules sur une surface de 5 centimètres carrés. Nous enlevons, par excision et par raclage, toutes ces productions, en ayant soin de respecter la substance encéphalique restée saine. Nous recouvrons ensuite les

(1) Suite. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 1174.

surfaces avec les téguments décollés et, au moyen de sutures et de pansements antiseptiques, nous obtenons une réunion rapide.

Les *tumeurs pariétales du thorax*, en particulier celles des côtes ou du sternum, exigent également que l'opération soit bien conduite, si l'on tient à éviter la blessure des vaisseaux et des viscères importants qu'elles recouvrent.

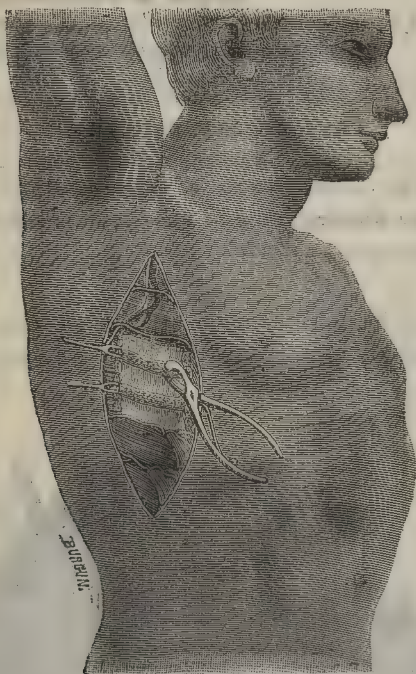


Fig. 24. — Résection de plusieurs côtes atteintes d'ostéite tuberculeuse. On voit que la pince emporte-pièce permet de morceler facilement ces os de la superficie vers la profondeur et d'éviter la lésion de la plèvre et des vaisseaux intercostaux.

En ce qui concerne les *côtes*, vous nous voyez souvent les réséquer lorsqu'elles sont atteintes d'ostéite chronique ou de foyers tuberculeux qui résistent au traitement médical, ou bien lorsqu'elles recouvrent un vaste foyer purulent pleuro-pulmonaire que les moyens locaux ne parviennent pas à tarir. En pareil cas, le morcellement permet toujours de conduire l'opération avec promptitude et sécurité au moyen de la pince emporte-pièce.

RÉTRÉCISSEMENT DE L'URÈTHRE, ÉLECTROLYSE LINÉAIRE

Par M. le docteur J.-A. Fort, ancien interne des hôpitaux.

M. F..., âgé de quarante-deux ans, est d'une forte constitution. Il est atteint d'un rétrécissement blennorrhagique, depuis une douzaine d'années. Il s'est soumis à plusieurs reprises à la dilatation, qui a amené des améliorations passagères.

Dans le courant de l'année 1884, le rétrécissement fit des progrès tels que M. F... n'urinait plus que goutte à goutte, rarement avec un jet très fin, et avec des efforts inouïs. Les envies d'uriner étaient très fréquentes et accompagnées de violentes douleurs. L'urine répandait une odeur fortement ammoniacale.

Dans les derniers jours de février 1885, la miction devint encore plus difficile, le malade fut pris de frisson et de fièvre. Il s'alita.

Aucune sonde ne pouvait pénétrer, mais, de temps en temps, le malade parvenait à expulser quelques gouttes d'urine. Il ressentait des douleurs atroces dans le bas ventre et dans la région périnéale.

C'est dans cet état que se trouvait M. F... lorsqu'il me fit appeler.

Je le vis pour la première fois le 2 mars 1885. Il avait eu des frissons la veille, dans la soirée. La température axillaire était à 38 degrés. Il y avait 100 pulsations. Inappétence absolue, soif vive, langue saburrale.

La verge était chaude et tuméfiée, il y avait là évidemment un commencement d'intoxication urineuse et menace de rupture de l'urèthre en arrière du rétrécissement. Si le malade avait été abandonné à lui-même, il y aurait eu probablement, en admettant qu'il eût survécu, production de fistules urinaires.

Examinant le malade, je constatai que toutes les sondes et bougies étaient arrêtées par le point rétréci, à 14 centimètres du méat urinaire. Cependant une bougie filiforme finit par pénétrer. Je la laissai en place et je me demandai alors quel parti je devais prendre. En général, dans les cas de rétrécissements très étroits, j'ai l'habitude de laisser la bougie filiforme dans le rétrécissement pendant vingt-quatre heures afin de préparer le passage de l'*uréthro-électrolyseur linéaire*. Mais ici le danger était imminent. Je résolus donc de voir si la lame de platine mousse de l'électrolyseur pouvait arriver sur le point rétréci.

La bougie filiforme qui termine l'instrument pénétra et, avec un peu de patience, j'eus la satisfaction de faire arriver la lame de platine sur le point rétréci.

Comme aucune bougie, pouvant faire mesurer la longueur du rétrécissement, n'avait pu pénétrer, je ne pouvais savoir, avant l'opération, si j'avais affaire à un rétrécissement court, plus ou moins annulaire, ou d'une certaine longueur, à un rétrécissement unique ou multiple.

L'opération démontra qu'il s'agissait d'un rétrécissement unique et très court.

En effet, le *pôle négatif* de l'instrument électrolyseur étant dans l'urèthre, je plaçai le *pôle positif* au haut de la cuisse. Le tout étant ainsi disposé et les pôles étant en communication avec une pile de Gaiffe au chlorure de zinc, je pris douze éléments de la pile. Le malade se plaignit d'une légère cuisson à la cuisse. J'appuyai très légèrement l'instrument contre le point rétréci, et, au bout d'une minute la lame de l'électrolyseur avait franchi l'obstacle.

Il s'écoula un flot d'urine. Je pus introduire, aussitôt après, une bougie n° 22 de la filière française. La fièvre tomba dans la journée. M. F... se leva le surlendemain absolument bien portant, urinant comme en état de santé. La tuméfaction de la verge avait disparu.

Le malade m'écrivit dix-huit mois après l'opération. Il n'y avait pas eu de récidive et M. F... me consultait pour un écoulement muqueux.

Au mois d'octobre dernier, je reçus une nouvelle lettre; la guérison s'est maintenue jusqu'à ce jour.

Je ferai remarquer que l'électrolyse peut être employée de diverses manières. L'action chimique de la pile peut s'exercer sur le tissu du rétrécissement, soit en déterminant une *action résolutive*, pour dissoudre les engorgements péri-uréthraux, soit en *détruisant* le tissu même du rétrécissement. Mallez détruisait le rétrécissement dans toute sa circonférence; l'expérience a démontré que la récidive était fatale à une époque peu éloignée. Cela tenait au mode d'opérer. Ce n'est pas la totalité du rétrécissement qu'il faut détruire, c'est une petite partie seulement, comme je le dirai plus loin.

Les Américains, à New-York principalement, appliquent aussi l'électrolyse aux rétrécissements uréthraux; mais ils emploient l'électricité négative avec une force inférieure à cinq milliampères, à de longs intervalles, pendant une période de plusieurs mois, afin de modifier la structure du rétrécissement. Ce n'est donc pas une destruction du tissu du rétrécissement.

Ce procédé avait déjà été mis en pratique par Crusell et Wertheimber. Il est absolument inefficace.

Mon procédé diffère essentiellement des précédents. Je ne m'occupe pas de l'action résolutive de l'électrolyse, et

je ne détruis pas la totalité du rétrécissement. Le principe qui me guide dans cette opération est celui qui a guidé M. Maisonneuve lorsqu'il a construit son uréthrotome. En effet, il suffit d'ouvrir, sur un point, l'anneau élastique formé par le rétrécissement, pour obtenir une dilatation suffisante du canal.

Mon procédé est une uréthrotomie par électrolyse, mais une uréthrotomie non sanglante, non douloureuse et absolument inoffensive, puisqu'elle n'a donné lieu à aucun accident. J'ai pratiqué jusqu'à ce jour plus de 460 opérations de ce genre.

Mon *uréthro-électrolyseur* forme, *par destruction lente*, un trajet linéaire dans le tissu du rétrécissement, tandis que l'uréthrotome de M. Maisonneuve forme un trajet linéaire *par incision*. La section électrolytique n'offre aucun danger, tandis que l'incision de l'uréthrotome ouvre la porte à tous les accidents qui peuvent résulter du contact de l'urine avec une plaie fraîche.

Enfin, dans la majorité des cas, la guérison d'un rétrécissement n'exige qu'une seule séance, et la force électrique varie entre vingt et quarante milliampères.

En prenant les précautions nécessaires, en procédant lentement, minutieusement, et en entourant le malade de tous les soins que nécessite une opération quelconque, on peut être *sûr* d'avoir toujours un bon résultat et de pratiquer une opération inoffensive, ce qui est le point capital.

DU LAVAGE DE L'ESTOMAC

CHEZ LES ENFANTS DU PREMIER AGE

Par M. le docteur Faucher.

M. Faucher rappelle que, depuis qu'il a présenté à l'Académie le tube pour le lavage de l'estomac et qu'il a montré les résultats qu'on pouvait obtenir à l'aide de cet instrument dans certaines affections gastriques, le procédé qu'il a indiqué est devenu classique. Il communique, aujourd'hui, les effets thérapeutiques du lavage de l'estomac chez l'enfant du premier âge, alors que l'intolérance gastrique a résisté à tous les moyens ordinairement mis en usage et que les jeunes malades sont en imminence de mort par inanition.

Le lavage se fait chez le nouveau-né à peu près comme chez l'adulte, à l'aide d'un tube et d'un entonnoir de dimensions appropriées. L'auteur a fait établir par M. Collin un modèle de cet appareil.

L'enfant est tenu la tête penchée en avant, de façon à permettre l'issue facile des matières qui peuvent refluer dans le pharynx : les bras sont fixés sous une serviette nouée autour du cou. M. Faucher condamne donc le procédé, employé par Ebstein, qui consiste à maintenir l'enfant dans le décubitus dorsal pour pratiquer l'opération.

Si l'on présente l'extrémité du tube à l'orifice buccal, l'enfant fait des efforts de succion et on profite des mouvements de déglutition pour franchir le pharynx. Lorsque le point de repère marqué sur le tube est arrivé au niveau des lèvres, on fait maintenir le tube par la personne qui tient l'enfant et on procède au lavage comme chez l'adulte.

Voici en quelques mots l'observation du nourrisson que M. Faucher présente à l'Académie.

Cet enfant, du sexe masculin, venu au monde avec toutes les apparences de la vigueur, a commencé à vomir des mucosités et du lait dès les premiers jours qui ont suivi sa naissance ; il était allaité par sa mère qui a déjà nourri, avec succès, un premier enfant.

Le nourrisson criait souvent la nuit ; la mère eut le tort, pour le calmer, de lui donner le sein trop souvent, ce qu'elle avait fait du reste sans inconvénient pour son premier enfant. Aussi bientôt l'état s'aggravait, et malgré l'emploi de l'eau de chaux, de l'eau de Vichy, de l'acide lactique, l'intolérance gastrique devenait absolue. Le vingt-septième jour après sa naissance, l'enfant est très amaigri, ridé, le teint terreux, le cri faible, la constipation est opiniâtre : il n'a plus uriné depuis trente-trois heures et vomit à tout instant.

C'est alors que M. Faucher pratique le premier lavage qui extrait de l'estomac des mucosités et du lait peu caillé en grande abondance ; l'opération est répétée trois fois le premier et le second jour, à intervalles, puis deux fois seulement à partir du troisième jour ; les vomissements s'arrêtent aussitôt et il ne survient plus que quelques régurgitations que provoque l'émission de gaz par la bouche. La période digestive, qui durait d'abord plus de quatre heures, se raccourcit graduellement, ce qui permet d'augmenter le nombre des repas ; l'enfant devient plus calme, les garde-robes se régularisent, il dort, le teint s'éclaircit, les rides disparaissent.

Dès que la convalescence s'établit, la mère apprend à pratiquer elle-même le lavage, qu'elle ne fait plus qu'une fois par jour, puis à intervalles de plus en plus grands, jusqu'à ce que l'enfant ait atteint l'âge de quatre mois.

A six mois, il pesait 7k,750 et, depuis ce temps, il peut être considéré comme un modèle de vigueur, d'embonpoint et de bonne humeur.

Aucun médicament n'a été administré à partir du premier lavage.

DE L'EMPLOI DES EAUX MINÉRALES PENDANT L'HIVER

Par M. le docteur Ernault.

Le traitement par les eaux minérales, si efficace dans la belle saison, peut-il être encore utile en hiver ? Quelles sont les eaux qui doivent avoir nos préférences, les maladies où elles pourront rendre le plus de services ?

Telles sont les questions que nous nous proposons de traiter dans une étude sommaire, à une époque de l'année où elles méritent tout particulièrement d'être résolues.

Considéré à son point de vue général, le traitement hydriatique comprend les bains, les boissons et les conditions accessoires de séjour.

Les bains et le séjour font défaut en hiver, mais l'étude des eaux prises à l'intérieur conserve toute son actualité, avec cette considération en plus, que la question de composition et celle de conservation, qui en est la conséquence, acquièrent ici une importance considérable.

On ne peut douter, en effet, que les eaux arsénicales et les eaux alcalines froides, par exemple, conservent hors de la source toutes leurs propriétés en tant que boissons.

Mais peut-on en dire autant de certaines eaux à température élevée et notamment des eaux sulfureuses ?

C'est par cette question qui nous paraît la plus intéressante que nous aborderons notre étude.

Les eaux chaudes doivent le plus souvent à leur température élevée la propriété de dissoudre divers éléments et de les dissoudre en quantité déterminée en traversant certaines couches géologiques.

La température favorise, en outre, diverses combinaisons chimiques très bien étudiées par les hydrologues, mais il est certain que le refroidissement, avant ou après l'embouteillage, modifie d'une façon très sérieuse la composition intime de l'eau, et partant ses propriétés thérapeutiques.

De sorte que ces eaux, si efficaces quand on les prend à la source au moment de leur émergence, alors qu'elles sont vivantes, pour ainsi dire, ont perdu plus tard toutes ou presque toutes leurs propriétés. Ce ne sont plus que des eaux mortes dont le nom seul subsiste.

La plupart des eaux sulfureuses sont dans ce cas, et il ne faut

pas s'étonner si, prises au loin, elles donnent tant de mécomptes.

Il serait intéressant cependant, aux époques de l'année où le séjour aux sources n'est pas possible, de pouvoir faire usage de ce moyen thérapeutique parfois si puissant.

Parmi les eaux sulfureuses qui remplissent le mieux les conditions de conservation indispensables au traitement d'hiver, nous citerons en première ligne l'eau minérale froide de Saint-Boès, à la fois sulfureuse forte, goudronneuse (huile de naphte), arsénicale, iodurée et ferrugineuse.

Sa minéralisation si complexe et si curieuse, et les nombreuses applications qui en découlent en font, en effet, une eau véritablement unique et qui nous offre en toute saison une ressource des plus précieuses.

Très employée par certain nombre de personnes initiées, elle est presque inconnue à beaucoup, — ce qui est à regretter — et ceci constitue pour nous une raison de plus pour en parler.

Sa composition nous montre d'un coup d'œil les nombreuses affections auxquelles elle peut raisonnablement s'appliquer, et où on l'a administrée, en effet, avec succès, nous avons hâte de le dire, après Gubler, Garrigou, Bertherand, Cazenave de la Roche et beaucoup d'autres.

Dans les affections des voies respiratoires, on possède à la fois, sous la forme si assimilable que revêtent les eaux minérales, le soufre, l'huile de naphte, l'iode et l'arsenic dont l'action curative concourt séparément au même but; aussi ne faut-il pas s'étonner des excellents résultats qu'on en retire.

Bien mieux, que chacun de ces médicaments administrés isolément ou entrant même dans une seule préparation pharmaceutique, l'eau de Saint-Boès produit des effets remarquables dans le catarrhe chronique ou celui qui, succédant à la bronchite aiguë, fait s'éterniser les rhumes. Dans l'asthme humide, la laryngite et la pharyngite, et enfin dans diverses périodes ou formes de la phthisie pulmonaire (Gubler, Cazenave de la Roche, Bertherand, Gillet de Grandmont, Pietra-Santa, etc.). Ni le soufre ou les balsamiques seuls, goudron, térébenthine, créosote, terpine, etc., n'arrivent à produire les mêmes effets, et il est facile en cette saison de faire la comparaison.

Dans toutes les dermatoses si nombreuses où sont indiqués le soufre, l'arsenic, le goudron et l'iode, l'eau de Saint-Boès agit également de la façon la plus efficace, et le professeur Gubler les conseillait tout particulièrement.

Il les conseillait également dans les affections des voies urinaires, cystite chronique, catarrhe invétéré de la vessie, blennorrhée, etc., de même que dans les affections catarrhales chroniques de l'utérus et du vagin, et nous avons relevé à cet égard de nombreuses observations qui montrent toute leur puissance (Gubler, Nogaret, Lahillone, Bousquet, Garrigou, etc.).

Les eaux de Saint-Boès s'administrent à jeun, deux fois par jour, par verre à liqueur, quart et demi-verre ordinaire, selon l'âge, la maladie et les effets produits, ce que le médecin peut facilement apprécier.

Et comme, en raison des éléments minéraux et antiseptiques qui la composent et de leurs combinaisons chimiques, l'eau de Saint-Boès se conserve fort longtemps après avoir été débouchée, si on a le soin de mettre un bouchon non percé, et de tenir la bouteille bouchée; il y a dans son emploi une question d'économie qui doit entrer en ligne de compte pour un traitement variant de quinze jours à un mois.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance solennelle du 11 décembre 1888. — Présidence de M. Hérard.

RAPPORT

M. PROUST, secrétaire annuel, donne lecture du rapport sur les prix décernés en 1888.

M. JULES BERGERON, secrétaire perpétuel, prononce l'éloge de M. Mélier.

PRIX DE 1888

Prix de l'Académie (1000 francs). — Question : *Les vidanges et les eaux ménagères au point de vue de l'assainissement des habitations privées.* — Sept mémoires ont été présentés sur ce sujet. — Il n'y a pas lieu de décerner le prix. — L'Académie accorde les récompenses suivantes : 1° 400 francs à M. J. Sarda (de Vincennes); 2° 400 francs à M. le docteur Friot (de Nancy); 3° 200 francs à M. le docteur Jacquemart (de Paris).

Prix Amussat (900 francs). — Le prix n'est pas décerné. — Une mention honorable avec 500 francs, à titre d'encouragement, est accordée à M. le docteur Rodet (de Paris), auteur du mémoire présenté au concours, ayant pour titre : *De la cholécystotomie et de la cholécystectomie.*

Prix Barbier (2000 francs). — Six concurrents se sont présentés. — Le prix n'est pas décerné. — L'Académie accorde à titre d'encouragement : 1° 1000 francs à M. le docteur Fernand Roux (de Paris), pour son ouvrage intitulé : *Traité pratique des maladies des pays chauds* (maladies infectieuses, choléra et fièvre jaune); 2° 500 francs à M. le docteur Émile Goubert (de Paris), pour son mémoire *Sur le traitement de l'épilepsie par le bromure d'or.*

Prix Henri Buignet (1500 francs). — Quatre ouvrages ou mémoires ont été adressés pour ce concours. — L'Académie décerne le prix à MM. Hardy et Calmels (de Paris), auteurs d'un travail *Sur la constitution et la synthèse de la pilocarpine.*

Prix Capuron (1000 francs). — Question : *Indication et emploi des eaux minérales dans le traitement du rhumatisme chronique.* — Quatre mémoires ont été soumis au jugement de l'Académie. — Le prix est décerné à M. le docteur Duhourcau, médecin aux eaux de Cauterets.

Prix Civrieux (800 francs). — Question : *Des hallucinations de l'ouïe.* — Un seul mémoire a concouru. — L'Académie décerne le prix à l'auteur de ce travail, M. le docteur Descourtis (de Paris).

Prix Daudet (1000 francs). — Question : *Des gommes syphilitiques.* — L'Académie a reçu quatre mémoires sur ce sujet. — Le prix est partagé de la manière suivante : 1° 600 francs à M. le docteur Henri Feulard, chef de clinique adjoint à l'hôpital Saint-Louis (Paris); 2° 400 francs à MM. les docteurs Marfan et Toupet (de Paris).

Prix Desportes (1300 francs). — Huit ouvrages ou mémoires ont été adressés pour ce concours. — Il n'y a pas lieu de décerner le prix. — L'Académie accorde les encouragements suivants : 1° 800 francs à M. Dupuy, de Mauriac (Cantal), pour son ouvrage sur les *alcaloïdes;* 2° 500 francs à M. le docteur Bottey (de Paris), pour son *Étude physiologique et thérapeutique sur l'action et la réaction en hydrothérapie;* 3° une mention honorable a été donnée à M. le docteur Duroziez (de Paris), pour son travail intitulé : *Du pouls géminé digitalique.*

Prix Falret (1500 francs). — Question : *Des rapports entre la paralysie générale et la syphilis cérébrale.* — Cinq mémoires sur cette question ont été présentés à l'Académie. — Un prix de 1000 francs est décerné à M. Raoul Regnier, interne des hôpitaux de Paris. — L'Académie accorde en outre : mention honorable, avec 250 francs, à MM. Morel-Lavallée et Bélières (de Paris); mention honorable, avec 250 francs, à M. Mabille, médecin en chef, directeur de l'asile des aliénés de Lafond (Charente-Inférieure).

Concours Vulfranc-Gerdy. — Deux stagiaires sont actuellement en exercice. — M. Boutarel a déposé son rapport sur les eaux de l'Aragon (Espagne), mission de 1887. La Commission des eaux minérales, satisfaite de ce travail, a accordé à son auteur une récompense de 500 francs. La Commission lui a en outre désigné les stations suivantes pour 1888 : Bourbonne pour l'été, et Dax pour l'hiver, 3000 francs ont été versés à M. Boutarel pour ces deux missions. — Le rapport de M. Lamarque sur les eaux de Cauterets, mission de 1887, a valu à son auteur une récompense de 500 francs. La Commission des eaux minérales a assigné à M. Lamarque, pour 1888 : la Bourboule comme station d'été, et Amélie-les-Bains pour l'hiver. M. Lamarque a reçu 3000 francs pour ces deux services.

Prix Ernest Godard (1000 francs). — Dix-sept ouvrages ou mé-

moires ont concouru. — Le prix est décerné à MM. les docteurs Lecorché et Talamon (de Paris), pour leur *Traité de l'albuminurie et du mal de Bright*. — Des mentions honorables sont accordées à MM. les docteurs : Bertrand et Fontan (de Toulon), auteurs d'un ouvrage intitulé : *De l'entérocolite chronique endémique des pays chauds;* Kelsch et Vaillard (de Paris), pour leurs *Recherches sur les lésions anatomo-pathologiques et la nature de la pleurésie;* Marfan (de Paris), pour son travail intitulé : *Troubles et lésions gastriques dans la phthisie pulmonaire;* Pichon (de Paris), auteur d'un travail ayant pour titre : *Du morphinisme. Études cliniques médico-légales.*

Prix de l'hygiène de l'enfance (1000 francs). — Question : *Des paralysies dans les deux premières années de la vie; en étudier, par des observations cliniques, les causes et la nature.* — Deux mémoires ont été présentés sur ce sujet. — Il n'y a pas lieu de décerner le prix. — Un encouragement de 400 francs a été accordé à M. le docteur Dauchez (de Paris).

Prix Itard (2700 francs). — Huit ouvrages ont été soumis au concours. — L'Académie décerne : 1° un prix de 1700 francs à M. le docteur Louis Julien (de Paris), auteur d'un *Traité pratique des maladies vénériennes;* 2° une mention honorable avec une somme de 500 francs, à M. le docteur Duflocq (de Paris), pour sa *Relation de l'épidémie cholérique observée à l'hôpital Saint-Antoine en 1884*; 3° une mention honorable avec une somme de 500 francs, à MM. les docteurs de Saint-Germain et Valude, pour leur *Traité pratique des maladies des yeux chez les enfants.*

Prix Laval (1000 francs). — Le prix est décerné à M. Foveau (François), étudiant en médecine de la Faculté de Paris.

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drôme) [2600 francs]. — Quatre ouvrages ou mémoires ont été adressés pour ce concours. — L'Académie décerne : 1° un prix de 2000 francs à M. le docteur Chatellier (de Paris), pour son travail *Sur les tumeurs adénoïdes du pharynx;* 2° un prix de 600 francs à M. le docteur Ricard (de Paris), auteur du mémoire ayant pour titre : *De l'apophyse mastoïde et de sa trépanation.*

Prix Adolphe Monbinne (1500 francs). — Sept concurrents se sont présentés. — Le prix est décerné à M. le professeur Leloir (de Lille), pour son *Étude sur la lèpre* et son mémoire sur l'*Organisation de l'enseignement de la dermatologie et de la syphiligraphie en Allemagne*. — L'Académie accorde en outre : mention très honorable à MM. les docteurs Filleau et Léon Petit (de Paris), pour leur *Rapport à M. le Ministre du commerce, sur les hôpitaux de phthisiques en Angleterre*. — Mentions honorables : 1° à M. le docteur Bournet, d'Amplepuis (Rhône), pour les notes d'anthropologie criminelle, prises en Corse (septembre et octobre 1887); 2° à M. le docteur Bordas (de Paris), pour sa mission scientifique (1885-1886) aux îles Mascareignes, Seychelles et Comores.

Prix Orfila (4000 francs). — Question : *Du venin de la vipère.* — Deux mémoires, sur cette question, ont été soumis au concours. — L'Académie décerne le prix à M. Maurice Kaufmann, chef des travaux de physiologie à l'École vétérinaire de Lyon; une mention honorable a été accordée à M. le docteur Barbancey, de Montpon-sur-l'Isle (Dordogne).

Prix Oulmont (1000 francs). — Le prix de 1887 a été décerné à M. Girode, interne à l'hôpital Saint-Louis. Le concours de 1888 n'est pas encore terminé, mais il le sera très prochainement, et aussitôt que l'Académie connaîtra le nom du lauréat, le prix lui sera délivré.

Prix Portal (600 francs). — Question : *Anatomie pathologique des érysipèles.* — L'Académie n'a rien reçu pour ce prix; la même question sera de nouveau mise au concours pour l'année 1891.

Prix Pourat (900 francs). — Question : *Physiologie du muscle cardiaque.* — Quatre mémoires ont été soumis au jugement de l'Académie. — Le prix n'est pas décerné. — L'Académie accorde les récompenses suivantes : un encouragement de 600 francs à M. le docteur E. Gley (de Paris); un encouragement de 300 francs à M. le docteur Albert René (de Nancy).

Prix Saint-Lager (1500 francs). — Il n'y a pas eu de concurrent. — Le même sujet sera remis au concours pour 1890.

Prix Saint-Paul (25000 francs). — Vingt-huit ouvrages ou mémoires ont concouru. — Le prix de 25000 francs n'est pas décerné. — Trois prix d'encouragement, de 1000 francs chaque, sont donnés à : M. le docteur Cousot (de Bruxelles), membre de l'Académie de médecine de Belgique, pour son *Étude sur la diphthérie;* M. le docteur Renou (de Saumur), auteur d'un mémoire intitulé : *Études cliniques sur la diphthérie et son traitement;* M. le docteur Thoinot (de Paris), pour son *Essai sur l'histoire de la diphthérie en France au XIXe siècle.* — Des mentions honorables sont accordées à MM. les docteurs Cozzolino (de Naples); E. Gaucher (de Paris); Lancry, de Dunkerque (Nord); Roulin (de Paris) et Robert William Parker (de Londres), pour leurs travaux *Sur la diphthérie.*

Prix Stanski (1800 francs). — L'Académie a reçu pour ce concours cinq ouvrages ou mémoires. — Un prix de 1200 francs a été décerné à M. le docteur Arnold Netter (de Paris), pour son ouvrage intitulé : *De la contagion de la pneumonie franche, ses diverses manifestations.* — Une récompense de 600 francs a été accordée à M. le docteur Thoinot (de Paris), pour son mémoire portant le titre suivant : *Contribution à l'histoire d'une maladie infectieuse : étude critique sur quelques points de l'histoire de la suette miliaire.*

Prix Vernois (800 francs). — Sept ouvrages ont été soumis au jugement de l'Académie. — Le prix est décerné au travail intitulé : *Manuel de l'inspecteur des viandes, avec atlas.* — Cet ouvrage a pour auteurs MM. L. Villain, V. Bascou, Lafourcade, Moulé et A. Méraux, médecins-vétérinaires chargés du service d'inspection de la boucherie de Paris.

Eaux minérales. — L'Académie a proposé, et M. le ministre du Commerce et de l'Industrie a bien voulu accorder, pour le service des eaux minérales de la France, pendant l'année 1886 :

1° *Médaille d'or à :* M. le docteur Collin, père, médecin-inspecteur à Saint Honoré-les-Bains.

2° *Rappels de médaille d'or à :* M. le docteur Caulet, médecin-inspecteur à Saint-Sauveur.

3° *Médailles d'argent à :* MM. les docteurs Cazalis, médecin-inspecteur adjoint au Mont-Dore; M. Delmas, médecin-major de deuxième classe à l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains; Sénac Lagrange, médecin consultant à Cauterets; Vigneau, médecin-inspecteur à Saint-Christau, actuellement à Barbotan.

4° *Rappels de médailles d'argent à :* MM. les docteurs Bona, médecin-inspecteur à Evaux; Grimaud, médecin-inspecteur à Barèges; Planche, médecin-inspecteur à Balaruc.

5° *Médailles de bronze à :* MM. les docteurs Barthe de Sandfort, médecin consultant à Dax; Bénard, médecin consultant à Saint-Christau; Chiais, médecin consultant à Évian; Frémont, médecin consultant à Vichy; Percepied, médecin consultant au Mont-Dore; de Valicourt, médecin-chef de l'hôpital militaire d'Hammam-Meskoutine.

Épidémies. — L'Académie a proposé, et M. le ministre du Commerce et de l'Industrie a bien voulu accorder, pour le service des épidémies en 1887 :

1° *Médaille d'or à :* M. le docteur Marvaud (A.), médecin principal de deuxième classe, médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Tours.

2° *Médailles d'argent à :* MM. les docteurs Darolles, de Provins (Seine-et-Marne), médecin des épidémies de l'arrondissement de Provins; Dauvé, médecin-inspecteur, directeur du service de santé du 6e corps d'armée, à Châlons-sur-Marne; Hébert, d'Audierne (Finistère); Longrois, de Joigny (Yonne); M. Mosny, interne des hôpitaux de Paris; MM. les docteurs Moty (Fernand), médecin-major de première classe, à Phu-Lang-Thuong (Tonkin); Rivet, médecin-major au 137e régiment d'infanterie, à Fontenay-le-Comte (Vendée); Roux (Jacques-Michel), médecin-major de première classe au 21e régiment d'artillerie, à Angoulême; Senut (Léonard-Jules), médecin-major de première classe au 19e régiment d'artillerie, à Nîmes (Gard); Sicard (J.-S.), médecin des hôpitaux de Béziers (Hérault).

3° *Rappels de médailles d'argent à :* MM. les docteurs Chabenat, de la Châtre (Indre), médecin des épidémies de l'arrondissement de la Châtre; Eude (Ferdinand), médecin-major de première

classe au 90e régiment d'infanterie, à Châteauroux (Indre); Homo, médecin des épidémies de Château-Gontier (Mayenne); Leroy des Barres, de Saint-Denis (Seine); Longet, médecin-major de première classe, médecin-chef de l'hôpital militaire de Givet (Ardennes); Nivet (V.), correspondant de l'Académie de médecine, à Clermont-Ferrand; Ollé (Jules), médecin des épidémies de Saint-Gaudens (Haute-Garonne).

4° *Médailles de bronze à :* MM. les docteurs Bernard, de Forcalquier (Basses-Alpes); Coiffier, du Puy (Haute-Loire); Delamare, médecin-major de deuxième classe au 32e de ligne, à Châtellerault (Vienne); Dezautière, médecin des mines de la Machine (Nièvre); Favelier (R.), à Luzy (Nièvre); Fiessinger, d'Oyonnax (Ain); Gauthier (Gabriel), médecin des épidémies à Charolles (Saône-et-Loire); Guibert, de Saint-Brieuc (Côtes-du-Nord); Ledé, à Paris; Pasquet-Labrouc, à Châtellerault (Vienne); M. Sardou, interne provisoire des hôpitaux de Paris; M. le docteur Tussau, à Génelard (Saône-et-Loire).

L'hygiène de l'enfance. — L'Académie accorde :

1° *Médaille d'or à :* M. Lavergne, inspecteur des enfants assistés du département de l'Allier.

2° *Médailles de vermeil à :* MM. les docteurs F. Ledé, médecin-inspecteur des enfants du premier âge et des crèches de Paris; Séjournet, de Revin (Ardennes); Sutils, inspecteur des enfants du premier âge à la Chapelle-la-Reine (Seine-et-Marne).

3° *Médailles d'argent à :* MM. les docteurs Balestre, directeur et fondateur du bureau d'hygiène à Nice; E. Decaisne, de Paris; Durand-Desmons; M. Fleury, inspecteur des enfants assistés du département de la Creuse; M. le docteur Goldenstein, de Paris; M. Jenot, médecin à Dercy (Aisne); M. le docteur Malgat et Maseras.

4° *Rappels de médailles d'argent à :* MM. les docteurs Capelle, père, de Hermies (Pas-de-Calais); Carassus, de Milly (Seine-et-Oise); Driard, de Moret-sur-Loing (Seine-et-Marne).

5° *Médailles de bronze à :* MM. les docteurs Augé, de Reuilly (Indre); Coffignon, de Marles (Aisne); Doumic, de Poissy (Seine-et-Oise); Grosjean, de Montmirail (Marne); Toussaint, d'Argenteuil (Seine-et-Oise); M. Serrès, inspecteur du service des enfants assistés et protégés du département de l'Orne.

Vaccine. — L'Académie a proposé, et M. le ministre du Commerce et de l'Industrie a bien voulu accorder :

1° *Un prix de 1500 francs à partager entre :* MM. les docteurs Eonnet, à Auray (Morbihan); E. Hocquard, médecin-major de première classe, au Tonkin; M. A. Prengrueber, médecin de colonisation à Palestro (Algérie).

2° *Quatre médailles d'or à :* MM. les docteurs E.-L. André, médecin-major; L. Pélix, médecin aide-major du 12e régiment de chasseurs, à Rouen (Seine-Inférieure); L. Dupeyron, médecin aide-major de première classe au 143e régiment de ligne, à Albi (Tarn); Ebstein, médecin-major au 8e régiment de dragons, à Meaux (Seine-et-Marne); Strœbel, médecin-major de deuxième classe au 137e régiment d'infanterie, à Fontenay-le-Comte (Vendée).

3° *Cent médailles d'argent :* Aux vaccinateurs dont les noms suivent, et qui se sont fait remarquer, les uns par le grand nombre de vaccinations qu'ils ont pratiquées, les autres par les observations ou les mémoires qu'ils ont transmis à l'Académie.

MM. les docteurs Adhéran (Annonay); Barbarin (Briançon); Bassompierre, médecin-major (Troyes); Bastiou (Lannion); Bauzon (Chalon-sur-Saône); Bayard, médecin-major (Aix); Benoist (Saint-Nazaire); Bertrand (Chalon-sur-Saône); Billat (Liévin); Bobrie (Cozes); Bolot (Dellys); Bompaire (Millau); Bordéremy (Commentry); Bourée père (Châtillon-sur-Seine); Boutin, médecin-major (Toulon); Carry (Lyon); Chabaud (Jaujac); Chatain, médecin-major (Lille); Ciaudo (Nice); Coiffier (Le Puy); Cornille, médecin aide-major (Bordeaux); Corson (Guingamp); Dauchez (Paris); Dransart (Flers); Edelmann (Pantin); Famechon, médecin-major (La Flèche); de Fleury (Angoulême); Florain (Marcillat); Fouque (Paris); Gautier (Bazouges-la-Pérouse); Gerbault, médecin-major (Rambouillet); Hardy (Verton); Hublé, médecin aide-major (Lalla-Mahrgnia); Huguenard, médecin-major (Bordeaux); Jaubert, médecin aide-major (Aix); Lagarde (Vals); Lagarde (Montauban); Lanel, médecin aide-major (Djelfa); Lecorre (Saïgon); Le Quéré (Callac); Le Rolland (La Roche-Derrien); Magnan (Luc-en-Diois); Martin (Aubenas); Maze (Le Havre); Mouton, médecin-major (Lyon); Nodet (Chambon); Pruvost (Bourbourg); Rivet, médecin-major (Fontenay-le-Comte); Rouire, médecin-major (Paris); Schmit, médecin-major (Versailles); Schoull, médecin aide-major (Aïn-Draham); Sédan, médecin-major (Toulon); Talayrac, médecin en chef de la marine (Fort-de-France); Tartière, médecin-major (Vienne); Tauchon (Valenciennes); Trémoureux (Nord); Tuloup (Digoin); Vandercolmé (Bourbourg); Wéber, directeur du service de santé du 7e corps d'armée (Besançon); de Welling (Rouen).

MM. les officiers de santé Chaudony (Mézel-Estoublon); Chonnaux-Dubisson (Villers-Bocage); Lequette (Liévin); Lorthioir (Lallaing); Massina (Boulou); Roger (Plouigneau).

MM. les vétérinaires Bérard (Angoulême); Pourquier (Montpellier).

Mmes les sages-femmes André (Chambon); Aussour (Vierzon); Bauduin (Vannes); Bézard (Château-Thierry); Binnié (Douai); Bonnot (Narbonne); Castets (Tartas); Caumel (Monflanquin); Charlon (Issoudun); Damemme (Saint-Lô); Desplanques (Tourcoing); Dupuch (Belin); Gassin (Toulon); Jonquet (Châtellerault); Lafiteau (Bordeaux); Larroque (Castres); Lestruhaut (Saint-Vivien); Miedzyschowska (Castres); Naizin (Vannes); Nepper-Eimette (Douai); Pélissier (Nîmes); Pommier (Lille); Rabette (Briare); Roques (Villeréal); Rossi (Ajaccio); Sandrart (Lille); Sauvage-Lavabre (Lille); Tarraube (Tonneins); Templer (Vannes); Trotignon (Châteauroux); Van Wedinghen (Paris); Vincent (Pradelles).

(Nous publierons, dans un de nos prochains numéros, la liste des prix proposés pour les années 1889, 1890 et 1891.)

MINISTÈRE DE LA MARINE & DES COLONIES

Tableau d'avancement du corps de santé de la marine (du 1er janvier 1889).

1° *Pour le grade de médecin en chef.* — MM. les médecins principaux 1. Cassien; — 2. Geoffroy; — 3. Laugier; — 4. Beaumanoir; — 5. Gardies.

2° *Pour le grade de médecin principal.* — MM. les médecins de première classe 1. Rébufat; — 2. Brindejonc de Tréglodé; — 3. Lecorre; — 4. Barre; — 5. Siciliano; — 6. Abelin.

3° *Pour le grade de médecin de première classe.* — MM. les médecins de deuxième classe 1. Plouzané; — 2. Planté; — 3. Cardes; — 4. Dufour; — 5. Deblenne; — 6. David; — 7. Torel; — 8. d'Estienne; — 9. Geay de Couvalette; — 10. de Bonadona; — 11. Fruitet; — 12. Dédet; — 13. du Bois; — 14. Castellan; — 15. Merveilleux; — 16. Rançon; — 17. Simon; — 18. Laugier; — 19. Gauthier; — 20. Bizardel.

4° *Pour le grade de pharmacien en chef.* — M. le pharmacien principal Léonard.

5° *Pour le grade de pharmacien principal.* — M. le pharmacien de première classe Rouhaud.

6° *Pour le grade de pharmacien de première classe.* — M. le pharmacien de deuxième classe Rigal.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 10 décembre 1888, a été promu dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Le Bâtard, aide-médecin de réserve, docteur en médecine.

— Par décret, en date du 10 décembre 1888, M. Mairet, agrégé, est nommé professeur de clinique des maladies mentales et nerveuses à la Faculté de médecine de Montpellier.

— Par décret, en date du 10 décembre 1888, M. Ditte, professeur de chimie à la Faculté des sciences de Caen, est nommé professeur de chimie à la Faculté des sciences de Paris.

— Les dernières questions tirées au concours d'externat sont les suivantes : « Brûlures — Fractures de la clavicule. »

— Un concours pour une place de chef de clinique médicale s'ouvrira, devant la Faculté de médecine de Nancy, le lundi 21 janvier 1889, à huit heures du matin. — Pour tous renseignements s'adresser au secrétariat de la Faculté de médecine de Nancy. Le registre d'inscription sera clos le vendredi 18 janvier, à quatre heures.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

55

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

Sᵗ dép. dét. à Paris, Phᶦᵉ LEBEAULT, 53, Réaumur.

ENTREPOT GÉNÉRAL : **5, rue Bourg-L'Abbé, Paris.**

46

THÉ DE CHINE ET DES INDES

MARQUE DÉPOSÉE. **LE DÉLICIEUX** MARQUE DÉPOSÉE.

de **E. THIBAULT,** importateur, NANTES.

Le **Thé LE DÉLICIEUX** est exclusivement composé de thés noirs de qualités extra-supérieures et choisies avec le plus grand soin. Il mérite d'être recommandé :

A toutes les personnes soucieuses de leur santé, si elles doivent en faire usage comme tonique, stimulant ou stomachique;

A toutes les personnes en général faisant un usage journalier de cette boisson et qui peuvent, plus que toutes les autres, en apprécier la finesse et le parfum délicat;

Enfin à toutes les maîtresses de maison ayant à cœur de bien traiter leurs invités.

Dépôt général : A Nantes, E. THIBAULT, 15 et 19, r. Saint-Léonard. — *Gros :* A Paris, MICHELAT et LESUEUR, 9, r. des Guillemites.— *Détail :* Tᵗᵉˢ phᶦᵉˢ.

63

HUNYADI JANOS

La plus sûre, la plus efficace, la plus agréable des Eaux purgatives naturelles.

APPROUVÉE

PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS, PAR LIEBIG, BUNSEN ET FRESENIUS

AUTORISÉE PAR L'ÉTAT

Unique d'après les appréciations de nombreuses célébrités en médecine de France et de l'Étranger qui lui attribuent les avantages suivants :

EFFET PROMPT, SUR ET DOUX

Absence de coliques et de malaises. — Sans constipation consécutive. — L'usage prolongé ne fatigue pas l'estomac. — Action durable et régulière. — Ne produit pas l'accoutumance. — Petite dose. — Pas désagréable à prendre.

Chez tous les marchands d'eaux minérales et dans les Pharmacies.

Se méfier des contrefaçons.

Prière d'exiger l'étiquette et le bouchon portant le nom :

ANDREAS SAXLEHNER

67

SOLUTION PAUTAUBERGE

au chlorhydro-phosphate de chaux créosoté.

Chaque cuillerée contient 10 centigrammes de créosote et 50 centigrammes de sel de chaux; elle doit être prise dans de l'eau sucrée.

Bien tolérée par les voies digestives, cette Solution est facilement acceptée et complètement absorbée; très efficace dans les **Tuberculoses, Affections chroniques broncho-pulmonaires, Scrofules, Rachitisme.**

L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César, Paris.

72

PILULES SUISSES

(*Pilules de coloquinte composées*)

PURGATIVES, LAXATIVES, DÉPURATIVES

MM. les médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. HERTZOG, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

80

LE PHOSPHATE MONO-CALCIQUE

CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.
Vin id. id. à 1 — 60.

Paris, 145, r. de Belleville, et bonnes phᶦᵉˢ.

33

PASTILLES GÉRAUDEL

(AU GOUDRON DE NORWÈGE PUR)

Agissant par Inhalation et Absorption.

Contre RHUME,
BRONCHITE, CATARRHE, ASTHME
ENROUEMENT, LARYNGITE, etc.

Bien préférables aux Capsules et Bonbons, qui surchargent l'estomac sans agir sur les Voies respiratoires.

Les **Pastilles Géraudel** *ne contiennent aucun narcotique. Elles se dissolvent entièrement sous l'influence de la chaleur buccale. Les vieillards et les enfants peuvent impunément en user et abuser sans aucun inconvénient. C'est une supériorité qu'elles ont sur les capsules, bonbons, etc., etc., dont l'enveloppe gélatineuse indigeste, en plus des substances narcotiques, morphine, sels d'opium, codéine, etc., qui peuvent leur être adjoints, déterminent des symptômes d'empoisonnements, selon la quantité absorbée.*

Après avoir étudié et analysé les diverses préparations de goudron et leur mode d'administration, il a été reconnu que la plupart présentent de grandes difficultés pratiques, et surtout qu'elles ne répondent point, par leur mode d'ingestion, au but désiré, c'est-à-dire l'*emploi du goudron par inhalation sous forme de vapeurs.*

Après avoir isolé successivement les principaux éléments constitutifs du goudron et expérimenté l'action physiologique et thérapeutique de chacun de ces éléments, M. Géraudel ne tarda pas à reconnaître que, parmi les multiples produits pyrogénés qui prennent naissance dans le mode même de préparation du goudron, plusieurs d'entre eux sont d'une âcreté excessive, irritent et enflamment les muqueuses avec lesquelles ils se trouvent en contact, et par cela même détruisent l'action de ce précieux médicament. Par des procédés spéciaux de sélection, il parvint à débarrasser le goudron de ces principes nuisibles. Ce premier résultat acquis, M. Géraudel, s'inspirant des travaux de Gubler, Sales-Giron, Chevandier, etc., rechercha les moyens les plus simples de faire pénétrer dans les voies respiratoires le goudron qu'il avait ainsi obtenu. Il rechercha ensuite son degré de volatilité, puis la préparation qui favoriserait le mieux cette vaporisation. Ces études lui démontrèrent que la bouche constitue l'appareil inhalateur le plus simple et le plus parfait.

Les nombreuses manipulations auxquelles il avait dû se livrer lui permirent de formuler la préparation dont l'efficacité est aujourd'hui reconnue par la majorité des médecins et chimistes qui l'ont expérimentée.

En résumé, M. Géraudel est arrivé à donner au goudron son maximum de possibilité thérapeutique et à trouver l'inhalateur le plus commode et le plus parfait.

Pendant la succion des Pastilles Géraudel, l'air que l'on respire se charge de vapeurs de goudron qu'il transporte directement sur le siège du mal; c'est à ce mode d'action tout spécial, en même temps qu'à leur composition, que ces Pastilles doivent leur efficacité réelle dans toutes les affections contre lesquelles le Goudron est conseillé. — *Très utiles aux fumeurs, aux personnes qui fatiguent de la voix et à celles qui sont exposées, dans leurs travaux, à respirer des poussières ou des vapeurs irritantes.*

Les **Pastilles Géraudel** sont les seules Pastilles de Goudron récompensées par le Jury international de l'Exposition universelle de 1878. Expérimentées par décision ministérielle, sur l'avis du Conseil de santé. Autorisées en Russie par le Gouvernement impérial, sur l'approbation du Conseil médical de l'Empire.

L'ÉTUI : **1 fr. 50** DANS TOUTES PHARMACIES

Envoi franco contre mandat-poste adressé à l'inventeur **A. GÉRAUDEL,** pharmacien à *Sainte-Menehould* (Marne).

Envoi gratuit sur demande Boîte d'échantillons à MM. les Médecins qui désireraient les expérimenter.

47

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la secrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l urèthre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

10

QUINA-BONBON DIASTASÉ

Chaque bonbon contient sucre et cacao, quinquina jaune et diastase — dans les proportions d'un petit verre de vin de quinquina. Vivement recommandé dans la thérapeutique infantile.

Prix de la boîte : *2 fr. 25.*

DÉTAIL : M. Solirène, phᶦᵉⁿ, 17, r. Soufflot, Paris.

VENTE EN GROS : M. Yves Marchier, pharmacien à Privas (Ardèche).

11

Eau minérale

ARSENICALE, FERRUGINEUSE, MAGNÉSIENNE

FARETTE

Anémie, gastralgie, convalescence, maladies de la peau.

22, rue du Quatre-Septembre, Paris.

177

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

74

SULFONAL RIEDEL

NOUVEAU REMÈDE **soporifique** ET **calmant.**

Ne cause aucun trouble et n'affecte ni les organes digestifs ni ceux de la respiration.

Dépôt chez *tous les droguistes et comʳᵉˢ.*

50

MALADIES DU CŒUR

Palpitations, Affections mitrales ou aortiques, Anévrysmes, Hydropisies, guéris par **DRAGÉES TONICARDIAQUES LE BRUN (caféine iodoformée).** Dépôt Gᵉᵃˡ : Phᶦᵉ Cᶦᵉ Fᵍ Montmartre, Paris.

20

L'ERGOTININE DE TANRET LAURÉAT DE L'INSTITUT

Alcaloïde et principe actif de l'ergot, s'emploie dans tous les cas où celui-ci est indiqué. L'auteur en prépare un **Sirop** à 1/4 miligr. la cuillère à café — (dose : de 1 à 6 par jour) et une **Solution** hypodermique à 1 milligr. le cent. cube — (dose : de 3 à 10 gouttes). — **L'Ergotinine de Tanret** ne produit jamais d'accidents locaux.

Gros : Ch. TANRET, 14, r. d'Alger, Paris.

Détail à Paris : Phᶦᵉ, 64, rue Basse-du-Rempart.

N° 144. — SAMEDI 15 DÉCEMBRE 1888. 61e ANNÉE. SAMEDI 15 DÉCEMBRE 1888. — N° 144.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Varices lymphatiques et lymphangiomes.

Par A. CHIPAULT, interne des hôpitaux.

Nous comprenons, sous ce titre, toute une série de lésions rares des lymphatiques, lésions variqueuses et néoplasiques, que nous étudierons successivement aux points de vue clinique, anatomique et thérapeutique.

L'historique de ces lésions ne remonte pas loin. Breschet (1), dans sa Thèse de concours, donne une étude rapide des varices lymphatiques. Demarquay (2), en 1853, étudie une de leurs variétés. Quelques années après, Binet et David tentent une étude d'ensemble, Binet (3) divisant les varices lymphatiques en varices des réseaux et varices des troncs, David (4) donnant la division, bien moins acceptable cliniquement et anatomiquement, en varices spontanées et traumatiques. En 1868, la thèse de mon maître, M. Théophile Anger (5), établissait définitivement, au point de vue clinique, à côté des varices des réseaux et des troncs, l'existence d'une troisième variété, les varices des ganglions, qu'il désigne sous le nom d'adénolymphocèle.

Depuis cette date, peu de travaux ont été publiés sur les varices lymphatiques proprement dites ; les tumeurs lymphatiques ont, au contraire, attiré l'attention de nombreux auteurs. Nous ne signalons ici que les plus importantes des études d'ensemble ; nous reviendrons sur les détails de cet historique à propos de chaque variété.

M. Nepveu (6), en 1872, quelque temps après le travail allemand de Georggevic (7), tenta une classification d'ensemble des lymphangiomes. La voici :

(1) Breschet. *Le système lymphatique*, Thèse de concours, Paris 1836.
(2) Demarquay. Recherches sur la lymphorrhagie et la dilatation des vaisseaux lymphatiques, *Mémoires de la Société de chirurgie*, 1853, p. 139.
(3) Binet. *Essai sur les varices et les plaies des lymphatiques superficiels*, Thèse de Paris 1858, n° 17.
(4) David. *Essai sur les varices lymphatiques*, Thèse de Paris 1865, n° 222.
(5) Th. Anger. *Des tumeurs érectiles lymphatiques (adénolymphocèles)*, Thèse de Paris, 1867.
(6) Nepveu. Du lymphangiome simple et ganglionnaire, *Archives de médecine*, 1872, , t. II, p. 215.
(7) Georggevic. Ueber lymphorrhee und lymphangiome. *Langenbeck's Archiv f. Klin. Chir.*, 1871, Bd XII, p. 641.

I. *Lymphangiomes des réseaux :*

1° Congénital :
- *a.* caverneux. Macrocheilie, macroglossie, du tronc;
- *b.* kystique. Hygromas des régions cervicale et sacrée.

2° Des adultes : *c.* caverneux. Rénal (Heschl.) de certaines tumeurs : fibromes.

II. *Lymphangiomes ganglionnaires.*

III. *Lymphangiomes mixtes*, combinaison des deux lésions précédentes (Obs. de Virchow, 1854).

En 1877, Wegner (1) donna une classification, à notre avis, trop anatomique, que nous ne faisons que signaler :

1° Lymphangiomes simples;
2° Lymphangiomes kystiques;
3° Lymphangiomes caverneux.

En 1879, M. Péan (2) joignit, à la classification purement anatomique de Wegner, une classification purement clinique, en :

1° Lymphangiome sous-épidermique;
2° Lymphangiome sous-dermique;
3° Varices des vaisseaux;
4° Lymphangiomes ganglionnaires;

Nous tenterons, à notre tour, une classification des lymphangiectasies et des lymphangiomes aussi compréhensive que possible :

I. *Dilatation des ganglions :* Adénolymphocèle.

II. *Dilatation des troncs :*
- A. Superficiels { cylindroïde. / ampullaire.
- B. Profonds.

III. *Dilatation des réseaux :*
- A. Dermiques.
- B. Profonds :
  - 1° diffuse;
  - 2° localisée, à forme anatomique caverneuse poly ou monokystique : *a.* sièges ordinaires (cou, thorax, membres); *b.* sièges spéciaux (macromélie, macrocheilie, macroglossie).

Cette classification a l'avantage, croyons-nous, d'embrasser toutes les formes de lymphangiectasies et de lymphan-

(1) Wegner. Ueber lymphangiome, *Archiv f. Klin. Chir.*, vol. XX, 1877.
(2) Péan. Des lymphangiomes, *Leçons de clinique chirurgicale*, 1879-1880, p. 227.

giomes et de conduire, des lésions qui appartiennent le plus nettement à la première série (varices des troncs), à celles qui se rangent le plus volontiers dans la seconde (tumeurs cavernoso-kystiques et kystiques, comprenant les kystes séreux congénitaux de M. Lannelongue). La clinique nous semble ranger assez exactement, parmi les varices, toutes les variétés jusques et y compris les dilatations des réseaux dermiques, les autres variétés formant les tumeurs. M. Monod (1) considère les lymphangiomes néoplasiques comme très rares. C'est là, d'ailleurs, une discussion surtout anatomique, non encore vidée, et sur laquelle nous n'insisterons pas.

I

Disons cependant que la nature lymphatique des variétés que nous rangeons dans notre classification, en dernier lieu, admise presque universellement en Allemagne, où on les désigne sous le nom générique de lymphangiomes (2), est encore contestée en France. Voici, d'après M. le professeur Lannelongue (3), l'état de la question : l'endothélium qui tapisse les cavités kystiques ne présente pas les dentelures de l'endothélium lymphatique; mais cette forme particulière n'est pas constante dans le système lymphatique. La nature du contenu, variant d'un liquide séreux au sang parfaitement pur, ne prouve rien. Les communications des cavités kystiques avec le système circulatoire, sanguin ou lymphatique, constituent encore un argument qu'on pourrait adapter aussi bien à la théorie lymphatique qu'à la théorie qu'on lui oppose (théorie sanguine). Un argument plus important est fourni par les relations qui semblent exister entre les tumeurs kystiques et d'autres productions anomales développées aux dépens du système lymphatique ; mais on a parfois rencontré aussi des modifications du système sanguin, tantôt combinées avec les hypertrophies, tantôt coïncidant simplement avec elles et occupant un siège plus ou moins éloigné. « Ces restrictions faites, dit M. le professeur Lannelongue dont nous venons de résumer les arguments, il n'en subsiste pas moins un résultat important, c'est que ces considérations donnent lieu à des rapprochements intéressants et permettent de rassembler des faits qui méritaient d'être mis en série. Quant à la question des kystes séreux qui forment seulement un des termes de cette série, nous n'avons pas de preuve directe qui nous autorise à conclure, avec certitude, à leur provenance lymphatique ; la démonstration anatomique d'une semblable origine n'est pas faite. Néanmoins, l'enchaînement des faits semble mieux s'accorder avec l'opinion qui place, dans les voies lymphatiques, le développement des kystes séreux. »

Étudions maintenant les différents types cliniques que nous avons classés.

II

L'adénolymphocèle (varices des ganglions) constitue un type bien établi cliniquement par la thèse de notre

(1) Ch. Monod. Remarques sur les lymphangiomes. Du lymphangiome circonscrit, Congrès français de chirurgie, 1888.

(2) Wegner. Ueber lymphangiome, *Archiv f. Klin. Chir.*, vol. XX, 1877. — Müller. Zur casuistik der lymphangiome, *Beitrage zur Klin. Chir.*, Tübingen, 1885. — Middeldorpf. Ueber lymphangioma cavernosum, *Langenbeck's Archiv*, 1885, vol. XXXI, p, 590. — Ben Israel. *Ueber lymphangiome*, Würtzburg 1885.

(3) Lannelongue. *Traité des kystes congénitaux*, Paris 1886.

maître, M. le docteur Théophile Anger (1). Depuis, on n'a guère publié que des observations isolées ou des études de détail (2). Signalons cependant les travaux de MM. Nepveu (3), Mazaé Azéma (4), la thèse de M. Desert (5). Nous avons publié dernièrement deux cas de cette affection.

Le siège classique de l'adénolymphocèle est le double siège inguinal, fréquemment avec prédominance de volume pour le côté gauche. Le siège inguinal peut être unilatéral, plus souvent unilatéral gauche (Nélaton, Nepveu, 2 cas; Azéma, 7 cas), quelquefois droit [Verneuil (6), Bousquet, Nepveu, Azéma, 3 cas]. Les cas d'adénolymphocèle observés en dehors de la région inguinale sont l'exception : aisselle (7), cou (8), région sous-maxillaire (9), pli du coude (10), ganglions mésentériques (11).

L'affection se présente comme une tumeur assez nettement limitée, sans changement de couleur ni d'aspect de la peau, mobile sur les parties profondes, molle, dépressible, de consistance lipomateuse. « Une pression bien ménagée, dit M. Théophile Anger, les refoule plutôt qu'elle ne les réduit et même, après leur affaissement, on y sent encore des noyaux mal isolés et résistants, comme si l'on touchait des pelotons de petits tubes en caoutchouc enroulés et accumulés sous la peau. » Cette sensation est absolument caractéristique.

La tumeur, peu douloureuse, augmente légèrement par la marche et la fatigue.

Le début se fait le plus souvent à la puberté ; la marche est lente, régulière, et aboutit à une disparition partielle ou totale vers cinquante ans.

L'évolution de l'adénolymphocèle peut être traversée par des accidents souvent graves, le plus souvent aigus, que Mazaé Azéma (12) a divisés en inflammations circonscrites et généralisées : les premières restant limitées aux ganglions atteints, durant dix, quinze jours, se terminant régulièrement par la guérison ; les secondes, généralisées, présentant l'allure des lymphangites infectieuses, enlevant le malade en quelques jours, avec une fièvre dépassant 40 degrés et des phénomènes ataxo-adynamiques. La fréquence de ces inflammations est grande, leur cause souvent légère, telle que fatigue excessive, marche, plaie accidentelle ou chirurgicale dans le domaine des lymphatiques

(1) Th. Anger. Loc. cit.

(2) Reverdin. In Rapport de M. Th. Anger sur le travail de M. Nepveu, Société de chirurgie, 26 juillet 1876. — Bousquet. Tumeur variqueuse des ganglions et des vaisseaux lymphatiques de l'aine droite, Société de chirurgie, 30 avril 1884. — Ch. Nélaton. Observation de lymphangiome de la cuisse, opéré et guéri, Société de chirurgie, 23 mars 1887, rapport de M. Th. Anger. — Petters. Ueber lymphorrhagie, *Viert. f. d. prakt. Heilkunde Prag.*, 1875, CXXV, p. 69-108. — Klebs. Ueber lymphangiectasia, *id.*, p. 155-164.

(3) Nepveu. Inflammation des lymphangiectasies, Société de chirurgie, 26 juillet 1876, rapport de M. Th. Anger.

(4) Mazaé Azéma. *De la lymphangite endémique des pays chauds*, fasc. 2, Saint-Denis (Réunion), 1879.

(5) Desert. *Des dilatations lymphatiques*, Thèse de Paris 1877, nº 131.

(6) Verneuil. Dilatation des lymphatiques ganglionnaires, *Bulletins* et *Mémoires de la Société de chirurgie*, 1869, p. 353.

(7) Lucke. *Handbuch der Allg. und spec. Chir.*, t. II, 1re part., p. 267. — Manson. *Études sur la filaire.*

(8) Bush. *Abhandl. Petersb. Aerzte*, 1842. — Reverdin. Loc. cit.

(9) Virchow. Lymphadenoma cavernosum (macroglossia), *Virch. Arch.*, 1854, p. 319.

(10) Keimer. *Essai d'une physiologie du sang*, p. 144. Leipzig, 1823.

(11) Weichselbaum. Ein seltener Geschwulst des mesenterium : Chylomyxoma cavernosum, *Virch. Arch.*, 1881, Bd. XIV, 2e helft.

(12) Mazaé Azéma. Loc. cit.

se rendant aux ganglions dilatés, ce qui rend en somme assez sérieux le pronostic de l'adénolymphocèle.

L'adénolymphocèle, commun surtout à l'âge moyen de la vie, est surtout fréquent dans certains pays chauds, Maurice, la Réunion.

Le diagnostic en est des plus difficiles, lorsque le siège est anomal ou même mono-inguinal; il sera plus facile lors de double siège inguinal, les tumeurs symétriques étant rares. Le lipome ne varie pas de volume, tandis que la tumeur lymphatique augmente par la station debout. Le lipome n'est jamais réductible, même en partie, il est moins fluctuant. Les tumeurs érectiles veineuses se distingueront surtout par la distension lors de pression sur les veines émergentes et l'affaissement par la compression des veines afférentes. L'épiplocèle pourrait en imposer; les effets de la toux, la réductibilité parfois, décideront du diagnostic.

Le diagnostic de l'adénolymphocèle sera souvent facilité par la coexistence fréquente d'autres affections lymphatiques de nature ectasique; on devra, en particulier, toujours rechercher s'il n'existe pas, dans les fosses iliaques, un empâtement ou une douleur profonde symptomatiques de dilatation des ganglions ou des vaisseaux de cette région.

III

Les varices des vaisseaux lymphatiques présentent une symptomatologie très différente suivant qu'elles siègent sur les vaisseaux profonds ou superficiels.

Je n'insisterai pas sur les varices lymphatiques du poumon, du cerveau, impossibles à reconnaître cliniquement. Les varices des vaisseaux lymphatiques, du rein ou de la vessie, peuvent se deviner par l'existence de chyluries, le plus souvent accompagnées d'hématuries dues à la dilatation concomitante des vaisseaux sanguins. Cette étiologie du pissement de lymphe n'est d'ailleurs pas admise par tous les auteurs.

Les varices des vaisseaux superficiels sont mieux connues et déjà bien étudiées par Follin (1) qui les divise en ampullaires et cylindroïdes. La thèse de M. Viguier (2) contient un bon résumé des observations plus récentes.

Le siège est variable, plus fréquemment les organes génitaux ou les membres inférieurs. Beau (3) signale trois cas de dilatation variqueuse des lymphatiques du prépuce. Huguier (4), Broca (5), Dufour (6) en ont donné d'autres exemples; dans un cas de Follin, au raphé médian du scrotum se voyait un vaisseau lymphatique gros comme une plume d'oie. M. Richet (7), Day (8), Warburton (9), en ont signalé aux membres inférieurs. Nous avons publié l'observation d'un sujet (10) chez qui l'affection, qui avait débuté par un double adénolymphocèle inguinal, s'est peu à peu modifiée et encore, ces mois derniers, pour constituer un véritable type de varices lymphatiques généralisées; les lymphatiques de la fesse gauche forment des arcades suivant la direction des lymphatiques normaux; le périnée est occupé par une masse de lymphatiques dilatés; il y a un véritable varicocèle lymphatique du côté gauche, toute la partie postérieure de la cuisse du même côté est occupée par des lymphatiques verticaux, gros comme un porte-plume; il y en a un énorme à la partie médiane du mollet, il y en a un au bras gauche longeant l'artère humérale. L'aspect clinique des varices des troncs lymphatiques superficiels est variable suivant les cas, et les auteurs, depuis Binet et Follin, décrivent les varices cylindroïdes et les ampullaires.

Les premières sont caractérisées par des cordons siégeant sur le trajet connu des lymphatiques, plus ou moins gros, roulant sous la peau, donnant au doigt la sensation d'une artère sclérosée avec des ressauts de distance en distance.

Les varices ampullaires sont, dit Follin, reconnaissables à l'existence d'une tumeur plus ou moins molle, fluctuante, roulant sous le doigt, mais dont on ne peut guère reconnaître la nature que par la considération du siège et de l'évolution, surtout par une ponction exploratrice.

Le pronostic est généralement peu grave.

La cause est souvent difficile à préciser; dans quelques cas, ç'a été un traumatisme, une tumeur déterminant, en amont, un retard du cours de la lymphe.

Le diagnostic est généralement ardu; possible, le plus souvent, par une ponction, ainsi que nous venons de le voir, pour les varices ampullaires; basé surtout, pour les varices cylindroïdes, sur la transparence des vaisseaux saillant au-dessus du niveau de la peau, sur la consistance dure, la forme cannelée des troncs. Il y a des cas où des varices veineuses très saillantes acquerront une véritable transparence et où l'on devra encore recourir à une ponction exploratrice. Nous ne faisons que signaler le diagnostic des varices ampullaires avec certains cas de varices du réseau dermique.

IV

Les dilatations du réseau dermique se rattachent encore cliniquement bien plus aux lymphangiectasies qu'aux lymphangiomes.

La première étude d'ensemble qui en ait été faite, est celle de Demarquay (1). Busey (2), Viguier (3), les ont aussi signalées. Nous avons pu recueillir trente-neuf observations de cette affection rare, tant en France qu'en Allemagne et en Angleterre (4).

---

(1) Follin. *Traité de pathologie externe*, t. II, p. 577.

(2) Viguier. *Essai sur les varices et tumeurs lymphatiques superficielles*, Thèse de Paris, 1875.

(3) Beau. Note sur la dilatation variqueuse des vaisseaux lymphatiques du prépuce, *Revue médico-chirurgicale*, janvier 1851, t. VIII.

(4) Huguier. Dilatation des vaisseaux lymphatiques du pénis, *Bulletins de la Société de chirurgie*, 1851, t. II.

(5) Broca. Varice lymphatique de la face postérieure du coude, *Bulletin de la Société anatomique*, 1852, t. XXVII, p. 256.

(6) Dufour. Tumeur lymphatique de la verge, *Id.*, 1854, t. XXIX, p. 5.

(7) Richet. *Anatomie chirurgicale*, 1855, t. I, p. 180.

(8) Day. Ou a form of enlargement of the rhight leg and thigh, with an occasional discharge of chylous fluid, *The Brit. Med. Journ.*, 1869, I, 332, d'après *Tr. clin. Soc. London*. 1869, II, 104-114.

(9) Warburton. *The Edinburg Med. Journ.*, septembre 1872.

(10) Chipault. Note sur doux cas de lymphangiome ganglionnaire, *France médicale*, juin et juillet 1888.

(1) Demarquay. Loc. cit.

(2) Busey. Congenital occlusion and dilatation of lymph channels. *Americ. Journ. of obstetric*, 1877 et 1878, vol. X et XI.

(3) Viguier. Loc. cit.

(4) Trélat. Varices lymphatiques du réseau superficiel du dos de la verge et du scrotum, suite de contusion, *Bulletin de la Société de chirurgie*, 2e série, t. X, p. 439-441. — Verneuil. Éléphantiasis du scrotum, *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1867, p. 313. — Thilesen. Ein Fall von lymphangiectasia, *Guntzburg Zeitschr. f. Klin. Med.*, 1856, Bd. VII, p. 447. — Fischer. Der Riesenwuchs, *Mittheel. aus der konigl. Klin. zu Breslau Zeitsch. f. Chir.*, 1880, Bd. XII, p. 22. — Odenius de Lund. Pachydermia lymphorrhagica, *Nord med. Ark.*, 1879, VI. 2, n° 13. — Zür Nieden. Ueber ein Fall von Lymphangiectasie mit lymphorrhagie, *Arch. f. path. anat. Berlin*, 1882, t, XC, p. 350-380. — Cholmeley. Note on a case of great enlargement of the whole of the right lower extremity, *Tr. of clin. Soc. London*, 1869, p. 118.

Sur ces 39 cas, nous en avons trouvé 18 où l'affection siégeait aux membres inférieurs, surtout la cuisse; 12 aux organes génitaux, soit chez l'homme, soit chez la femme; 7 à divers points : paroi abdominale (1), aisselle (2). Dans 2 cas (3), l'affection était généralisée.

L'aspect clinique est un peu variable; consistant le plus souvent en vésicules plus ou moins volumineuses, nombreuses et agglomérées, formant généralement une masse centrale, avec des vésicules disséminées à la périphérie, rosées, ou jaunâtres, ou blanches, transparentes lorsqu'elles sont volumineuses, diminuant de volume par pression directe, en donnant la sensation d'un godet périphérique, et se remplissant aussitôt la décompression. Elles augmentent, et cela surtout si elles siègent aux membres inférieurs et aux organes génitaux, par les fatigues et la station debout, ainsi que lorsqu'elles siègent sur un membre, par la pression au-dessus ou au-dessous de leur niveau.

L'allure clinique est souvent modifiée par des complications inflammatoires, généralement limitées et bénignes, et surtout par des complications d'ordre trophique : hypertrophie des poils, modifications des ongles, ulcérations, dermite. C'est lorsqu'il y a eu dermite assez intense, qu'on se trouve en présence, comme dans le cas de Lange, d'une sorte de plaque où l'œil, quelquefois seulement la loupe, permet de distinguer des vésicules saillantes; d'autres vésicules sont d'ailleurs disséminées à la périphérie de la tumeur principale.

Les varices lymphatiques du réseau dermique peuvent se trouver associées à d'autres lésions, ectasiques également, des vaisseaux sanguins, lésions appréciables, soit cliniquement, soit seulement à l'examen anatomique (4). Köbner (5) a vu, dans un cas très complexe, des angiomes et des névromes accompagnant les varices dermiques.

Une de leurs complications les plus fréquentes, si fréquente qu'elle est presque un symptôme, c'est la lymphorrhagie, qu'on a parfois observée dans les varices lymphatiques des troncs ou dans les tumeurs caverneuses dont nous parlerons tout à l'heure, mais qui est surtout fréquente dans les varices du réseau dermique. Quoiqu'elle puisse reconnaître d'autres causes que les ectasies lymphatiques (traumatisme, lymphangite et adénites), la lymphorrhagie sera souvent de la plus grande utilité pour le diagnostic. Son moment d'apparition, dans les varices du réseau dermique, est variable; tantôt c'est elle qui les révèle, tantôt elle n'apparaît que plus tard, ou même seulement lorsqu'elle est provoquée par une piqûre : sa durée est également très variable : de quelques heures à un temps indéfini, le plus souvent elle ne dure qu'un temps assez court, pour revenir périodiquement, au moment des règles, par exemple. L'abondance est très variable aussi, de quelques gouttes à plusieurs litres. L'examen histologique devra toujours confirmer le diagnostic porté d'après l'aspect du liquide.

(1) Péan. Loc. cit. — Fetzer. Ein Fall von eigeuthümlicher Erkrankung der Lymphgefoësse, *Arch. f. phys. Heilkunde*, 1849, t. VIII, p. 128.

(2) Lange. Lymphangioma of the skin, *New-York med. Journ.*, 26 mai 1883.

(3) Hébra. Traduction Doyon, 1878, t. II, p. 375. — Pospelow. Ein Fall von Lymphangioma tuberosum culis multiplex, *Viert. f. Derm. und syphilis*, 1879, p. 521.

(4) Tilbury Fox. Lymphangiectodes, *Med. Times and Gazette*, 26 octobre 1878. — Petters. Loc. cit. — Lange. Loc. cit.

(5) Köbner. Multiple Neurome im Bereich des plexus brachialis sinister cavernose angiome, lymphangiome und neurofibrome des linken oberen Extremitoet, *Virch. Arch.*, 1883, t. XCIII, p. 343.

Les varices lymphatiques du derme surviennent le plus souvent entre vingt et trente ans; on a trouvé dans les antécédents : un traumatisme (Trélat), une affection du membre atteint; coxalgie, dans un cas de M. Jourdan (1), où l'affection siégeait à la face interne de la cuisse; ostéomyélite du tibia, chez un sujet que nous avons observé (2) et qui portait ses vésicules à la jambe.

Le pronostic n'est grave, ni par le fait de la lésion, ni par celui des complications inflammatoires. Il peut le devenir par une lymphorrhagie très considérable ou très persistante et qui peut faire mourir le malade, soit de complication intercurrente, comme dans le cas de Chilesen, soit d'épuisement, comme dans celui de Müller (3).

Le diagnostic, simple dans certains cas types, peut être fort difficile dans d'autres. On ne confondra pas les varices du réseau dermique, avec celles des troncs superficiels. D'un côté, dit M. Binet, on a des vésicules réunies en groupe, dépressibles, faciles à vider par une piqûre superficielle : dans le cas de varices cylindroïdes, on a des cordons durs, peu ou pas dépressibles, ne se vidant que par une ponction pratiquée à celle de leurs extrémités la plus éloignée de leur origine. La varice ampullaire forme une petite tumeur roulant sous le doigt, ce qui la distingue complètement des varices sous-épidermiques des réseaux. Enfin, le volume des varices des vaisseaux augmente par la compression exercée au-dessus d'elles et diminue lentement, lorsqu'on comprime entre elles et les capillaires. Il est des cas où les varices du réseau dermique ont été confondues avec des tumeurs de la peau : condylome, sarcome ou avec de l'acné, de l'herpès. On devra toujours, en faisant le diagnostic, prendre pour point d'appui les lymphorrhagies dont l'examen histologique démontrera la nature exactement lymphatique, et même encore, la coexistence d'autres affections lymphatiques de nature ectasique.

V

Nous avons divisé les varices, ou plutôt les dilatations lymphatiques profondes, en dilatations diffuses et limitées.

Les dilatations diffuses peuvent être congénitales ou non : dans le premier cas, elles sont ordinairement isolées; dans le second, jointes à une autre affection lymphatique. En tous cas, on a affaire à une hypertrophie d'un membre ou de plusieurs, sans modification de la peau, sans troubles fonctionnels graves.

Le plus souvent la nature de l'affection n'est reconnue que par la concomitance d'une autre affection lymphatique. C'est ainsi que, dans le cas de Marquez (4), en même temps que quelques vésicules dermiques de la face antérieure de la cuisse gauche, il y avait une hypertrophie considérable de toute cette cuisse, qui formait trois bourrelets superposés. Dans un cas de Fischer (5), où le scrotum était couvert de petites varices lymphatiques du derme, le membre inférieur gauche tout entier et la partie supérieure de la

(1) Jourdan. *Contribution à l'étude de la lymphorrhagie*, Thèse de Montpellier, 1880.

(2) Chipault. Un cas de varices lymphatiques du derme, *Bulletin de la Société anatomique*, octobre 1888.

(3) Müller. *Hufelands Journal*, d'après Wernher : Beitrage zür kenntniss der Elephantiasis arabum, *D. Zeitschr. f. chir.*, Bd. V, 1875, s. 451.

(4) Marquez. Contribution à l'étude de la lymphorrhagie et des lymphacocèles, *Gazette hebdomadaire*, 1879, p. 24.

(5) Fischer. Loc. cit.

cuisse droite avaient subi une augmentation de volume de même nature.

Lorsque l'affection des réseaux lymphatiques sous-aponévrotiques est limitée, on a affaire à de véritables tumeurs, qui, anatomiquement, peuvent franchir tous les degrés, depuis la tumeur caverneuse jusqu'à la monokystique, en passant par les cavernoso-polykystiques et les polykystiques; tous les intermédiaires se trouvent entre les deux extrêmes et l'aspect clinique s'en ressent. En tous cas, la peau est saine, quelquefois amincie; la tumeur, parfois mobile sur elle et sur les parties profondes, le plus souvent moins bien limitée, envoyant de tous côtés des prolongements qui l'immobilisent. Les troubles fonctionnels sont nuls à moins de compression d'un organe important ou de trop grand volume de la tumeur, entraînant une véritable cachexie. La tumeur caverneuse est unie, molle, réductible, au moins quant à son volume, peu fluctuante, donnant la sensation d'une masse spongieuse; tandis que la masse cavernoso-kystique est lobulée, bosselée, peu réductible, faisant sentir çà et là des noyaux de volume persistant, roulant parfois sous le doigt et en tout cas ne se réduisant pas. Ces noyaux kystiques, s'ils sont volumineux, peuvent donner une sensation de fluctuation partielle. La masse polykystique, elle, tout à fait irréductible, présente les mêmes caractères très accentués, tandis que la tumeur monokystique présente une allure toute spéciale.

Lorsque ces tumeurs siègent aux parties latérales du cou, ce qui, pour les kystiques, constitue un siège de choix, comme le double siège inguinal pour l'adéno-lymphocèle, elles présentent, si elles ont des prolongements thoraciques, quelques signes cliniques spéciaux de la plus haute importance au point de vue opératoire; matité à la percussion thoracique, réductibilité de la tumeur dans le thorax, sans qu'elle vienne apparaître en un autre point du cou; un signe encore plus important, ce sont les alternatives d'expansion pendant l'expiration, les cris, les efforts, et d'affaissement pendant l'inspiration. M. le professeur Lannelongue signale, dans une de ses observations, ce remarquable phénomène : à chaque inspiration, dit-il, non seulement la tumeur cervicale s'affaissait et diminuait considérablement de volume, mais une partie des loges du kyste pénétrait dans le thorax, aspirée en quelque sorte dans le mouvement inspiratoire. Toute la série de tumeurs dont nous parlons actuellement a encore été observée en des sièges très variables, et nous ne parlons pas ici de quelques localisations spéciales que nous étudierons tout à l'heure : thorax (1), siège (2), cuisse (3), avant-bras et bras (Lannelongue).

Le volume est des plus variables, depuis une masse très minime, jusqu'à une énorme, occupant toute la moitié droite du tronc, du creux axillaire au bassin et de l'appendice xiphoïde à la ligne médiane postérieure (Müller), découvrant entièrement la moitié droite du thorax, si bien qu'elle avait été prise pour une hernie du poumon de ce côté (Lannelongue).

La marche est lente, presque stationnaire, même rétrograde quelquefois.

Toutes ces tumeurs sont d'un pronostic très variable suivant les cas; si elles peuvent tuer par leur volume ou leur localisation, elles n'ont pas en général l'allure d'un néoplasme malin.

Les caverneuses ne sont pas toujours congénitales; les autres le sont généralement, si bien qu'on les étudie d'habitude sous le nom de kystes congénitaux. Nous éliminons absolument de notre cadre les kystes lymphatiques traumatiques sur lesquels M. Heuser de Bramen (1) a récemment appelé l'attention, et dont il signale deux cas; il s'agit là d'épanchements limités de lymphe : l'un siégeait au pli de l'aine, l'autre à la région sacrée.

Le diagnostic des lymphangiomes caverneux et kystiques peut être difficile. Signalons la possibilité de confondre l'adénolymphocèle avec la variété caverneuse. L'existence probablement exclusive du lymphangiome sous-dermique dans les pays froids, son siège plus variable et différent de celui de l'adénolymphocèle, sa forme moins régulière, l'absence de sensation de cordons enroulés, l'absence d'oscillations dans le volume des tumeurs, le manque chez elles des inflammations notées pour les adénolymphocèles, me semblent pouvoir permettre le diagnostic dans la plupart des cas. Il est, de plus, un certain nombre de lymphangiomes caverneux qui sont congénitaux; le diagnostic sera alors très facilité; il sera également très facile dans le cas de lymphangiome polykystique qui n'a pas les mêmes caractères, surtout au toucher. Les lipomes diffus congénitaux ont une consistance plus grande; de plus, il y a des adhérences cutanées d'aspect gaufré. Le diagnostic pourra être fort difficile, lorsqu'une tumeur caverneuse ou polykystique aura subi partiellement la transformation lipomateuse. Les tumeurs érectiles veineuses se distingueront par leur réductibilité presque complète, l'augmentation de volume sous l'influence des cris, des efforts, de la déclivité, la coloration parfois violacée de la peau, la dilatation des veines afférentes ou efférentes qui n'est d'ailleurs pas constante, et qu'on a d'autre part signalée dans quelques cas de lymphangiomes; il en est de même de la dilatation des artères voisines qu'on reconnaîtrait à l'énergie plus grande des battements. La ponction elle-même pourra ne pas donner de résultats définitifs : on ne pourra guère se baser que sur la durée beaucoup plus grande de l'écoulement sanguin dans la tumeur veineuse que dans le lymphangiome. Signalons la difficulté du diagnostic de certains kystes congénitaux avec des grenouillettes, une méningocèle, surtout à la région sacrée, un kyste muqueux ou dermoïde.

Le diagnostic de la nature étant fait, il faudra encore préciser le diagnostic anatomique de la tumeur. La direction, l'étendue de ses prolongements devront être recherchées avec soin. D'autre part, les caractères cliniques, ainsi que nous l'avons vu, permettent parfois de peser la quantité de tissu caverneux et de tissu kystique qu'elle contient. Pour connaître le nombre et le volume des kystes, on devra le plus souvent recourir à des ponctions plus ou moins répétées.

Nous ne ferons que signaler la macromélie et la macro-

(1) Anders. Zur Frage der Rückbildung der Lymphangiome, *Jahrbuch f. Kinderheilkunde*, 1880-1881, Bd. XVI, s. 429-433. — Lannelongue. Loc. cit., p. 384, obs. LXXIII. — Pilate. Kyste multiloculaire complexe de la région axillaire enlevé chez un enfant de deux ans et demi, *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie*, 18 décembre 1878, t. IV, p. 815. — Müller. In *Cliniques de Tübingen* (loc. cit.). — Lücke. *Handbuch der Allgem. und spec. chirurgie v. Pitha und Billroth*, Bd. II, Abth I, s. 284

(2) Reichel. Angeborenes lymphangioma cavernosum cysticum bei einem 1 jahr 5 monate alten Kinde, *Virchow's Arch. f. pathol. Anat.*, 1869, Bd. XLVI, s. 497.

(3) Fischer. Loc. cit. — Middeldorpf. Loc. cit.

(1) Heuser de Bramen. Assemblée des naturalistes et médecins allemands (session de Cologne), *Semaine médicale*, 1888, p. 389.

cheilie (1) qui, aussi bien au point de vue clinique qu'au point de vue anatomique, ne sont que des localisations des lymphangiomes caverneux, cavernoso-kystique, polykystique, siégeant la première aux joues, la seconde aux lèvres.

La macroglossie lymphangiomateuse, qui, anatomiquement, se trouve dans le même cas, exige, au contraire, une description clinique à part.

Elle a été étudiée par MM. Nepveu (2), Gayraud (3), Bouisson (4), surtout M. Touaille de Larabrie (5), auquel nous emprunterons en partie notre description. Signalons les cas de Krabbel (6), Settegast (7), M. Lannelongue, etc.

Disons, de suite, que la macroglossie peut être non seulement lymphangiomateuse, mais encore musculaire ou sanguine. Ces derniers cas ne rentrent pas dans notre cadre, non plus que celui de Wegner où la macroglossie était due à une lymphorrhagie interstitielle.

La macroglossie lymphangiomateuse se manifeste tout d'abord par des troubles de la succion et de la déglutition; puis la langue, au bout de quelque temps, saille hors de la bouche, noire, hérissée de papilles énormes, tombant jusque sur le menton. La langue ainsi herniée est de consistance ferme et uniforme. Plus tard, entre la partie extra-buccale et la partie intra-buccale se forme un véritable sillon dû à la pression des dents. La sensibilité tactile de l'organe est atténuée, sa sensibilité gustative probablement très diminuée. Lorsque l'affection dure depuis longtemps, le maxillaire inférieur, prédisposé sans doute congénitalement, se recourbe en dehors pour former une véritable gouttière que continue la lèvre inférieure. Les dents antérieures s'écartent en avant, tandis que les grosses molaires s'allongent, par écartement, sans doute, à ce niveau des deux maxillaires. Les troubles fonctionnels sont le plus souvent bien moindres qu'on pourrait le croire; les dents postérieures seules servent à la mastication; la prononciation est le plus souvent difficile; la respiration normale.

On a signalé la concomitance d'autres vices de conformation.

La macroglossie lymphangiomateuse congénitale augmente le plus souvent jusqu'à la puberté, pour rester stationnaire à partir de cet âge. Elle n'a aucune tendance spontanée à la guérison, qui ne peut être obtenue que par une opération.

Il est le plus souvent facile de porter le diagnostic général de macroglossie : rien dans l'aspect clinique de la glossite aiguë ne rappelle l'allure de la macroglossie congénitale. Dans la glossite chronique, la marche plus rapide, l'existence d'une carie osseuse ou dentaire mettront sur la voie; la glossite scléreuse syphilitique, très rare dans l'enfance, est reconnaissable à sa dureté presque cartilagineuse.

(1) Dhoste. *Des tumeurs des lèvres et en particulier de leur hypertrophie congénitale ou acquise*, Thèse de Paris 1879, n° 331.

(2) Nepveu. Du lymphangiome de la langue, Société de chirurgie, 1877.

(3) Gayraud. *Étude sur le prolongement hypertrophique de la langue*, Thèse de Montpellier 1865, n° 68.

(4) Bouisson. *Dictionnaire encyclopédique*, 2e série, vol. I, p. 379.

(5) Larabrie. *Contribution à l'étude de l'hypertrophie congénitale de la langue*, Thèse de Paris, 1882.

(6) Krabbel. Jahresbericht der chirurgischen Abtheilung des cölner Bürgerhospitals vom jahre 1874. Krankheiten der Zünge, *Langenbeck's Archiv*, 1877, Bd. XXIII, s. 365.

(7) Settegast. Bericht von dem Kranhenhause Bethanieu ümfassend die jahre 1873-1876, Congenitale Defecte und Misbildungen, *Langenbeck's Archiv*, 1878, Bd. XXIV, s. 622.

Il sera, au contraire, très difficile de diagnostiquer la nature lymphangiomateuse de la macroglossie, et de la distinguer d'une macroglossie musculaire ou sanguine. Une ponction exploratrice, la coexistence d'une affection lymphatique de même nature jugeront parfois la question.

VI

Nous venons de décrire isolément, en quelques mots, chacun des types de la classification que nous avons adoptée. Il ne faut pas croire que ces types soient aussi séparés cliniquement qu'il le semblerait d'après notre description; ils s'associent au contraire le plus souvent et cette association constitue un de leurs meilleurs éléments de diagnostic. D'ailleurs, à ce point de vue comme au point de vue étiologique, ils se divisent en deux groupes; dans chacun de ces groupes, les types s'associent très fréquemment entre eux; les deux groupes s'associent au contraire très rarement. Le premier des groupes va de l'adénolymphocèle aux varices du réseau dermique; le second, du lymphangiome caverneux à la tumeur monokystique.

L'adénolymphocèle, les varices des troncs profonds ou superficiels, les varices du réseau dermique se rencontrent fréquemment deux à deux, trois à trois. Dans l'adénolymphocèle, la dilatation des troncs lymphatiques lombo-aortiques est presque la règle; si son siège est inguinal, elle se reconnait non seulement à l'empâtement des fosses iliaques, mais à la douleur que le palper profond détermine à ce niveau. Dans les cas d'adénolymphocèle, étudiés par MM. Amussat (1), Trélat, Petters, on a pu suivre les troncs lymphatiques dilatés jusqu'au canal thoracique; dans notre cas, en même temps qu'adénolymphocèle, il y avait varices multiples scrotales, périnéales, du membre inférieur. Les varices des troncs profonds sont aussi communes dans l'adénolymphocèle, d'où chylurie. Les varices du réseau dermique sont plus rares (2). La coexistence des varices des troncs et des réseaux est aussi commune (Demarquay, Trélat, Jourdan, Thilesen). En somme, toutes les combinaisons ont été observées.

Il en est de même dans le second groupe, et ici les combinaisons sont encore plus intimes, puisqu'elles peuvent se faire, non seulement chez un même sujet, mais dans une même tumeur; c'est même le cas habituel; les tumeurs purement caverneuses, purement monokystiques, sont rares. Deux localisations différentes peuvent aussi se rencontrer : macroglossie et macromélie (3), macroglossie et kyste congénital du cou (4).

Les associations entre les deux groupes sont rares : cependant l'association de tumeurs du second groupe, avec des varices du réseau dermique, les plus voisines d'elles dans notre classification, a été parfois signalée : Müller, Nélaton (lymphangiome caverneux et varices du réseau dermique), Virchow (macroglossie, varices dermiques, adénolymphocèle sous-maxillaire).

(1) Amussat. In Thèse Breschet, 1836, p. 266 et suiv.

(2) Desjardins. Note sur un cas de dilatation variqueuse du réseau lymphatique superficiel du derme, *Bulletin de la Société de biologie*, mai 1854, et *Gazette médicale de Paris*, 1854, p. 361, 452 et 516. — Petters. Loc. cir. — Klebs. Loc. cit. — Chipault. Loc. cit.

(3) Müller. Loc. cit.

(4) Winiwarter. Ein Fall von angeborener Makroglossie combinirt mit hygroma cysticum colli congenitum. *Langenbeck's Arch.*, 1874, Bd. XVI, s. 655. — Valenta. Macroglossie combinirt mit hygroma cysticum colli congenitum und angioma cavernosum. *Œsterreichiche Jahrbucher f. Pœdiatik*, Bd. II, s. 35.

VII

Outre l'association entre eux des types du premier groupe, nous avons à signaler la parenté très grande et l'association quelquefois observée des types de ce groupe, avec des maladies des pays chauds, également de nature lymphatique, et que nous ne faisons que signaler : éléphantiasis; lymphoscrotum qui, souvent associé à l'éléphantiasis et à des varices lymphatiques des ganglions ou des troncs, n'est lui-même qu'une association de varices des lymphatiques superficiels (troncs et réseau dermique) du scrotum. Citons encore la chylurie.

Ceci nous amène à parler d'un point important dans l'histoire des types de notre premier groupe; vu leur parenté avec les maladies des pays chauds que nous venons de signaler, dont deux, le lymphoscrotum et la chylurie, paraissent fréquemment dus à une infection filarienne, on a voulu les rattacher à la même étiologie; c'est M. le docteur Lancereaux (1) qui, récemment, a mis à l'ordre du jour cette question de la filariose. La filaire qui détermine parfois le lymphoscrotum, même certaines variétés d'éléphantiasis, peut-être même les cas signalés d'hydrocèle chyleuse et d'ascite chyliforme, produit, dans certains cas un type clinique se rapportant manifestement à celui que nous avons désigné sous le nom d'adénolymphocèle : tuméfaction des ganglions inguinaux, associée souvent à des varices des vaisseaux, à de la chylurie accompagnée d'hématurie. Le premier des malades, chez qui M. Lancereaux a trouvé la filaire, portait dans les aines des tumeurs assez développées, indolentes, non élastiques, d'une mollesse toute particulière. De plus, il était chylurique. Le second malade, de la Réunion, âgé de vingt-trois ans, porteur de tumeurs ganglionnaires dans les aines et au niveau de l'avant-bras droit, d'un vaisseau lymphatique très notablement dilaté, chylurique depuis un an, présentait également des filaires dans son sang. Un troisième malade, chylurique et hématurique, était dans le même cas. M. Lancereaux ne doute pas que les observations d'adénolymphocèle inguinal, rapportées en 1825 à l'Académie par Amussat, en 1864 par M. le professeur Trélat, ne soient des cas de filariose. « Dans d'autres observations plus récentes, dit-il, dans celles de S. Mackenzie, la présence de la filaire fut constatée alors que les lésions macroscopiques étaient identiques à celles relatives aux premiers cas rapportés par les auteurs français. »

Nous devons dire que, dans les trois cas d'adénolymphocèle que nous avons étudiés (l'un pur, l'autre associé à des varices multiples des vaisseaux, le troisième associé à des varices du réseau dermique de la jambe), nous n'avons pu, malgré des recherches répétées, trouver le parasite; cependant nous avons fait ces recherches, non seulement le jour, mais encore et surtout le soir, car on sait que « le parasite ne peut être rencontré dans le sang des malades pendant le jour, mais s'y montre le soir et le chiffre s'en élève jusqu'à minuit. A partir de cette heure, les filaires sont en moins grand nombre, puis elles disparaissent entre cinq et six heures du matin, comme si la présence de cet hématozoaire se trouvait en rapport inverse de l'intensité de la lumière. Effectivement, un de nos malades avait à peine de filaires dans son sang à trois heures du matin en été, c'est-à-dire au moment où le jour commençait à poindre, et lorsque l'examen était pratiqué le soir, on n'obtenait le maximum de parasites, qu'en diminuant l'action de la lumière artificielle. »

(1) Lancereaux. De la filariose, *Semaine médicale*, 1888, nos 34 et 36.

Malgré le résultat négatif de nos recherches nous ne voulons pas en tirer de conclusion définitive. Le premier de nos malades a vécu longtemps dans les ports de mer; le père du second habitait Alger; d'autre part, chez ce malade l'affection par sa généralisation et sa mobilité, présente une allure parasitaire.

Mais l'affection, sans cesser d'être parasitaire, ne peut-elle pas être d'origine microbienne, soit directement, soit par l'intermédiaire d'une lymphangite oblitérante causale?

Il est d'ailleurs des cas où les varices des troncs, des ganglions, des réseaux dermiques, semblent bien résulter d'une obstruction purement mécanique (tumeur, cicatrice).

Nous n'avons rien de général à dire de l'analogie des tumeurs du second groupe: elle est absolument différente de celle des lésions du premier groupe, qui s'observent fréquemment dans les pays chauds, apparaissent presque toujours à la puberté, tandis que les lymphangiomes sont des maladies de nos climats, souvent congénitales.

VIII

Si l'histoire clinique des diverses affections que nous étudions est assez bien établie, surtout au point de vue symptomatique, il n'en est pas de même de l'anatomie pathologique, que nous allons passer en revue, successivement pour chacune d'elles.

L'adénolymphocèle a donné lieu à un nombre très restreint d'études anatomiques; nous allons résumer ces études qui appartiennent à Amussat, Nélaton, M. Trélat, Mazaé Azéma, et surtout à notre maître, M. Théophile Anger. Les glandes dilatées sont contenues dans une masse adipeuse qui les cache; la tumeur est généralement contenue dans une enveloppe commune, envoyant des cloisons secondaires entre ses différents lobes. Les glandes sont ridées, flasques, bosselées; leur volume varie entre ceux d'une noix et d'une pêche. Le ganglion semble avoir disparu dans une métamorphose caverneuse. Les divers ganglions de la tumeur sont réunis par des troncs lymphatiques dilatés, qui perforent les cloisons séparant chaque lobe.

« Dans les ganglions, dit M. Théophile Anger, les sinus de la substance tubuleuse ont conservé leur direction rectiligne et concentrique; le système anastomosique des canaux de la substance médullaire a pris un développement considérable. A la superficie des ganglions existent les orifices des troncs afférents et efférents, mesurant 5 millimètres à 1 centimètre de diamètre. Si l'on entr'ouvre un de ces orifices, on voit leur cavité plonger dans l'intérieur de la glande, et cette cavité est partiellement occupée par une foule de trabécules qui vont d'une paroi à l'autre, cloisonnant le vaisseau et lui donnant l'aspect réticulé. Si l'on suit l'un de ces sinus à travers la glande, on le voit émettre de tous côtés des sinus plus petits, de deuxième et de troisième ordre, dont la cavité est également cloisonnée. Çà et là, sur le trajet de ces vaisseaux, se montrent des bosselures, de petites dilatations ampullaires, correspondant à des lacunes tout à fait analogues à celles des tissus érectiles. » Les vaisseaux dilatés, dont les parois sont très épaisses, perdent en pénétrant dans le ganglion leur tunique contractile; les parois des sinus sont composées de vaisseaux transparents de tissu conjonctif, tissu qui constitue aussi les trabécules cloisonnant leur cavité. Quant à la pulpe, elle a à

peu près complètement disparu. Le liquide opaque et lactescent, contenu dans les tumeurs, est de la lymphe, ayant plus de rapports avec le chyle du canal thoracique qu'avec la lymphe des autres portions du système.

M. Anger n'avait pas retrouvé l'endothélium des vaisseaux afférents ou efférents, ainsi que des sinus; cet endothélium a été décrit depuis par Lücke.

L'étude histologique des varices des troncs n'a pas été faite. Nous emprunterons à Viguier ses conclusions. « Dans le cas de Beau, dans celui de Huguier et de Follin, les vaisseaux variqueux s'affaissèrent complètement après une ponction, il y a donc lieu de croire qu'ils étaient simplement distendus. Dans ceux de Dufour et Zambaco, le vaisseau se présentait sous l'aspect d'un cordon sec et noueux. L'analogie porte donc à les comparer aux veines variqueuses, qui, dans un degré plus avancé, ont des parois épaisses, alors qu'elles étaient simplement distendues au début de l'affection. Les valvules deviennent insuffisantes dans le plus grand nombre des cas. » Nous avons vu que M. Th. Anger a signalé l'hypertrophie pariétale des vaisseaux afférents et efférents dans le cas d'adénolymphocèles.

L'étude des varices du réseau dermique est plus avancée, par suite de la facilité qu'on a d'enlever, sans danger pour le malade, un fragment de peau destiné à l'examen histologique. Les examens microscopiques, vu la rareté de la lésion, sont cependant très peu nombreux; Thilesen (1), Rindfleish (2), Virchow (3), Odénius de Lund (4), Klebs (5), Fox (6), Pospelow (7), Zur Nieden (8), notre cas. De la réunion de ces divers cas, nous croyons qu'on peut tirer anatomo-pathologiquement les conclusions suivantes. Les varices lymphatiques du réseau dermique sont constituées par des espaces bien limités, siégeant dans toutes les couches du derme, plus volumineux et plus réguliers de forme dans les couches superficielles. Ils communiquent entre eux, soit par usure d'une paroi commune, soit par l'intermédiaire d'un trajet lymphatique non dilaté. Ils communiquent aussi avec les lymphatiques du tissu cellulaire souscutané. Les cavités refoulent les divers organes du derme : follicules sébacés, pileux, glandes sudoripares, sans les détruire; elles compriment les corps papillaires au point de se mettre en rapport, plus ou moins direct, avec l'épiderme, user cet épiderme, venir éclater au dehors, d'où lymphorrhagie. La paroi des cavités est formée soit d'une simple couche d'endothélium, soit de cette couche doublée extérieurement d'une couche plus ou moins épaisse de tissu conjonctif jeune. Les vaisseaux sanguins sont fréquemment dilatés; dans tous les cas leurs rapports avec la paroi des cavités sont très intimes; ils peuvent les traverser ou y faire saillie; ce détail explique parfaitement que le contenu des cavités devienne parfois sanglant.

Les tumeurs lymphatiques sous-aponévrotiques ont un aspect très intéressant, tout particulier, naturellement pour les tumeurs monokystiques. Les tumeurs caverneuses, caverneuso-polykystiques, polykystiques, se manifestent par une véritable infiltration de dilatations caverneuses ou de petits kystes qui courent le long des vaisseaux, passent entre les muscles, poussent des prolongements bien difficiles à reconnaître cliniquement. C'est ainsi que, chez un enfant de onze semaines, observé par Hawkins (1) et mort de suffocation, on trouva des centaines de kystes agglomérés, s'étendant autour de la carotide, de la jugulaire, du pneumogastrique, et derrière le pharynx et l'œsophage, de l'apophyse basilaire jusqu'à la sixième vertèbre cervicale (Lannelongue).

Nous allons décrire histologiquement, d'après M. le professeur Lannelongue, toutes les tumeurs kystiques, auxquelles nous joignons les tumeurs caverneuses, dont la description est absolument la même.

La description des tumeurs purement caverneuses est tout à fait semblable à celle des varices du réseau dermique que nous venons de faire; il n'y a pas ici la division très tranchée qui existe au point de vue clinique. Les tumeurs cavernoso-kystiques, polykystiques, monokystiques s'écartent de plus en plus de ce type.

La paroi interne des cavités dont se composent ces tumeurs, d'aspect réticulé et aréolaire, présente souvent des orifices qui, lorsque la tumeur est kystique, conduisent d'un kyste dans l'autre. Sur les parois qui séparent les loges, on voit courir une grande quantité de petits vaisseaux; aux points d'intersection des cloisons se trouvent des masses de tissu conjonctif, souvent de tissu adipeux, parfois même des nodules cartilagineux ou osseux, des fragments des organes au milieu desquels s'est développée la tumeur (faisceaux musculaires, lobules de glande salivaire). Le contenu des loges est une sérosité claire, quelquefois sanguinolente, ou même purulente. Ces variations du contenu peuvent se produire entre les diverses poches d'une même tumeur. Les éléments figurés du liquide sont rares; cliniquement c'est un liquide albumineux, dont le principal sel est le chlorure de sodium. Les cavités ont un revêtement endothélial, à cellules plus ou moins aplaties, de contour irrégulier; cette paroi endothéliale est plus ou moins épaisse. Le tissu conjonctif qui forme le stroma de la tumeur est d'aspect très variable. Signalons encore les bourgeons qui peuvent saillir dans l'intérieur des loges kystiques. Les vaisseaux sanguins sont très abondants. Il est parfois possible de reconnaître des lymphatiques qui, le plus souvent, seront confondus avec les petites loges kystiques.

Il y a parfois coexistence de kystes mucoïdes ou dermoïdes.

Les diverses loges peuvent arriver à s'ouvrir au dehors, à évacuer leur contenu, ce qui est un mode spontané de guérison, un autre résultant de la transformation lipomateuse de la tumeur.

La macromélie, la macrocheilie n'exigent pas de description anatomique spéciale. Elles appartiennent, soit au type caverneux, soit au cavernoso-polykystique ou au polykystique. C'est ainsi que les deux cas de Weber sont un mélange des deux formes du lymphangiome, le simple et le kystique. Dans un cas de Ranke, où la tumeur était limitée à la joue, elle se composait d'un gros kyste avec plusieurs petits tout autour. Le cas de Müller a trait à une tumeur

(1) Thilesen. Loc. cit.
(2) Rindfleish. *Traité d'histologie pathologique*, trad. Gross, 1868, p. 326.
(3) Virchow. Lymphatische Telangektasien, in *Krank Geschwulste*, Bd. III, H. I, p. 481. Berlin, 1867.
(4) Odenius de Lund. Pachydermia lymphorrhagie, *Nord med. Arch.*, 1874, VI, 2, n° 13.
(5) Klebs. Loc. cit.
(6) Fox. Loc. cit.
(7) Pospelow. Loc. cit.
(8) Zur Nieden. Loc. cit.

(1) Hawkins. On a pedicular form of congenital tumour of the neck, *Medico-chir. Trans.*, may 28, 1839, t. XXII, p. 231.

polykystique, occupant la lèvre supérieure et la joue.

Nous pourrons à propos de la macroglossie répéter les mêmes considérations; nous avons déjà éliminé le cas cependant très voisin de Wegner, où la macroglossie était due à une lymphorrhagie interstitielle.

IX

Au point de vue du traitement, comme à bien d'autres, les lésions que nous étudions peuvent être divisées en deux groupes.

Les lymphangiectasies des ganglions, des troncs, du réseau dermique, semblent peu justiciables d'une intervention chirurgicale, les premières à cause de sa gravité, les autres à cause de l'extension et de la diffusion de la lésion.

La question a surtout été discutée pour l'adénolymphocèle, qui, le plus souvent, semble une affection locale, bien limitée, susceptible, en un mot, d'une tentative chirurgicale. Cette limitation tout d'abord est trompeuse; l'extension des lésions aux troncs lymphatiques et même à d'autres ganglions que ceux qui paraissent principalement envahis, est des plus fréquentes. De plus, l'opération est d'une gravité extrême. A cause de cette gravité, Nélaton la proscrivait absolument, dans une discussion sur ce sujet, à la Société de chirurgie; tous les chirurgiens qui y prirent part furent du même avis. Mazaé Azéma considère les adénolymphocèles, comme de véritables *noli me tangere*. Plus récemment, M. Péan rappelle combien redoutable est l'opération et il insiste sur la différence qui existe à ce point de vue entre le lymphangiome intra-ganglionnaire et le lymphangiome sous-dermique. Cette différence est due sans doute à la facilité avec laquelle les ganglions dilatés laissent pénétrer les produits septiques dans la circulation. Il est certain qu'aujourd'hui, l'intervention serait moins grave. Témoin le cas de M. Ch. Nélaton.

Parmi les moyens palliatifs, la compression n'a donné que de mauvais résultats.

Le séjour dans nos climats où l'affection est relativement très rare, a été conseillé par la plupart des auteurs (1). MM. Péan et Anger sont d'un avis contraire. L'existence dans notre climat de tumeurs lymphatiques chez des sujets ne l'ayant jamais quitté, vient à l'appui de leur opinion. Le malade de Bousquet a vu sa tumeur augmenter depuis qu'il est en France. Le séjour dans un climat tempéré ne met même pas à l'abri de ces inflammations si graves, dont nous avons parlé : témoin le malade d'Amussat.

Dans les cas où la nature filarienne de la lésion sera reconnue, on devra lutter contre l'infection parasitaire. Il faut avoir pour but, dit M. Lancereaux, de détruire les générateurs des filaires du sang. Or, il est reconnu que ces derniers ont leur habitat dans les vaisseaux lymphatiques, souvent en amont des ganglions et, conséquemment, c'est vers ce point qu'il faut diriger les moyens thérapeutiques. M. Lancereaux avait pensé à des injections de teinture d'iode ou de toute autre substance parasiticide dans les ganglions, il y a renoncé par crainte du traumatisme du système lymphatique. En tout cas, un de ses malades a été notablement amélioré par l'hydrothérapie jointe aux frictions mercurielles sur les tumeurs.

(1) Pelissier. *Des maladies les plus communes à la Réunion*, Thèse de Paris, 1880, nº 184. — Azéma. Loc. cit. — Vincon. Contribution à l'étude de la lymphite grave à Maurice et à la Réunion, *Archives de médecine navale*, 1877.

Si la compression n'a pas réussi dans les cas d'adénolymphocèle, elle a été plus efficace dans les varices des troncs et du réseau dermique; on devra donc l'appliquer toutes les fois qu'il sera possible. C'est ainsi que, chez notre malade atteint de varices du réseau dermique de la jambe, la compression par un bas élastique a, en deux mois, presque complètement fait disparaître les vésicules, qui ne reviennent que lorsque le malade a marché sans son bas pendant plusieurs heures. Si la compression était impossible on devrait, dans le cas de varices du réseau dermique, recourir aux cautérisations soit avec les caustiques, soit avec le thermocautère, de même si la lésion était très limitée à une opération plus radicale, qui devra être complète, si l'on ne veut pas avoir de récidive.

La seconde série de lésions, depuis le lymphangiome caverneux jusqu'aux lymphangiomes monokystiques, est, par suite de leurs caractères les rapprochant des tumeurs, bien plus susceptible de moyens chirurgicaux. L'ablation est la méthode de choix lorsque le volume et le siège de la tumeur le permettent. On emploiera, soit le thermocautère diminuant l'hémorrhagie et la quantité de lymphe perdue, soit le bistouri qui a permis, dans un assez grand nombre de cas, une réunion par première intention. Si les indications opératoires ont été bien posées, le résultat est très brillant : ainsi dans le cas de Middeldorpf, où la tumeur, purement caverneuse et du volume d'une pomme, siégeait entre le grand trochanter et l'épine iliaque. On la cerna par une double incision elliptique, dont les bords furent réunis, sauf aux angles supérieur et inférieur. Pas de drainage, pansement antiseptique, guérison en dix-huit jours. Les cas de ce genre, qu'il s'agisse de tumeur caverneuse, poly ou monokystique, abondent dans la science (1).

La gravité de l'opération est naturellement en raison directe du volume et de la diffusion de la tumeur; il y a des cas où elle ne put être terminée et d'autres où le malade mourut de collapsus dans la main du chirurgien. Il en fut ainsi dans le troisième des cas de Müller, où il s'agissait d'un énorme lymphangiome polykystique, s'étendant du creux axillaire à la crête iliaque et de l'appendice xiphoïde à la ligne médiane postérieure, chez un enfant d'un an. Une ponction ne donna issue qu'à une vingtaine de grammes de liquide, et on se décida pour l'extirpation. Une incision fut faite sur toute la hauteur de la tumeur et, après section d'une peau très épaissie, on tomba sur un amas de kystes, variant du volume d'une cerise à celui d'une noix, séparés les uns des autres par une membrane conjonctive très épaisse. Les kystes périphériques étaient très adhérents à la peau. L'extirpation fut incomplète et l'enfant mourut dans le collapsus trois heures après.

Signalons, dans le cas d'extirpation non totale, en dehors des accidents immédiats signalés, la possibilité de la récidive.

C'est dans ces cas difficiles que les méthodes palliatives rendront de grands services; elles pourront même amener des guérisons complètes.

La ponction simple a été employée avec succès dans un certain nombre de cas de tumeurs kystiques. Dans le cas de Hawkins, des ponctions répétées de poches multiples,

(1) Hardie. On a congenital cystic tumour in the neck, succesfully extirpation, *The Lancet*, 9 nov. 1872, vol. II, p. 667. — Martone. Cisti sierose del collo. *Annali clin. ospedale incurabili*, anno II, juin 1877. — Baéna. *Des kystes séreux congénitaux du cou*, Thèse de Paris 1884, nº 275. — Fischer. Lymphangioma cysticum cavernosum congenitum, *L. Arch. f. Klin. chir.*, 1871, Bd. XII, s. 846. — Fischer, Müller, Lannelongue, etc.

amenèrent la guérison ; de même, dans les cas de Follin, M. Devalz (1), Gosselin (2). Il est d'autres cas, où, malgré les précautions antiseptiques employées, on a observé des accidents graves : érysipèle, suppuration.

La ponction suivie d'une injection irritante, teinture d'iode, chlorure de zinc, semble surtout indiquée dans les cas où une poche considérable forme presque toute la tumeur. Dans le cas de tumeur polykystique, elle serait bien plus difficile. Elle a cependant donné de bons résultats dans un cas de Pinner (3) : un lymphangiome kystique du côté gauche du thorax chez un enfant de quatre ans, guéri avec des ponctions répétées, suivies d'injection au chlorure de zinc. La ponction, suivie d'injection irritante, sera dangereuse dans le cas de lymphangiome caverneux, comme les injections de perchlorure de fer dans les hématangiomes, moins par la production de coagulations et d'embolies, que par celle d'une inflammation pouvant se propager au système lymphatique.

La cautérisation ponctuée a donné de bons résultats; elle est surtout utile, dit Müller, dans les cas de lymphangiome cystoïde, où l'on n'a pas à craindre l'établissement d'une fistule avec écoulement de lymphe, puisque les dilatations lymphatiques y sont isolées les unes par rapport aux autres et par rapport aux conduits environnants.

Signalons seulement le séton très dangereux et l'électrolyse, dont la valeur n'est pas bien établie.

La macromélie et la macrocheilie sont passibles des mêmes moyens palliatifs et chirurgicaux. Étant donné le siège de la lésion et vu la difficulté fréquente d'une ablation totale, on sera souvent obligé de recourir aux premiers. Voici un cas de Müller où une opération incomplète fut suivie de récidive à bref délai : un enfant de deux ans portait, à la joue gauche et à la moitié gauche de la lèvre supérieure, une tumeur polykystique; une ponction donna issue à une assez grande quantité de liquide limpide. L'opération, tentée quelques mois après par Bruns, ne put être totale ; la plaie fut drainée, pansée à l'iodoforme. La guérison se fit sans réaction. L'enfant mourut sept mois après ; dans les derniers temps, la tumeur s'était étendue au côté droit de la lèvre supérieure ; le côté gauche et la joue n'avaient pas changé.

La macroglossie, vu son siège très spécial, présente quelques indications particulières. Il faut tout d'abord et aussi constamment que possible, maintenir la langue dans la cavité buccale (Gayraud).

La compression, employée pour la première fois par Leblanc (4), a donné quelques succès; cette indication paraissait surtout importante au temps où on considérait la macroglossie comme un prolapsus de la langue déterminé par la paralysie de ses muscles rétracteurs.

Les injections parenchymateuses sont parfois le point de départ d'abcès profonds.

Arrivons de suite aux procédés vraiment chirurgicaux que justifie certainement la gravité de l'affection. Larabrie les classe sous quatre chefs principaux : incision, ligature, écrasement, cautérisation.

L'incision en V, à sommet postérieur, a été bien plus employée que l'incision transversale. « Elle consiste en deux incisions circonscrivant la portion hypertrophiée et se dirigeant de chaque côté obliquement en dedans et en arrière pour se rejoindre sur la ligne médiane. On pratique immédiatement la ligature des vaisseaux divisés et on réunit les deux languettes latérales à l'aide de points de suture. »

(1) Devalz. *Bulletin de la Société de biologie*, 1876, t. II, 2e série, p. 762.
(2) Gosselin. *Clinique chirurgicale de la Charité*, 1879, t. III, p. 203.
(3) Pinner. Ein Fall von Lymphangioma cystoides der Brust. *Centralbl. f. Chir.*, 1880, Bd. IX, s. 177.
(4) Leblanc. *Précis d'opérations chirurgicales*, t. I, p. 18. Paris, 1775.

Étant donné la gravité de l'hémorrhagie, inévitable dans une telle opération, on a tenté la ligature de la langue par fractions ou en masse. C'est la première qu'employa Bouisson dans le cas rapporté par Gayraud. Les pinces de Péan rendraient certainement ici, comme lors d'ablation d'épithélioma lingual, les plus grands services.

L'écraseur linéaire a été peu employé, il en est de même de la cautérisation.

Encouragé par le succès obtenu par Bergmann, dans un éléphantiasis du membre inférieur traité par la ligature de l'artère fémorale, Fehleisen (1) exécuta, chez une enfant de quatorze mois, la ligature des deux linguales qui fut suivie, en douze heures, du retour de la langue à ses proportions normales. Le lendemain, récidive notable; puis, au bout d'une semaine, guérison presque complète et définitive.

L'opération faite, il restera à traiter les altérations de voisinage du côté des dents, du maxillaire et de la lèvre inférieure.

Il est un dernier point que nous devons noter pour les opérations portant sur toutes ces tumeurs congénitales, depuis la caverneuse jusqu'à la macroglossie, c'est l'âge où l'on doit intervenir. Il est évidemment variable suivant les cas et l'on devra prendre en considération l'état de santé du sujet, le siège et le volume de la tumeur, sa marche. On ne serait autorisé à intervenir de très bonne heure, que dans le cas où la tumeur s'opposerait au fonctionnement d'un organe important.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 10 décembre 1888, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Chabaud, Lamy, Pradal, Perchet, de Laulanier, Rey, Lecreux, Pianelli, Moulinié, Pibre, Pagliano et Delerse.

— Par décret, en date du 10 décembre 1888, il est créé une chaire de physique à l'École de médecine de Clermont-Ferrand.

— Par décret, en date du 12 décembre 1888, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin en chef. — MM. les médecins principaux Treille, Cassien et Geoffroy.

Au grade de médecin principal. — MM. les médecins de première classe Cauvy, Ayme et Guiol.

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe Plouzané Paquier, Mirabel, Planté, Lallour, Julien-Laferrière, Cardes, Notaris, Touren, Dufour, Preux et Merveilleux.

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. l'aide-médecin docteur Marchandou.

— Par arrêté ministériel, en date du 10 décembre 1888, un concours s'ouvrira le 20 juin 1889, à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'École de médecine de Clermont-Ferrand.

(1) Fehleisen. Un cas de macroglossie congénitale traité par la ligature des deux artères linguales, *Berlin. Klin. Wochenschrift*, 12 décembre 1887, p. 941.

— Un concours, pour deux places de pharmacien des hôpitaux et hospices de Paris, sera ouvert le lundi 4 février 1889, à une heure précise, dans l'amphithéâtre de la Pharmacie centrale, quai de la Tournelle, 47.

Le registre d'inscription, ouvert au secrétariat général le lundi 7 janvier 1889, à onze heures, sera clos le lundi 21, à trois heures.

— Tous ceux qui s'intéressent à l'œuvre de la tuberculose apprendront avec plaisir qu'elle vient de recevoir d'un riche et généreux industriel, M. Jules Lebaudy, par l'entremise de M. le docteur Paquelin, la somme de 10000 francs, ce qui porte à 74656 fr. 84, le montant actuel du fond d'encouragement pour les études sur la guérison de la tuberculose.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Mitaine (de Geory), Mornard (de Palluan) et Poinsot, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

55

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidulées, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

THERMALITÉ 13°	SAINT-JEAN	RIGOLETTE	PRÉCIEUSE	DÉSIRÉE	MAGDELEINE
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse..	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre................		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux..................		
Chlorure de sodium..............		
Matières organiques..............		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

177

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires**, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

25

CAPSULES ET SIROP DE HOUDÉ

AU SULFATE DE SPARTÉINE

L'expérimentation physiologique et l'observation clinique s'accordent pour démontrer que le sulfate de **Spartéine** exerce une action prédominante et élective sur le fonctionnement du cœur, en augmentant l'énergie, la durée et la persistance des contractions et en régularisant le rythme cardiaque troublé.

Les **CAPSULES** et le **SIROP de HOUDÉ** au **Sulfate de Spartéine** sont donc tout indiqués, chaque fois que le myocarde a fléchi, lorsque le pouls est irrégulier, intermittent, arythmique, dans les *attaques d'asystolie*, dans *l'asthénie cardiaque*, la *dyspnée du cœur* et la *péricardite*.

Dose quotidienne, de 10 à 15 centigrammes.

Dépôt: A. Houdé, Paris, r. fg St-Denis, 42, et phies.

111

ÉLIXIR FERRO-ERGOTÉ MANNET

Par cuil. à café : Ergot, 0,05; Citr. de fer amm., 0,10.

Indications : **Chlorose des jeunes filles**, anémie liée à des troubles utérins, **Métrite chronique**, inertie de la matrice, **Incontinence d'urine, Métrorrhagies** consécutives à l'avortement et à l'accouchement, **Ménorrhagie** de la puberté, etc.

2, *Place Vendôme*, Paris. G. Mannet

16

SAINT-RAPHAEL, VIN TANNIQUE

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire

Dose: Un petit verre après les principaux repas.

Dépot : Dans toutes les bonnes pharmacies.— Vente en gros chez tous les droguistes.

35

SOLUTION PELISSE

AU BENZOATE DE SOUDE DU BENJOIN

Recommandée dans les

Affections aiguës et chroniques de la **GORGE** et des **VOIES RESPIRATOIRES.**

Dosage : Une cuillerée à soupe représente 75 centigrammes

Phie Pelisse, 4, rue de la Sorbonne, Paris.

22

Inappétence, Convalescence, Anémie, Maladies de poitrine, de l'estomac et des intestins.

VIN DEFRESNE A LA PEPTONE

Il ne contient pas seulement les principes solubles de la viande; il contient aussi la fibre musculaire elle-même fluidifiée, digérée, rendue assimilable.

Dose : 1/2 verre à madère au dessert.

PEPTONE — POUDRE — ELIXIR CHOCOLAT DE PEPTONE, etc.

Defresne, auteur de la Pancréatine, 2, rue des Lombards, Paris, et Pharmacies.

19

SULFUREUX POUILLET

Approuvé par l'Académie de médecine.

Permet d'obtenir *de suite* et *économiquement* une bonne *eau sulfureuse.*

EN BOISSON : 2 fr. 50 — une mesure (12 centigrammes) dans un verre d'eau.

EN BAINS : 1 fr. — un flacon pour un bain *incolore et sans odeur.*

Vente en gros : 112, rue du Bac, Paris.

55

TAMAR INDIEN GRILLON

Fruit laxatif rafraichissant.

Contre **CONSTIPATION**

hémorrhoïdes, bile, manque d'appétit, embarras gastrique et intestinal et la migraine en résultant.

NE CONTIENT AUCUN DRASTIQUE.

42

ERGOTINE. DRAGÉES D'ERGOTINE

de **BONJEAN**

La solution d'ERGOTINE BONJEAN est d'après les plus illustres médecins un des meilleurs hémostatiques (Ergotine, 10 grammes; eau, 100 grammes).

Les DRAGEES D'ERGOTINE BONJEAN sont employées avec le plus grand succès pour *faciliter le travail de l'accouchement*, arrêter les *hémorrhagies* de toute nature (crachements, pertes de sang, etc.), contre les *dysentéries* et *diarrhées chroniques*, et enfin pour combattre la *phthisie pulmonaire* et enrayer sa marche.

Dépôt général : LABELONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

91

BOLDO-VERNE.

Dans les congestions et les troubles fonctionnels du foie, les *cachexies* d'origine paludéenne et consécutives au long séjour dans les pays chauds, *la dyspepsie atonique, les fièvres intermittentes,* on prescrit dans les hôpitaux à Paris et à Vichy le **BOLDO-VERNE** à la dose de 50 à 100 gttes par jour ou 4 cuillerées à café d'**Elixir de Boldo-Verne.**

Verne, Grenoble, et phies, France et étranger.

47

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP de HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : cinq francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : deux francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

65

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : quatre francs.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.

Vente en gros : Chez tous les droguistes.

31

ANTIPYRINE DU Dr KNORR

Nous offrons par l'entremise des maisons de gros l'**ANTIPYRINE** en boites fer blanc de 50 et 100g.

Exiger notre étiquette, seule garantie de pureté.

Compagnie Parisienne de Couleurs d'Aniline.

31, rue des Petites-Écuries, Paris

74

COTON IODÉ PRÉPARÉ PAR J. THOMAS

pharmacien de 1re classe.

Le Coton iodé est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique dont on peut graduer les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hôpitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les phies.

23

NAPHTOL FRAUDIN GRANULÉ

LE MEILLEUR ANTISEPTIQUE INTERNE

Agit, par son extrême division moléculaire, sur toute la longueur du tube digestif (*F. typhoïde, maladies de l'estomac, des intestins, du foie, des reins*). 2gr=0g20 napht. pur. Phie *Fraudin*, Boulogne, Paris.

82

VALÉRIANATE PIERLOT

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme*.

Le Valérianate de Pierlot doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

26

ASTHME

catarrhe, oppression, et toutes les *affections des voies respiratoires,* st guéris pr les **TUBES LEVASSEUR**, O. ❄❄. Pharmacie, 23, rue de la Monnaie, Paris, et toutes les pharmacies de France. **3** *fr. franco.*

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. D. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR

Réorganisation du service médical de Saint-Lazare.

I

RAPPORT AU PRÉSIDENT DU CONSEIL, MINISTRE DE L'INTÉRIEUR.

Paris, le 12 décembre 1888.

Monsieur le Président,

Les réformes et améliorations de services dont l'accomplissement doit être poursuivi sans relâche par l'administration pénitentiaire se sont récemment étendues, vous le savez, aux prisons de la Seine. Elles devaient provoquer, outre de sérieux remaniements dans le fonctionnement de ces établissements, des créations nouvelles répondant à l'intérêt et au sentiment publics.

C'est une de ces créations que je viens vous proposer de consacrer, sur l'avis et avec le concours de M. le préfet de police, chargé par vous de continuer l'étude préparée par son prédécesseur, M. Léon Bourgeois, dont je suis heureux de suivre la pensée et les instructions.

Il s'agit de la réorganisation du service médical de la maison d'arrêt et de correction de Saint-Lazare, c'est-à-dire de la constitution d'une infirmerie spéciale et d'une clinique pour le traitement des maladies vénériennes, indépendamment du service normal de santé, — création dont l'utilité n'est certes pas à démontrer et dont les résultats peuvent être si importants à divers points de vue.

D'une manière générale, on peut dire que nulle réforme n'était plus légitimement attendue, pour les services pénitentiaires, que celle de l'institution même de la maison de Saint-Lazare.

Cet établissement était le seul à Paris qu'on pût affecter à usage de maison d'arrêt et de correction pour femmes. Il renfermait donc les prévenues, les condamnées pour simples contraventions, les condamnées pour délits à des peines de cinq jours à un an. Il recevait des mineures dites de la correction paternelle et des mineures envoyées en correction par application des articles 66 et 67 du Code pénal. Il recevait les prostituées retenues pour contravention à la police des mœurs ou traitées à l'infirmerie pour maladies vénériennes. Des catégories d'origine et de conditions si différentes se trouvaient, non pas confondues, sans doute, dans le même quartier, mais enfermées dans la même enceinte. Une sorte de flétrissure semblait atteindre des enfants, des personnes présumées innocentes, comme des femmes dégradées, perdues de mœurs, souillées de certaines maladies.

Il fallait, sans attendre que des crédits fussent obtenus, que des plans et des devis fussent fournis, arrêtés et approuvés en vue de la construction d'une maison d'arrêt et de correction pour femmes, mettre enfin un terme à cette situation douloureuse.

Votre administration, monsieur le président, se félicite qu'il ait été possible d'entreprendre et d'achever déjà pour une part une œuvre réclamée depuis plus de cinquante ans, et cela sans lourdes charges pour l'État et pour le département de la Seine, par de simples remaniements de services et par quelques appropriations d'immeubles.

Avant tout, il fallait préserver les enfants et les jeunes filles. Actuellement, les mineures envoyées en correction, celles qui ont moins de seize ans ou qui sont soumises à l'emprisonnement, et celles qui sont placées par leurs parents ou tuteurs en correction paternelle, sont reçues en dépôt dans un quartier spécial de la Conciergerie, puis placées à la maison de Fouilleuse, près Rueil (Seine-et-Oise), grâce à l'entente établie entre l'État, qui utilise ainsi un de ses domaines, et le département de la Seine, à qui sont épargnées par là de fortes dépenses de construction.

Quant aux femmes, celles qui ont à subir une peine de deux mois au moins d'emprisonnement ont pu être soustraites à la promiscuité de Saint-Lazare par transfèrement et détention à *Doullens*, dans les bâtiments de la maison centrale. Et cet établissement de l'État tient lieu, jusqu'à nouvel ordre, de la maison départementale à construire, dans les conditions d'un arrangement conclu avec le conseil général de la Seine.

Les femmes, condamnées à moins de deux mois de prison, pourront aisément trouver place dans les quartiers cellulaires de *Nanterre*, dès que le mobilier sera fourni par le département de la Seine qui en assure la confection.

Enfin, certaines combinaisons de service pourront permettre de laisser au Dépôt, près la préfecture de police, les prévenues qu'il importerait de ne pas éloigner du palais de justice, à raison des nécessités de l'instruction ou de la défense.

Les diverses catégories de personnes que l'on enfermait à la maison de Saint-Lazare étant ainsi réparties, il n'y serait plus laissé que les catégories diverses de femmes auxquelles le passage ou le séjour en cet établissement ne saurait faire tort, à quelque titre qu'elles soient détenues. On conçoit, en effet, que des prostituées, surtout lorsqu'elles sont atteintes de maladies vénériennes, n'aient guère à se plaindre d'être reçues dans la même maison, avec séparation en quartiers selon les cas, lors même qu'elles appartiennent à la classe des prévenues ou des condamnées de courtes peines, et pour quelque infraction que ce soit.

Ainsi devait apparaître l'idée d'organiser une infirmerie et une clinique spéciales.

Actuellement, le service médical de la prison de Saint-Lazare est confié à 4 médecins titulaires, 6 médecins adjoints et 3 internes.

Il ne comporte pas de service de chirurgie, et cette lacune serait à combler pour l'infirmerie spéciale.

On signale, en effet, que la syphilis et les diverses affections à traiter sont du domaine de la pathologie externe ou chirurgicale. Elles exigent des opérations, des précautions qui se rattachent à la pratique de la chirurgie. D'importants travaux en syphiligraphie sont d'ailleurs dus à des chirurgiens, et dans tous les hôpitaux de vénériens à Paris, il existe au moins un service de chirurgie. On ajoute que la gynécologie se lie à la chirurgie et qu'elle est entrée dans la voie des perfectionnements depuis la réforme chirurgicale. Enfin, en dehors même des maladies vénériennes, ne doit-on pas parer aux accidents ou affections qui réclament le secours de chirurgiens (fractures, luxations, hernies, etc.) ?

L'organisation, que règle l'arrêté ci-joint, comprendrait pour l'infirmerie spéciale :

3 médecins titulaires ;
1 médecin suppléant ;
2 chirurgiens titulaires ;
1 chirurgien suppléant ;
2 internes.

Le personnel se recruterait par la voie du concours et les cliniques seraient ouvertes aux étudiants, dans les conditions déterminées par arrêtés spéciaux.

Ainsi, seraient assurés tout ensemble, de la façon la plus complète, avec un faible surcroît de dépense, les soins nécessaires à certaines catégories de détenues, les garanties les plus indispensables pour la santé publique, les travaux et les progrès de la science.

Si vous approuvez ces mesures, monsieur le président, je vous serai reconnaissant de vouloir bien revêtir le présent rapport de votre signature.

Veuillez agréer, monsieur le président, l'hommage de mon profond respect.

Le conseiller d'État,
directeur de l'administration pénitentiaire.
L. Herbette.

Approuvé :
Le président du Conseil, ministre de l'Intérieur,
Ch. Floquet.

II

Le président du Conseil, ministre de l'Intérieur,
Vu l'avis du préfet de police,
Sur la proposition du conseiller d'État, directeur de l'administration pénitentiaire,

Arrête :

Article premier. — Indépendamment du service normal de santé destiné aux femmes non atteintes de maladies vénériennes, il est organisé, par les dispositions ci-après, pour le traitement de ces maladies, à la maison d'arrêt et de correction de Saint-Lazare, une infirmerie spéciale, qui comprendra cinq services placés sous la direction de médecins ou chirurgiens titulaires, avec collaboration de suppléants, assistance d'internes et admission d'étudiants aux cliniques.

Art. 2. — A dater du jour où il aura été pourvu à la mise en pratique des dispositions ci-après, le cadre du personnel médical de l'infirmerie spéciale comprendra :

3 médecins titulaires et 1 médecin suppléant;
2 chirurgiens titulaires et 1 chirurgien suppléant ;
2 internes.

Au service normal d'infirmerie seront rattachés, d'autre part, un médecin titulaire et un interne, ainsi que les médecins adjoints actuellement en service; les titres et fonctions de ces derniers n'étant pas maintenus pour l'organisation de l'infirmerie spéciale.

Art. 3. — Comme leur collègue du service normal de santé, les médecins et chirurgiens titulaires de l'infirmerie spéciale seront nommés par le ministre de l'intérieur; mais ils devront être pris parmi les médecins et chirurgiens suppléants de l'infirmerie spéciale, ces derniers étant eux-mêmes recrutés au concours, ainsi que les internes.

Néanmoins, il n'est pas préjudicié à la situation des médecins titulaires et des internes actuellement en fonctions à la prison de Saint-Lazare.

Art. 4. — Seront fixées par arrêtés ministériels les conditions de concours à ouvrir pour les emplois de médecins ou chirurgiens suppléants de l'infirmerie spéciale, ainsi que pour l'admission à l'internat, entre les candidats qui auront été autorisés par le ministre à se présenter aux épreuves, après avis du préfet de police.

Art. 5. — Tout candidat au poste de médecin ou chirurgien titulaire ou suppléant, soit à l'infirmerie spéciale, soit à l'infirmerie normale de Saint-Lazare, devra justifier de la qualité de Français et du titre de docteur d'une des Facultés de médecine de l'État. Nul ne pourra être nommé avant l'âge de vingt-cinq ans, ni être laissé en fonctions passé l'âge de soixante-cinq ans.

Art. 6. — Les indemnités des médecins ou chirurgiens titulaires et des médecins ou chirurgiens suppléants dudit établissement seront ultérieurement fixées par arrêtés ministériels, de même que la situation des internes et la durée de leur service dans l'une ou l'autre infirmerie.

Art. 7. — En dehors du personnel ayant reçu par ses fonctions dans l'établissement qualité à cet effet, nul médecin ou chirurgien, professeur, membre d'un corps savant, spécialiste ou praticien, ne sera admis à prendre part aux cliniques et travaux quelconques se rattachant au service médical, même à titre temporaire ou officieux ou par collaboration avec le personnel, sauf en vertu d'une autorisation expresse nommément accordée par le ministre de l'Intérieur après avis du préfet de police.

Les conditions d'admission des étudiants sont déterminées, d'autre part, dans les dispositions qui les concernent.

Ne seront admises à pénétrer dans l'établissement et dans les parties même réservées au personnel et au service médical que les personnes dûment autorisées à cet effet, conformément aux règlements.

Art. 8. — Le conseiller d'État, directeur de l'administration pénitentiaire, et le préfet de police sont chargés, chacun en ce qui le concerne, d'assurer l'exécution du présent arrêté, par lequel il n'est en rien dérogé aux règles générales applicables au personnel et au service médical dans les établissements pénitentiaires.

Fait à Paris, le 12 décembre 1888.

Pour le président du Conseil, ministre de l'Intérieur,
Le sous-secrétaire d'État,
Léon Bourgeois.

III

Le président du Conseil, ministre de l'Intérieur,
Vu l'avis du préfet de police :
Vu l'arrêté ministériel en date de ce jour, fixant de manière générale l'organisation du service médical à la maison d'arrêt et de correction de Saint-Lazare;
Sur la proposition du conseiller d'État, directeur de l'administration pénitentiaire,

Arrête :

Article premier. — Il sera procédé par voie de concours pour l'admission aux emplois de médecins suppléants ou de chirurgiens suppléants et aux postes d'internes chargés du service médical à l'infirmerie spéciale de la maison de Saint-Lazare.

Art. 2. — Tous les candidats devront avoir la qualité de Français.

Chaque demande de participation à un concours sera adressée

au ministre de l'Intérieur, qui fera connaître si elle est agréée.

La demande sera accompagnée de l'acte de naissance du candidat, ainsi que de ses diplômes, de l'indication de ses titres scientifiques et hospitaliers, de ses états de services quelconques et des autres documents officiels à présenter, selon les cas.

Art. 3. — Pour l'admission aux emplois de médecins ou de chirurgiens suppléants, le Jury du concours se compose de sept membres nommés par arrêté ministériel sur une liste de présentation que dressera le préfet de police et choisis parmi les personnes appartenant aux corps scientifiques ci-après désignés, savoir :

Les membres de l'Académie de médecine, les professeurs et professeurs agrégés des Facultés de médecine de l'État, les médecins et chirurgiens accoucheurs des hôpitaux de Paris, les médecins et chirurgiens titulaires de Saint-Lazare.

Art. 4. — Le président sera désigné par arrêté ministériel parmi les membres du jury.

Art. 5. — Pour l'emploi de médecin suppléant, le concours consistera en trois épreuves d'admissibilité et deux épreuves définitives.

Les premières sont :

1° Epreuve de titres scientifiques et hospitaliers ;

2° Epreuve théorique orale sur un sujet de pathologie interne, de gynécologie ou d'obstétrique (leçon de vingt minutes après vingt minutes de préparation) ;

3° Epreuve de clinique spéciale (leçon de dix minutes après dix minutes de préparation).

Les deux épreuves définitives, auxquelles il ne sera admis de candidats qu'à raison de trois au plus par chaque emploi mis au concours, sont :

1° Une composition écrite sur un sujet concernant les affections vénériennes (trois heures sont données pour cette composition) ;

2° Une épreuve orale de diagnostic sur deux malades (exposé de vingt minutes après examen de vingt minutes au lit des malades).

Art. 6. — Pour l'emploi de chirurgien suppléant, le concours consistera en trois épreuves d'admissibilité et deux épreuves définitives.

Les premiers sont :

1° Épreuve de titres scientifiques et hospitaliers ;

2° Épreuve théorique orale sur un sujet de pathologie externe, de gynécologie ou d'obstétrique (leçon de vingt minutes après vingt minutes de préparation).

3° Épreuve de clinique spéciale (leçon de dix minutes après vingt minutes de préparation).

Les deux dernières épreuves, auxquelles il ne sera admis de candidats qu'à raison de trois au plus par chaque emploi mis au concours, sont :

1° Une composition écrite sur un sujet concernant les affections vénériennes (trois heures seront données pour cette composition) ;

2° Une épreuve orale de diagnostic sur deux malades atteints d'affections chirurgicales (exposé de vingt minutes après examen de vingt minutes au lit des malades) ;

3° Épreuve de médecine opératoire sur un cadavre.

Art. 7. — Pour les épreuves orales la note maxima sera de 20 points ; elle sera de 30 points pour l'épreuve écrite et pour l'épreuve de médecine opératoire.

Art. 8. — Pour le concours d'internat, le jury sera constitué comme il est dit aux articles 3 et 4 ci-dessus, mais seulement avec trois juges et un suppléant.

Les épreuves comprendront :

1° Une composition écrite qui portera sur un sujet d'anatomie et de pathologie et pour laquelle il sera donné deux heures. Ce sujet sera pris par tirage au sort entre six questions arrêtées par le jury au début de la séance, tenues secrètes et closes sous enveloppes distinctes ;

2° Une épreuve orale sur un sujet concernant les maladies vénériennes (leçon de dix minutes après dix minutes de réflexion).

Art. 9. — Les dates et lieux des concours à intervenir seront fixés par arrêté ministériel, ainsi que les emplois auxquels ces concours auraient pour objet de pourvoir.

Art. 10. — Le conseiller d'État, directeur de l'administration pénitentiaire, et le préfet de police seront chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 12 décembre 1888.

Pour le président du Conseil, ministre de l'Intérieur,
Le sous-secrétaire d'État,
Léon Bourgeois.

IV

Le président du Conseil, ministre de l'Intérieur,

Vu l'avis du préfet de police ;

Vu l'arrêté ministériel en date de ce jour, réglant de manière générale l'organisation du service médical à la maison d'arrêt et de correction de Saint-Lazare ;

Vu l'arrêté ministériel de même date réglant, par voie de concours, les conditions d'admission des médecins ou chirurgiens suppléants, ainsi que des internes chargés du service médical à l'infirmerie spéciale de la maison d'arrêt et de correction de Saint-Lazare ;

Sur la proposition du conseiller d'État, directeur de l'administration pénitentiaire,

Arrête :

Article premier. — Il pourra être délivré à des étudiants en médecine d'une des Facultés de l'État, par décision ministérielle, sur avis du préfet de police, des autorisations permanentes d'admission aux cliniques de l'infirmerie spéciale de la maison d'arrêt et de correction de Saint-Lazare.

Les conditions d'admission du personnel étudiant du sexe féminin feraient, le cas échéant, l'objet de dispositions spéciales.

Art. 2. — Toute demande d'admission devra être adressée au ministère de l'intérieur avec telles pièces qu'il appartiendra. Le candidat devra justifier, par production d'un certificat du doyen de la Faculté à laquelle il appartient, qu'il a pris au moins seize inscriptions.

Art. 3. — Il ne pourra être admis plus de dix étudiants à la fois pour suivre chaque service.

Art. 4. — La liste générale des étudiants admis dans les divers services sera tenue à jour et communiquée en double au préfet de police. Il en sera fourni copie au directeur de la maison de Saint-Lazare.

Art. 5. — Les étudiants ainsi autorisés n'auront accès que dans les parties de l'établissement réservées aux services dont ils relèvent.

Ils seront tenus de se conformer à tous règlements, ainsi qu'aux conditions générales de fonctionnement des établissements pénitentiaires. Ils devront déférer à l'autorité des personnes appartenant à l'administration et exerçant leurs fonctions de direction, de surveillance ou de contrôle, en quelque partie de l'établissement que ce soit.

Art. 6. — Les certificats d'admission seront exclusivement personnels. Ils porteront la signature du ministre ou de son délégué, le visa du directeur de l'établissement, la date d'autorisation, les nom, prénoms, qualité et résidence de l'intéressé, ainsi que la désignation du service auquel il est attaché.

Ils pourront toujours être retirés.

Art. 7. — Nul étudiant autre que ceux nommément désignés par le ministre pour suivre les cliniques ne sera admis à pénétrer dans l'établissement, sauf après autorisation ministérielle, s'il s'agit d'assister ou de prendre part à des travaux, et sauf dans les conditions générales requises par les règlements pénitentiaires, s'il s'agit seulement de visiter cet établissement ou l'une de ses parties.

Art. 8. — Le conseiller d'Etat, directeur de l'administration pénitentiaire, et le préfet de police sont chargés, chacun en ce qui le concerne, d'assurer l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 12 décembre 1888.

Pour le président du Conseil, ministre de l'Intérieur,
Le sous-secrétaire d'État,
Léon Bourgeois.

MINISTÈRE DE LA GUERRE

Réorganisation d'une école du service de santé militaire.

Loi du 14 décembre 1888.

Le Sénat et la Chambre des députés ont adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Article premier. — Il est créé une école du service de santé militaire, dont le siège sera désigné ultérieurement par un décret.

Art. 2. — La date de l'ouverture de l'école et les conditions requises des jeunes gens pour y être admis seront déterminées par décrets et décisions du ministre de la Guerre.

Art. 3. — Au sortir de l'École du service de santé militaire, les élèves de cette école, pourvus du diplôme de docteur en médecine et remplissant en outre les autres conditions spécifiées par les règlements ministériels, entreront de droit à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires (Val-de-Grâce).

Art. 4. — L'École d'application de médecine et de pharmacie militaires du Val-de-Grâce continuera à recevoir, comme par le passé, outre les élèves sortis de l'École de médecine militaire et dans une proportion déterminée par le ministre de la Guerre, des docteurs en médecine et des pharmaciens de première classe, à condition que les uns et les autres n'aient pas dépassé les limites d'âge fixées par les règlements et aient subi, avec succès, les épreuves des concours dont le ministre de la Guerre arrête les programmes.

Les jeunes gens ainsi admis à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires contracteront, comme les élèves de l'École du service de santé militaire, l'engagement de servir, au moins pendant six ans, dans le corps de santé, à partir de leur promotion, au grade d'aide-major de deuxième classe.

Art. 5. — A l'effet d'organiser l'École du service de santé militaire, il est ouvert au ministre de la Guerre, au titre de l'exercice 1888, un crédit supplémentaire de trente mille cinq cent cinquante francs (30,550 fr.), répartis entre les chapitres ci-après :

Chap. 10. — École militaire (personnel), 5,312 francs.

Chap. 28. — Habillement (matériel d'exploitation), 2,470 francs.

Chap. 44. — École militaire (matériel), 22,768 francs.

Total, 30,550 francs.

Il sera pourvu à cette dépense au moyen des ressources générales du budget de l'exercice.

Art. 6. — Par contre et comme compensation partielle, il est annulé, au titre de l'exercice 1888 (Chap. ii. — Personnels hors cadres ou non classés dans les corps de troupe), un crédit de trois mille cinq cent vingt francs (3,520 fr.).

La présente loi, délibérée et adoptée par le Sénat et par la Chambre des députés, sera exécutée comme loi de l'État.

Fait à Paris, le 14 décembre 1888.

Carnot.

Par le Président de la République :
Le ministre de la Guerre,
C. de Freycinet.

Le ministre des Finances,
P. Peytral.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Verneuil.

Fracture du crâne; contusion de l'encéphale; contracture généralisée contre-indiquant la trépanation; mort.

(Observation recueillie par M. le docteur Ricard, chef de clinique.)

Le nommé X..., marchand de bestiaux, est amené le jeudi 8 décembre au matin, à l'hôpital de la Pitié, où il était couché au lit nº 52 de la salle Michou.

Tombé d'un train du chemin de fer de ceinture, au moment où un train de marchandises venait en sens inverse, ce malade a été ballotté d'un train à l'autre; quand on l'a relevé, il était sans connaissance.

Transporté immédiatement à l'hôpital, on constate une fracture de la cuisse droite à sa partie moyenne, des contusions multiples sur les deux membres, sur le tronc, et à la partie gauche du crâne, dans la région occipito-pariétale, on voit une large plaie contuse de 7 à 8 centimètres d'étendue. La plaie explorée avec soin ne permet de reconnaître aucun enfoncement, aucun trait de fracture, le péricrâne ne paraît pas décollé. Aucun écoulement de sang ne peut être constaté par l'oreille ou par les fosses nasales.

Une ecchymose très considérable occupe la paupière supérieure droite, qui est tuméfiée et occlut complètement l'orifice palpébral. L'œil de ce côté est fortement dévié en dehors, la pupille est punctiforme. La conjonctive bulbaire n'est nullement colorée par l'ecchymose palpébrale.

L'œil gauche, du côté de la lésion, paraît absolument sain. Le pouls est fort et régulier, la respiration conserve son rythme et son amplitude habituels, elle n'est nullement stertoreuse. Les quatre membres sont contracturés et agités de quelques mouvements convulsifs.

Le membre fracturé est maintenu dans un appareil de Scultet. Les téguments du crâne sont rasés à une grande distance de la plaie. Celle-ci est soigneusement lavée et désinfectée, et la tête entière est enveloppée d'un pansement antiseptique.

Le soir, la température dépasse 39 degrés, l'œil droit a repris sa situation normale, des sueurs profuses couvrent le corps du malade. Le cathétérisme permet de retirer de la vessie deux à trois cents grammes d'urine, qui ne contient ni albumine ni sucre.

Le lendemain matin, 9 novembre, la contracture a fait place à la résolution totale. Le pouls est filiforme, à peine perceptible; la respiration stertoreuse, la température reste à 39 degrés, et le malade meurt sans avoir repris connaissance, trente heures après l'accident.

Autopsie. — La calotte cranienne est soigneusement enlevée à la scie, et, l'encéphale étant extrait du crâne, il est facile de constater que la boîte osseuse n'est atteinte que par un léger trait fissurique, partant de l'endroit contus pour s'arrêter au trou occipital. Le péricrâne n'est pas décollé, la dure-mère, intacte, recouvre le trait de fracture, en un point seulement elle est soulevée par un épanchement sanguin, des dimensions d'une pièce de 50 centimes en largeur et en épaisseur.

La suture pariéto-occipitale gauche est légèrement disjointe. Il n'y a ni esquille, ni fracture isolée de la table interne.

La dure-mère étant incisée, il s'écoule une grande quantité de liquide sanguinolent, et la pie-mère apparaît fortement injectée et vascularisée.

Au niveau de la partie postérieure du lobe pariétal, point correspondant exactement à la plaie des téguments et à la fissure osseuse, on ne remarque à l'œil nu aucune trace d'attrition ou de contusion cérébrale, la pie-mère se décolle facilement, et la substance cérébrale ne présente aucun piqueté hémorrhagique visible.

Sur la pointe du lobe sphénoïdal de ce côté, existe, par contre, un violent foyer de contusion. Une véritable bouillie rougeâtre, du volume d'une noix, formée de matière cérébrale et de sang, occupe l'extrémité libre du lobe temporo-sphénoïdal.

Du côté droit, opposé à la fracture, au niveau du pied de la

première circonvolution frontale, existe un deuxième foyer de contusion. La pie-mère est soulevée par un caillot de 2 à 3 millimètres d'épaisseur, au-dessous duquel la substance cérébrale est ramollie et rougeâtre, plus profondément un piqueté hémorrhagique assez confluent pénètre de 2 centimètres environ dans la substance cérébrale.

Il est bon de noter çà et là quelques légers épanchements sous-pie-mériens, et un petit foyer de contusion du cervelet, au niveau de la partie droite du grand sillon circonférentiel. Les cavités ventriculaires ne renferment pas d'épanchement sanguin.

Cette observation nous a paru utile à être relatée pour différents motifs. Elle a trait, d'une part, à l'un des cas fréquents de la pratique journalière, et, d'autre part, l'étude attentive des phénomènes observés sur le malade a permis de diagnostiquer la nature des lésions encéphaliques et de rejeter l'opération du trépan.

On sait que cette opération, délaissée autrefois à cause de la grande mortalité qui la suivait trop fréquemment, a été reprise de nos jours, où, grâce aux méthodes nouvelles, elle est devenue bénigne en elle-même. Aussi, convient-il de discuter actuellement les cas où la trépanation peut être raisonnablement employée.

En face du traumatisme récent que nous venons de relater ci-dessus, l'exploration digitale n'ayant permis de reconnaître aucune lésion osseuse, c'était par l'examen des symptômes que le chirurgien pouvait se décider à intervenir ou à rester inactif.

Trois lésions encéphaliques pouvaient compliquer la plaie du crâne : la commotion, la compression ou la contusion du cerveau.

La commotion, caractérisée par une résolution complète du système musculaire, devait ici être mise immédiatement de côté. La compression, par une esquille ou par un épanchement sanguin, ne devait pas être admise, au moins en tant que lésion isolée, car le malade ne présentait aucun phénomène de paralysie localisée au côté du corps opposé à la blessure, sa respiration était régulière, non stertoreuse, et les symptômes de contracture généralisée, que présentait le blessé, devaient être mis sur le compte d'une contusion cérébrale ou d'un épanchement sanguin intra-ventriculaire. Dans cette dernière hypothèse, l'ouverture du crâne par le trépan eût été hors de propos. Dans le cas de contusion de l'écorce encéphalique, l'abstention était également indiquée, à cause de la probabilité d'un deuxième foyer de contre-contusion.

L'autopsie a confirmé l'opinion basée sur le raisonnement. *Le foyer principal de contusion ne correspondait pas au point de la blessure cranienne, et deux autres foyers de contusion existaient : l'un sur le cervelet, l'autre sur l'hémisphère cérébral opposé.*

L'ouverture du crâne par le trépan n'eût pu modifier en rien la terminaison fatale.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 décembre 1888. — Présidence de M. Polaillon.

DISCUSSION SUR LA SALPINGITE ET SON TRAITEMENT CHIRURGICAL

Traitement de la salpingite et de quelques lésions des annexes de l'utérus. — M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE désire attirer l'attention sur la pathogénie et le traitement de ces affections.

Relativement à la pathogénie, le terme de salpingite ne lui semble pas fondé parce que l'on ne paraît avoir eu en vue, dans la majorité des cas, que l'inflammation isolée de la trompe ; c'est là, suivant M. Lucas-Championnière une erreur, car il est très exceptionnel de la rencontrer seule. Le plus souvent les trompes et les ovaires sont malades ensemble ; d'autres fois, on ne constate que des altérations portant sur les ovaires ; dans d'autres circonstances, enfin, ces organes sont intacts, et ce sont des lésions de voisinage auxquelles on a affaire.

Ces distinctions n'ont pas encore été faites et il en est résulté que, sous le nom de salpingite, on a décrit des lésions différentes les unes des autres et que l'on a donné une théorie pathogénique inexacte. M. Lucas-Championnière répète ici la théorie de la propagation de l'inflammation de la muqueuse utérine à la muqueuse des trompes et à l'ovaire.

Cette théorie, dit-il, a déjà été rejetée à l'occasion de la discussion soulevée naguère à propos de la fièvre puerpérale. Il rappelle qu'en plusieurs circonstances, en 1870, dans sa thèse, et plus tard, en 1875, il l'a déjà combattue et prouvé qu'elle ne devait pas être invoquée pour expliquer les accidents inflammatoires péri-utérins qui surviennent à la suite des couches et des fausses couches. Il a nettement établi, à cette époque, que les lymphatiques devaient être seuls mis en cause et qu'eux seuls étaient la voie de propagation des phénomènes inflammatoires.

C'est encore à cette théorie pathogénique qu'il se rallie aujourd'hui dans cette question des lésions des annexes de l'utérus.

Sans vouloir revenir sur l'historique des inflammations péri-utérines, ni sur la lutte que Bernutz a soutenue, pour substituer la pelvi-péritonite au phlegmon péri-utérin, M. Lucas-Championnière insiste sur un point : c'est qu'il y a une distinction très nette à établir entre les tumeurs qui se développent sur les parties latérales de l'utérus, suivant l'époque à laquelle on les observe. Au début de la maladie, on peut rencontrer des tumeurs, en nombre variable, dans le petit bassin, en arrière et sur les côtés de l'utérus ; le toucher vaginal permet de les percevoir facilement au fond des culs-de-sac ; c'est là ce que l'on a décrit sous les noms de phlegmon péri-utérin, périmétrite, cellulite pelvienne ; ces produits inflammatoires vont s'amender et, dans un temps variable, disparaître plus ou moins.

Tout autres sont les tuméfactions et les lésions qui siègent au niveau des annexes de la matrice et qui se révèlent plus ou moins tardivement. Pour en pratiquer l'exploration ce n'est pas au toucher vaginal qu'il faut s'adresser, mais au palper de l'abdomen.

La pathogénie de ces lésions tardives ne semble point contestable. A la suite d'une lésion du col par exemple, le groupe des lymphatiques correspondants devient malade et l'inflammation est transportée sur les parties latérales de l'utérus jusqu'aux annexes ; il en résulte tantôt une véritable salpingite secondaire, tantôt des péritonites partielles et consécutivement des adhérences intestinales, qui deviennent la cause de certains accidents de rétention des matières fécales. Dans toutes ses opérations, M. Lucas-Championnière n'a jamais constaté l'inflammation de la muqueuse utérine au niveau de la trompe, ce qui suffit pour faire rejeter la théorie de la propagation par les muqueuses. On se trouve d'ailleurs souvent en présence de lésions variées : trompes saines ou plus ou moins enflammées, ovaires intacts ou malades ; quelquefois, on rencontre, dans ces derniers, des foyers hématiques ou de petits kystes dans leur voisinage. Ces différentes lésions peuvent être isolées ou associées et exister soit d'un côté, soit des deux à la fois, ce qui paraît plus fréquent. Dans d'autres cas, rien de tout cela n'existe et l'on n'aperçoit que des adhérences plus ou moins étendues et résistantes. Il suffit de détruire ces adhérences pour faire disparaître tous les accidents et amener la guérison.

La multiplicité de ces lésions peut faire prévoir que le diagnostic n'en est pas toujours aisé. On a proposé, en Allemagne, de recourir au chloroforme pour établir ce diagnostic. Il est absolument inutile d'imposer aux malades des inhalations désagréables. Il n'y a aucun avantage à l'emploi du chloroforme, et

l'on peut établir la nécessité de l'intervention en pratiquant le toucher vaginal et surtout le palper abdominal, qui est la manœuvre principale.

Le manuel opératoire variera suivant la nature des lésions. Il est rare que l'on ait à faire une opération unilatérale ; sur 26 interventions, M. Lucas-Championnière n'a opéré d'un seul côté que deux fois. Chez 22 malades il a fait l'ablation des annexes, suivant les principes ordinaires, et chez les quatre autres il n'a eu qu'à rompre des adhérences. Toutes ces malades ont guéri, sauf une qui a succombé, sans que la cause de la mort, nullement due à des accidents de septicémie, ait pu être bien nettement établie.

Ventro-fixation de l'utérus ou hystéropexie. — M. POZZI rappelle que M. Picqué a envoyé une observation relative à la guérison d'une rétroflexion de l'utérus par la fixation de l'organe aux parois abdominales, après laparotomie. Dans ce fait, après des manœuvres réitérées de réduction avec le redresseur de M. Trélat, était apparue une pyosalpingite que la laparotomie a permis d'enlever en même temps qu'on pouvait du même coup relever et fixer l'utérus.

Cette opération est une opération nouvelle ; c'est un chirurgien français, Kœberlé, qui le premier, en 1869, l'a exécutée avec succès, pour une rétroflexion grave.

Son observation a été publiée en 1877. Olshausen, en 1886, a publié les premiers faits relatifs à des prolapsus, et a systématisé l'opération. Après lui, on doit surtout citer Sanger, Kelly et Léopold.

Les cas d'opérations pour rétroversions sont très nombreux ; mais très souvent, l'opération n'a été faite que par occasion, au cours d'une laparotomie entreprise pour une autre cause. Quant aux hystéropexies, pour prolapsus seul, faites de propos délibéré, elles se réduisent jusqu'ici à trois cas publiés : un de Olshausen, un de Phillips, un de M. Terrier.

La technique opératoire comporte trois procédés principaux :

1° *Procédé de la fixation indirecte* (Kœberlé, Klotz). — Après l'ablation de l'un ou des deux ovaires, on fixe le pédicule dans la plaie abdominale. Klotz attache une importance extrême au drainage par un tube de verre placé dans la plaie et passant derrière l'utérus, pour solliciter des adhérences.

2° *Procédé de la fixation directe des bords de l'utérus* (Olshausen, Sanger). — La suture ne comprend que le péritoine au bord de l'utérus. On place trois points, dont l'un à travers le ligament rond.

3° *Procédé de la fixation directe du corps utérin* (inauguré par L. Tait et Czerny, perfectionné par Léopold, employé par M. Terrier). — Les fils pénètrent sur la face antérieure de l'utérus, sous la séreuse et une faible épaisseur de la couche musculaire. L'opération n'est pas plus grave qu'une laparotomie non compliquée. Elle n'a pas encore donné de morts ; mais il n'est pas démontré qu'elle ne puisse donner lieu à des accidents durant une grossesse ultérieure.

Indications de l'hytéropexie pour la rétroversion. — M. Pozzi croit devoir s'élever contre l'extension excessive que Sanger a donnée à l'opération ; on ne doit faire courir à une malade les chances d'une laparotomie qu'après s'être convaincu par l'expérience : 1° que la déviation utérine mobile est rebelle aux pessaires et aussi au raccourcissement des ligaments ronds ; 2° que sa rétrocession adhérente ne peut pas être mobilisée par des manœuvres de redressement faites sous l'anesthésie, puis guéries par le procédé d'Alexander. En somme, on ne doit recourir à une opération grave qu'après avoir épuisé les ressources fournies par les opérations plus bénignes. Celles-ci ont-elles échoué ? la laparotomie devient légitime, pour peu que la rétroversion donne lieu à des accidents sérieux. Cette opération permet, du reste, de détruire des adhérences qui sont par elles-mêmes une source de douleurs, et enfin de reconnaître l'état souvent douteux des annexes.

La fixation de l'utérus sera faite comme opération complémentaire au cours de toute laparotomie où l'on reconnaîtra que l'utérus est fortement dévié, après avoir ouvert l'abdomen pour un autre motif.

Indication de l'hystéropexie pour le prolapsus utérin. — Il faut remarquer que la fixation de l'utérus ne peut porter remède par elle seule au prolapsus du vagin ni à l'hypertrophie sus-vaginale du col, si fréquente dans les cas de prolapsus de l'utérus. Par elle-même, l'hystéropexie ne peut suffire que si la matrice seule est déplacée, sans hypertrophie de cet organe ou relâchement excessif du canal vaginal. Contre ces deux dernières lésions concomitantes, l'amputation du col et les opérations plastiques sur le vagin et le périnée sont des auxiliaires indispensables. On peut, à ce point de vue, comparer le rôle de l'hystéropexie à celui de l'opération d'Alexander, et par suite, établir un parallèle entre ces deux moyens curatifs. M. Pozzi estime qu'on ne doit avoir recours à l'opération la plus grave qu'après avoir essayé et vu échouer la moins grave. Il croit aussi qu'il est irrationnel de se borner à la ventro-fixation quand il y a hypertrophie du col et notable prolapsus du vagin ; il faut non seulement alors fixer l'utérus par en haut, mais encore le soutenir par en bas, en amputant le col et faisant, selon le cas, l'élythrorrhaphie, la colpopérinéorrhaphie ou le cloisonnement du vagin, sous peine de s'exposer à voir se reproduire l'infirmité. Le cas de Olshausen a été suivi d'insuccès ; les deux autres sont encore trop récents pour qu'on puisse juger de la valeur de l'opération réduite à elle-même.

PRÉSENTATION DE MALADE

M. MONOD présente un malade sur lequel il a réséqué des métatarsiens pour une déviation des gros orteils ; d'un côté il n'a fait qu'une résection partielle latérale ; sur l'autre, la résection a été totale, transversale, et la guérison beaucoup meilleure ; il y a donc avantage à adopter ce dernier procédé.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours d'agrégation en médecine. — MM. Combemale et Gaucher ont commencé aujourd'hui lundi, à cinq heures, l'épreuve dite de trois quarts d'heure. Cette épreuve continuera tous les jours, à la même heure, à l'exception du samedi 22 décembre. Deux candidats passent par séance ; la dernière séance il ne restera qu'un seul candidat. Les candidats doivent passer, à partir de mardi 18 décembre, dans l'ordre suivant :

MM. Juhel-Renoy et Richardière ; Mesnard et Martin ; Colin et Marie ; Letulle et Brault ; Suzanne et Aubry ; Babinski et Barth ; Balzer et Davezac ; Netter et Chantemesse ; Gilbert et Charrin ; Vibert et Roque ; Jeannel et Sarda ; Royet et Gueit ; Grenier.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le doyen recevra le mercredi à dix heures et demie du matin, pendant toute la durée du concours d'agrégation de médecine.

Le secrétariat de la Faculté de médecine sera fermé le lundi 31 décembre 1888 et le mercredi 2 janvier 1889.

Le secrétaire recevra le samedi 5 janvier 1889, de deux heures à trois heures.

— La dernière question traitée au concours d'externat est la suivante : Épistaxis, tamponnement des fosses nasales.

— Par arrêté préfectoral, en date du 4 décembre 1888, M. Bonnefoy, médecin de l'École professionnelle d'ameublement, est chargé d'une heure de cours d'anatomie artistique à ladite École.

— *Hôpitaux de Saint-Étienne.* — Le concours pour une place de chirurgien des hôpitaux vient de se terminer par la nomination de M. le docteur E. Blanc, chef de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Lyon.

— M. le docteur Henriot est délégué aux fonctions de professeur de chimie analytique à l'Ecole de physique et de chimie industrielles, en remplacement de M. Silva, démissionnaire.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Audoyer (de la Couronne), Champonnier (du Vésinet), Millon (de la Chaise-Dieu), Moriau (d'Uzès), Thomas (de Caen), Theulier (de la Ferté-sous-Jouarre) et Veltan (de Versailles).

— En raison du concours d'agrégation en médecine, les cours professés par MM. Cornil et Mathias-Duval auront lieu dans le grand amphithéâtre de l'École pratique (entrée : place de l'École-de-Médecine).

1° Le cours de M. Cornil les lundis et vendredis à quatre heures;
2° Le cours de M. Mathias-Duval les mardis, jeudis et samedis à cinq heures.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant, ci-après, la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La séance a été presque entièrement consacrée aux élections de fin d'année et au renouvellement du Bureau pour 1889. M. Perrin, vice-président, passant de droit président, M. Moutard-Martin a été élu vice-président par 54 voix sur 66 votants, et M. Féréol, par 58 voix, secrétaire annuel, en remplacement de M. Proust, démissionnaire. Tout le monde applaudira au choix de l'Académie.

Le reste de la séance a été occupé par des rapports. M. Marc Sée a lu un rapport sur l'intéressante communication faite, dans l'une des dernières séances, par M. Laugier (Voy. *Gazette des hôpitaux*, p. 1297).

M. Lagneau a analysé le mémoire de M. Chervin sur le nombre des enfants par ménage, d'après le dernier dénombrement (Voy. *Gazette des hôpitaux*, p. 1170). Le rapporteur et l'auteur ne sont pas d'accord sur ce nombre : M. Chervin pense qu'il n'y a que 8 ménages stériles sur 100 ménages en général; M. Lagneau, d'après ses recherches personnelles et celles de M. Charpentier, admet que la proportion des ménages stériles est d'environ 12 à 13 sur 100.

Signalons enfin une petite communication de M. Gariel, sur une modification à l'emploi de la chambre claire dans le microscope.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. BROUARDEL.

De l'exercice illégal de la médecine.

Il y a eu un temps où les médecins, exaspérés de se voir parfois supplanter par des gens qui incarnent l'ignorance médicale, se sont montrés très ardents dans la poursuite du charlatanisme. C'est une tâche ingrate, d'abord parce qu'on porte à rire dans le public, ensuite parce qu'une association médicale quelconque n'a pas le droit de se porter partie civile.

Mais il est avec le ciel des accommodements, et voici ce qui a été imaginé. Chaque société locale a un président, un vice-président, un trésorier et un secrétaire; les quatre personnes du bureau se portent partie civile et, si on leur accorde une indemnité, rien ne les empêche d'en faire cadeau à la caisse commune. L'essentiel c'est que, n'agissant pas au nom de la société, le bureau puisse obtenir ce qu'il n'obtiendrait pas autrement.

Malheureusement la question est discutable et la jurisprudence n'a pas toujours accepté cette interprétation. On a voulu alors former des syndicats professionnels, arguant que si on nous fait payer patente, on doit nous accorder les mêmes privilèges qu'aux commerçants. Or, la première fois qu'on a fait une tentative de ce genre, en 1884, on a eu le tort de se présenter devant un tribunal en fixant à l'avance un taux d'honoraires. Le tribunal a décidé que les syndicats médicaux n'étaient pas autorisés par la loi. La faute a été de viser ouvertement un but d'intérêt professionnel.

Mais voyons quelles sont les personnes qui peuvent être poursuivies. Pour avoir le droit d'exercer, il est nécessaire, de par la loi du 19 ventôse an XI, de remplir deux conditions : la première, c'est de posséder un diplôme de docteur ou d'officier de santé; la seconde, c'est de faire enregistrer son diplôme et d'être inscrit sur les listes médicales. A cet effet, il suffit de présenter le diplôme en question au greffe du tribunal de première instance et au bureau de la sous-préfecture de l'arrondissement dans lequel on veut s'établir.

A Paris, il n'est pas facile pour le public de savoir où un docteur a fait ses études médicales. Aussi beaucoup sont reçus docteurs dans l'annuaire, qui ne l'ont été dans aucune Faculté; je suis convaincu que, dans les mieux faits, il y en a un grand nombre de cette espèce.

L'exercice illégal de la médecine a lieu avec ou sans usurpation de titre.

Ceux qui, sans avoir de diplôme, prennent le titre de docteur ou d'officier de santé, ne peuvent être punis qu'à la condition d'exercer. Il a été jugé qu'un monsieur qui, pendant de longues années, à Fontainebleau, s'est fait appeler « docteur X... » ne pouvait être poursuivi pour exercice illégal.

L'usurpation de titre se trouve quelquefois combinée à des circonstances assez amusantes. Un sieur M... exerçait la médecine, muni d'un diplôme d'une société du Brésil; il s'intitulait *électrohomme*, « et je peux me vanter, disait-il, d'avoir de fort belles guérisons ». Poursuivi pour la seconde fois, il fut condamné à huit amendes de 5 francs chacune et à une amende de 500 francs, pour exercice illégal de la médecine.

Parmi ceux qui pratiquent l'exercice illégal sans usurpa-

tion de titre, il faut d'abord ranger les officiers de santé qui exercent dans un autre département que celui où ils sont inscrits, et qui peuvent être poursuivis dans ces conditions.

Mais une autre catégorie que je tiens à bien vous graver dans la tête, c'est celle des étudiants en médecine. Vous êtes tous convaincus que lorsque vous avez passé votre cinquième doctorat, vous avez le droit d'aller exercer la médecine. C'est là une erreur absolue. Voici généralement comment les choses se passent : un docteur de province prend un congé, vous vous installez à sa place, ce docteur a des confrères bienveillants qui avertissent le procureur de la République, et celui-ci, mis en demeure d'agir, informe contre lui; de son côté celui-ci invoque l'autorité de son doyen qui ne peut lui donner raison. Je sais bien que ce procédé peut vous paraître extraordinaire, puisque vous êtes les bienvenus toutes les fois qu'il y a quelque danger de laisser sa vie au milieu d'une épidémie, mais c'est la seule circonstance où on vous tolère.

Quelques-uns même peuvent avoir la mauvaise idée d'envoyer leur note : non seulement le client peut refuser mais il peut en prendre acte pour vous poursuivre. Il y a quelques années, un chirurgien de Paris avait mis auprès d'un malade un de ses internes dont les soins durèrent trois mois. Au bout de ce temps, le client demande la note et dès qu'il l'a reçue il commence par liquider la situation vis-à-vis du professeur. Quant à l'interne, il déclare qu'il ne lui doit rien, puisqu'il n'est pas docteur, et ce malheureux en a été quitte, en plus de ses soins, pour les frais du procès.

Dans le projet de loi sur l'exercice de la médecine en France, nous avons stipulé que tout étudiant en médecine, interne des hôpitaux, ou ayant seize inscriptions, pourrait être autorisé, sur le visa du doyen et l'autorisation du préfet, à exercer la médecine pendant un délai de trois mois, et que ce permis serait renouvelable.

Après les étudiants en médecine viennent les curés et les sœurs. Lorsque la loi de l'an XI a été promulguée, les personnes charitables ont fait valoir qu'à tout moment on allait empêcher la charité publique de s'exercer. En réponse à cette réclamation, un arrêté déclara alors que les curés qui donnaient seulement des conseils et des soins aux malades, pourvu qu'ils ne fassent pas d'ordonnances et qu'ils ne reçoivent pas d'honoraires, ne faisaient que leur devoir.

Mais où s'arrêtent les bons soins et les bonnes paroles, c'est ce qu'il serait difficile de préciser.

Dans certains pays, les médecins se sont trouvés repoussés, parce qu'on aimait mieux la thérapeutique des curés. Dans le Morbihan notamment, la population médicale a diminué de moitié depuis trente ans et cela est dû en grande partie à l'influence prépondérante des sœurs.

Elles ne sont pourtant pas toujours heureuses dans leur pratique : les sœurs d'une communauté possédaient une potion excellente contre le mal de gorge. Un jour un charretier va demander la potion pour six enfants des environs et le lendemain matin les six enfants étaient morts. La potion contenait 15 grammes de chlorate de potasse, dans 350 grammes d'infusion de tilleul. L'enquête a établi que, dès la première cuillerée, la figure des enfants avait tourné au bleu : c'est, en effet, ce qui arrive dans l'empoisonnement par le chlorate de potasse. Les sœurs ont été condamnées à 1 500 francs d'amende.

La plupart des pharmaciens font de l'exercice illégal. Il est certain, d'autre part, qu'on taxerait d'inhumain celui qui, sous prétexte d'exercice illégal, refuserait les premiers secours à un blessé. Il y a là des frontières très mal limitées : il ne faut pas exagérer la vertu qu'on doit exiger des pharmaciens à ce point de vue-là, mais c'est à lui de savoir se contenter de délivrer sans ordonnance de la fleur de bourrache, de la pâte de guimauve et consorts.

La profession de dentiste est libre en France. Mais cette profession s'est compliquée depuis un certain nombre d'années : les dentistes font maintenant de véritables opérations chirurgicales et ils font des pansements avec des substances très toxiques. Pourquoi cette partie de la corporation médicale est-elle exempte de toute épreuve ? On a vu des domestiques prendre le cabinet du patron après sa mort. Dans le projet de loi sur l'exercice de la médecine, nous avons demandé que cet état de choses fût modifié.

Il peut arriver des accidents à la suite d'opérations sur les dents. On cite le fait d'un hémophile, qui est mort d'hémorrhagie après s'être fait arracher une dent par son coiffeur. Comme la profession de dentiste est libre, le perruquier a été mis hors de cause.

Mais une question qui se pose plus souvent à propos de dentistes, c'est celle de l'anesthésie. Un des derniers cas qui se soient présentés, c'est l'asphyxie de L..., le 24 novembre 1884, chez le dentiste D..., par le protoxyde d'azote. D... avait déclaré que c'était en présence d'un docteur en médecine qu'il avait pratiqué l'anesthésie, mais il fut facile d'établir qu'il n'avait envoyé chercher ce docteur qu'après la mort de L..., et le juge d'instruction nous demanda si l'anesthésie par le protoxyde d'azote était une opération dangereuse. Or, il jugeait que le patient était anesthésié lorsqu'il virait au bleu. Pour ma part, j'avoue que j'ai été très effrayé quand il a fait devant nous une contre-épreuve; j'ai craint que le même accident ne se reproduisît.

On s'est demandé si les masseurs et les pédicures avaient le droit de pratiquer leur art et les deux questions ont été résolues favorablement.

Un seul fait illégal suffit-il pour que son auteur soit poursuivi ? Oui, la Cour de cassation admet qu'un seul fait constitue l'exercice illégal.

Diverses excuses sont mises en avant par les coupables :

1° Ils n'ont pas eu pour but de gagner de l'argent. Maintenant on est condamné quand même à cause du danger qui résulte de l'ignorance : la Cour de cassation a jugé qu'un mari était coupable d'avoir accouché sa femme.

2° La bonne foi. Cette excuse n'est pas valable.

3° L'urgence. A ce point de vue, il serait trop difficile de dire dans quels cas on exerce illégalement, et dans quels cas légalement : un pharmacien de Honfleur a été condamné par le tribunal du Havre à 1 franc d'amende, pour avoir fait une potion à un enfant pris du croup, en l'absence du médecin.

J'arrive à l'opération césarienne, question qui a soulevé autrefois bien des discussions, mais dont voici la jurisprudence actuelle. La Cour de cassation a déclaré que, même lorsqu'elle est morte, le fait d'ouvrir le ventre de la mère pour en retirer un fœtus, constitue une opération césarienne, et que cette opération ne peut être faite que par un docteur ou un officier de santé.

Dans ce moment-ci, ce qui suscite peut-être le plus de poursuites dans le sens qui nous occupe, ce sont les cabinets de magnétiseurs. Mais lorsque dans ces cabinets on a

vu qu'on pouvait être poursuivi pour exercice illégal de la médecine, on s'est attaché un docteur ou un officier de santé qui signe les ordonnances. Le tribunal n'en a pas moins continué ses poursuites et il semble même plus sévère quand il y a association de médecins ou d'officiers de santé. On les condamne comme complices parce qu'ils ont exercé la médecine tout en faisant complètement abstention de leur personnalité médicale.

Dernièrement, j'ai été commis avec M. Vibert dans une affaire de la banlieue de Paris, où une somnambule avait ordonné du bœuf et de la salade à un typhique qui est mort dans les vingt-quatre heures. Les coupables ont été condamnés à une forte amende.

Depuis lors cette jurisprudence s'est reproduite. Malheureusement les gens de cette sorte, et particulièrement les rebouteurs, invoquent le témoignage de ceux qu'ils sont censés avoir guéris, et on voit alors défiler devant le tribunal des hommes de la plus haute valeur, comme des membres de l'Institut et des maréchaux de France !

CAS TRÈS GRAVE D'ÉPILEPSIE

GUÉRISON PAR LA MÉDICATION BROMURÉE

Par M. le docteur C. Jamot.

Il y a une vingtaine d'années, je donnais mes soins à un jeune épileptique, dont l'observation me parut assez intéressante pour être adressée à la *Gazette des hôpitaux*. Une heureuse fortune vient de me remettre en présence de ce client, qui est aujourd'hui âgé de trente-cinq ans, marié et père de deux garçons.

Nous avons pensé qu'il ne serait pas sans intérêt de compléter notre première observation; elle donne la mesure de ce qu'on peut attendre de la médication bromurée, lorsqu'on s'adresse à une bonne préparation et qu'on la donne avec persistance.

Voici l'observation :

Au mois de décembre 1868, une famille aisée des environs me fit voir un jeune garçon de quinze ans, d'une intelligence assez développée, mais dénué de mémoire, qui venait d'être renvoyé du petit séminaire de ***, à la suite de circonstances douloureuses que je vais faire connaître.

André V... n'avait jamais eu de convulsions dans son enfance, et jouissait d'une santé habituelle excellente, lorsque, vers l'âge de onze ans, il reçut un violent coup de bâton sur la tête. Une plaie linéaire de 4 centimètres de longueur avait donné lieu à une perte de sang peu abondante, et la cicatrisation était complète dans les quarante-huit heures. L'enfant ne s'était, cependant, pas rétabli. Il était pâle, triste, distrait, étonné, ahuri. Dix-sept jours après le traumatisme cranien, à huit heures du soir, au moment où il montait sur son lit, il poussa un cri, tomba et se débattit dans une crise d'épilepsie. On le recoucha, et sans qu'il ait repris tout à fait connaissance, il eut deux autres attaques dans la nuit et laissa aller sous lui.

Deux mois s'écoulèrent, et l'on ne songeait déjà plus aux accidents convulsifs qui avaient été attribués à une *fausse digestion*, quand survint une nouvelle crise, avec morsure de la langue, incontinence d'urine, stupeur consécutive et perte temporaire de la mémoire. Le traitement de Trousseau par la belladone fut institué, mais on le cessa six semaines après, car vingt-trois attaques d'épilepsie apparurent dans cet intervalle ! A partir de ce moment, et dans l'espace d'un an, on recourut tour à tour au valérianate d'ammoniaque, aux préparations de zinc, aux bains de rivière, au *galium album*, à la teinture de digitale et à des globules homœopathiques de *nux vomica*, mais l'état de la névrose s'aggrava constamment, à ce point que la mère de l'enfant avait pu compter, dans le cours d'un mois, 85 éblouissements vertigineux, 11 petits accès et 17 grandes attaques ! La raison résistait encore à toutes ces secousses ; mais la mémoire, la gaieté et l'activité se perdaient chaque jour davantage.

Le bromure de potassium ferrugineux fut administré en vain, et le bromure de potassium belladoné ne détermina aucun résultat favorable. Le bromure de potassium, prescrit seul, à la dose de 1, 2 et 3 grammes, donné en solution, provoqua des crampes d'estomac, de l'inappétence, de la diarrhée et de l'amaigrissement. On en cessa l'usage au bout de trois mois.

Le 27 octobre 1870, André V..., qui n'avait pas quitté son lit depuis sept mois, afin d'éviter toute chute capable de déterminer une blessure à la tête ou ailleurs, et qui ne suivait plus de traitement, eut un si grand nombre de crises convulsives dans un espace de huit à neuf heures, que je pratiquai une saignée du bras, et que j'annonçai à la famille des phénomènes asphyxiques susceptibles d'amener la mort d'un instant à l'autre. Il n'en fut rien heureusement. Les attaques se suspendirent et cédèrent la place à un état de résolution complète et de sommeil profond. A son réveil, le malade était hébété, égaré et stupide ; sa bouche était sanglante et sa langue était littéralement dentelée aux deux bords latéraux et à la pointe.

Prié d'intervenir de nouveau, je prescrivis le surlendemain une cuillerée à soupe de sirop de Henry Mure au bromure de potassium chimiquement pur et aux écorces d'oranges amères, et, bien que ce médicament m'eût déjà réussi contre l'hystérie et la chorée, j'avoue que je n'espérais pas beaucoup cette fois dans son efficacité. Que pouvais-je bien conseiller ?

A ma très grande satisfaction, André V... se ranima promptement, reprit de l'appétit, de la force et de l'embonpoint. Je donnai, au bout de vingt-deux jours, deux cuillerées par jour de la préparation bromurée, et je vis cesser les grandes attaques, mais persister les éblouissements et le petit mal épileptique.

En mai 1871, le malade n'avait plus d'éblouissements depuis deux mois, c'est-à-dire depuis le jour où le sirop de Henry Mure avait été porté à la dose de trois cuillerées à bouche dans les vingt-quatre heures — ce qui représentait 6 grammes de potassium — et j'insistai cependant pour que le traitement fût continué quand même.

Le 5 octobre, sans que l'on me demandât avis, le médicament fut supprimé.

Le 3 novembre, en revenant avec son père d'une partie de chasse, André V... eut une attaque d'épilepsie de moyenne intensité. Je fus rappelé. J'administrai de nouveau la préparation bromurée qui avait si bien réussi, et, depuis treize mois, il n'est plus rien survenu. La santé physique est parfaite ; l'état de la raison ne laisse rien à désirer, et la mémoire est moins infidèle que par le passé.

André V... a maintenant un peu plus de dix-neuf ans.

Là se terminait notre première observation. Depuis cette époque, André V... n'a pas eu à nouveau de grandes attaques; il a eu simplement de légers troubles, éblouissements, dans les premiers mois de son mariage. Mais, se souvenant de mes recommandations, il a, de lui-même, repris le sirop de Henry Mure à la dose de deux cuillerées à bouche, par jour, pendant trois mois. Les éblouissements ont disparu.

Je disais, en terminant ma première communication : « Maintenant, le malade est-il guéri ? Tout le monde le croit et le dit. Je fais cependant des réserves ; j'attends, mais ma sécurité est grande. » Aujourd'hui, je ne pense pas manquer de prudence en considérant cette observation comme un cas très remarquable de l'action bromurée.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 décembre 1888. — Présidence de M. HÉRARD.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Des lettres de remerciements de M. J.-B. Teissier, nommé membre associé national, et de M. G. Lorenzo (de Naples), nommé membre correspondant étranger;

2° Un mémoire de M. Coste, médecin-major, sur l'influence des hypnotisés et l'auto-hypnotisme.

RAPPORTS

Eaux minérales. — M. ALBERT ROBIN lit une série de rapports sur les demandes en autorisation d'exploiter des sources minérales pour l'usage médical.

Les conclusions de ces rapports sont adoptées sans discussion.

M. MARC SÉE lit un rapport sur une communication de M. Laugier, relative à l'auto-destruction chez les aliénés.

M. LAGNEAU analyse un mémoire de M. Arthur Chervin sur le nombre des enfants par ménage, d'après le dernier dénombrement, et constate que 20 sur 100 des ménages recensés sont sans enfant.

Bien que beaucoup des ménages notés comme n'ayant pas d'enfant, lors du dernier dénombrement, aient pu en avoir et aient pu les perdre antérieurement, il ne pense pas qu'il n'y ait que 8 ménages stériles sur 100 ménages en général, ainsi que le croit M. Chervin. Car, d'après les documents récemment réunis par M. Charpentier, ainsi que par lui-même, M. Lagneau est porté à penser que la proportion des ménages stériles, n'ayant pas et n'ayant pas eu d'enfants, est d'environ 12 à 13 sur 100.

COMMUNICATION

Microscopie. — M. GARIEL fait observer que les images, vues dans le microscope, peuvent être obtenues à une distance quelconque et sont d'autant plus grandes qu'elles sont plus éloignées : cette variation n'a qu'une très petite influence sur le grossissement qui dépend du rapport de la grandeur de l'image à la distance. Au point de vue de l'emploi de la chambre claire, il est quelquefois utile d'avoir de grandes images; mais on ne peut plus les dessiner dès que la distance est grande, parce que l'image se fait hors de la portée de la main. Il est possible d'obtenir de grandes images, en interposant entre la chambre claire et la feuille de papier une lunette de Galilée renversée ; tout se passe alors comme si l'image était fort éloignée; elle est fort grande, par conséquent, tout en restant à la distance à laquelle on peut dessiner.

ÉLECTIONS

L'Académie procède, par la voie du scrutin, au renouvellement du bureau pour l'année 1889.

M. Perrin, vice-président, passe de droit président;

M. Moutard-Martin est élu vice-président;

M. Féréol secrétaire annuel;

MM. Laboulbène et Planchon sont élus membres du conseil.

Les commissions permanentes de l'Académie pour 1889 sont ainsi composées :

Épidémies. — MM. Rochard, Hayem, Nocard, Ollivier, Worms, Damaschino.

Eaux minérales. — MM. Marjolin, Féréol, Proust, Robin, J. Lefort, C. Paul.

Remèdes secrets. — MM. Mesnet, Prunier, Marty, d'Arsonval, Moissan.

Vaccine. — MM. Hervieux, Trasbot, Laboulbène, Fournier, Guéniot, Léon Colin.

Hygiène de l'enfance. — MM. Lagneau, Vallin, Charpentier, Roussel, Roger, de Villiers.

Comité de publication. — MM. les Secrétaires perpétuel et annuel; le trésorier de l'Académie et MM. Legouest, Empis, Gariel, Le Fort, Bucquoy.

La séance est levée.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1889

PRIX DE L'ACADÉMIE (1 000 francs). — Question : *Physiologie du nerf pneumogastrique.*

PRIX ALVARENGA, de Piauhy [Brésil] (800 francs). — Ce prix sera distribué à l'auteur du meilleur mémoire, ou œuvre inédite (dont le sujet restera au choix de l'auteur) sur n'importe quelle branche de la médecine.

PRIX BARBIER (2 300 francs). — Ce prix, qui est annuel, sera décerné à celui qui aura découvert des moyens complets de guérison pour les maladies reconnues incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra morbus, etc.

Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seront le plus rapprochés.

PRIX HENRI BUIGNET (1 500 francs). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales.

Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions.

Le prix ne sera pas partagé; si, une année, aucun ouvrage ou mémoire n'était jugé digne du prix, la somme de 1 500 francs serait reportée sur l'année suivante, et dans ce cas, la somme de 3 000 francs sera partagée en deux prix de 1 500 francs chacun.

PRIX CAPURON (1 000 francs). — Question : *Des diverses méthodes et des procédés d'exécution de l'opération césarienne.*

PRIX CIVRIEUX (800 francs). — Question : *Des troubles de la sensibilité dans le tabes.*

PRIX DAUDET (1 000 francs). — Question : *Des néoplasmes congénitaux.*

PRIX DESPORTES (1 300 francs). — Ce prix sera décerné tous les ans à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique.

CONCOURS VULFRANC-GERDY — Le legs Vulfranc-Gerdy est destiné à entretenir près des principales stations minérales de la France ou de l'étranger des élèves en médecine, nommés à la suite d'un concours ouvert devant l'Académie de médecine.

L'Académie met au concours deux places de stagiaires aux eaux minérales.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'Académie de médecine, 49, rue des Saints-Pères, à Paris. La liste d'inscription sera close le 1er décembre 1889.

Les candidats nommés entreront en fonctions le 1er mai 1890.

Une somme de 1 500 francs sera attribuée à chaque stagiaire.

PRIX GODARD (1 000 francs). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la pathologie externe.

PRIX HUGUIER (3 000 francs). — Ce prix, qui est triennal, sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé en France, *sur les maladies des femmes, et plus spécialement sur le traitement chirurgical de ces affections* (non compris les accouchements).

Il n'est pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; seront seuls exclus les ouvrages faits par les étrangers et les traductions.

Ce prix ne sera pas partagé.

PRIX DE L'HYGIÈNE DE L'ENFANCE (1 000 francs). — Question : *De la croissance au point de vue morbide.*

PRIX LABORIE (5 000 francs). — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail qui aura fait avancer notablement la science de la chirurgie.

PRIX LAVAL (1 000 francs). — Ce prix devra être décerné chaque

année à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant.

Le choix de cet élève appartient à l'Académie de médecine.

PRIX LOUIS (4000 francs). — Question : *Des médications antithermiques.*

PRIX MEYNOT aîné père et fils, de Donzère [Drôme] (2600 francs). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des yeux.

PRIX ADOLPHE MONBINNE (1500 francs). — M. Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1500 francs, destinée « à subventionner, par une allocation annuelle (ou biennale de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire.

« Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le montant soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins. »

PRIX OULMONT (1000 francs). — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel des prix de l'Internat.

PRIX PORTAL (800 francs). — Question : *De l'anatomie et de la physiologie pathologiques des capsules surrénales.*

PRIX POURAT (900 francs). — Question : *Déterminer expérimentalement le mode de contraction et d'innervation des vaisseaux lymphatiques.*

PRIX VERNOIS (700 francs). — Ce prix, qui est unique et annuel, sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1890

PRIX DE L'ACADÉMIE (1000 francs). — Question : *Des peludes.*

PRIX ALVARENGA, de Piauhy [Brésil] (800). — (Voir plus haut, p. 1352.)

PRIX AMUSSAT (800 francs). — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches basés simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale.

PRIX BARBIER (2200 francs). — (Voir plus haut, p. 1352.)

PRIX HENRI BUIGNET (1500 francs). — (Voir plus haut, p. 1352.)

PRIX CAPURON (1000 francs). — Question : *De l'avortement à répétition et des moyens d'y remédier.*

PRIX CIVRIEUX (800 francs). — Question : *Des névrites.*

PRIX DAUDET (1000 francs). — Question : *De la leucémie.*

PRIX DESPORTES (1300 francs). — (Voir plus haut, p. 1352.)

PRIX FALRET (1000 francs). — Question : *Des folies diathésiques.*

PRIX ERNEST GODARD (1000 francs). — (Voir plus haut, p. 1352.)

PRIX HERPIN [de Metz] (1200 francs). — Question : *Traitement abortif de l'anthrax.*

PRIX LABORIE (5000 francs). — (Voir plus haut, p. 1352.)

PRIX LAVAL (1000 francs). — (Voir plus haut, p. 1352.)

PRIX LEFÈVRE (1800 francs). — Question : *De la mélancolie.*

PRIX MEYNOT aîné père et fils, de Donzère [Drôme] (2600 francs). — (Voir plus haut, p. 1353.)

PRIX ADOLPHE MONBINNE (1500 francs). —(Voir plus haut, p. 1353.)

PRIX ORFILA (2000 francs). — Question : *Existe-t-il dans l'air, dans l'eau ou dans le sol, des corps, de nature animée ou purement chimiques, aptes à développer l'impaludisme, lorsque, par les moyens ordinaires ou expérimentaux, ils s'introduisent dans l'économie animale ?*

PRIX OULMONT (1000 francs). — (Voir plus haut, p. 1353.)

PRIX PERRON (3800 francs). — Ce prix sera décerné à l'auteur du mémoire qui paraîtra à l'Académie le plus utile au progrès de la médecine.

PRIX PORTAL (800 francs). — Question : *Du mal perforant.*

PRIX POURAT (900 francs). — Question : *Déterminer par des expériences précises s'il existe un ou plusieurs centres respiratoires.*

PRIX SAINT-LAGER (1500 francs). — Extrait de la lettre du fondateur :

« Je propose à l'Académie une somme de 1500 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme, destiné à récompenser l'expérimentateur qui aura produit la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration, aux animaux, de substances extraites des eaux ou des terrains à endémies goitreuses. »

Le prix ne sera donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la Commission académique.

PRIX SAINT-PAUL (25000 francs). — M. et Mme Victor Saint-Paul ont offert à l'Académie une somme de 25000 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme qui serait décerné à la personne, sans distinction de nationalité ni de profession, qui aurait, la première, trouvé un remède reconnu par l'Académie comme efficace et souverain contre la *diphthérie.*

Jusqu'à la découverte de ce remède, les arrérages de la rente à provenir de cette donation seront consacrés à un prix d'encouragement qui sera décerné, tous les deux ans, par l'Académie, aux personnes dont les travaux et les recherches sur la diphthérie lui auront paru mériter cette récompense.

PRIX STANSKI (1800 francs). — Ce prix, qui est bisannuel, sera décerné à celui qui aura démontré le mieux l'existence ou la non-existence de la contagion miasmatique, par infection ou par contagion à distance.

Si l'Académie de médecine ne trouvait pas un travail sous ce rapport digne de cette récompense, elle l'accordera à celui qui, dans le courant des deux années précédentes, aura le mieux éclairé une question quelconque, relative à la contagion dans les maladies incontestablement contagieuses, c'est-à-dire inoculables. (Extrait du testament.)

PRIX VERNOIS (700 francs). — (Voir plus haut, p. 1353.)

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1891

PRIX DE L'ACADÉMIE (1000 francs). — Question : *De la part de l'air dans la transmission de la fièvre typhoïde.*

PRIX ALVARENGA, de Piauhy [Brésil] (800 francs). — (Voir plus haut, p. 1352.)

PRIX BARBIER (2000 francs). — (Voir plus haut, p. 1352.)

PRIX HENRI BUIGNET (1500 francs). — (Voir plus haut, p. 1352.)

PRIX CAPURON (1000 francs). — Question : *De l'action des eaux salines sur les fibromes utérins.*

PRIX CIVRIEUX (800 francs). — Question : *Des rémissions dans la paralysie générale des aliénés.*

PRIX DAUDET (1000 francs). — Question : *Du traitement chirurgical du goître et de ses conséquences immédiates ou éloignées.*

PRIX DESPORTES (1300 francs). — (Voir plus haut, p. 1352.)

PRIX ERNEST GODARD (1000 francs). — Voir plus haut, p. 1352.)

PRIX ITARD (2700 francs). — Ce prix, qui est triennal, sera accordé à l'auteur du meilleur livre de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée.

Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication.

PRIX LABORIE (5000 francs). — (Voir plus haut, p. 1352.)

PRIX LAVAL (1000 francs). — (Voir plus haut, p. 1352.)

PRIX MEYNOT aîné père et fils, de Donzère [Drôme] (2600 francs). — (Voir plus haut, p. 1353.)

PRIX ADOLPHE MONBINNE (1500 francs). —(Voir plus haut, p. 1353.)

PRIX OULMONT (1000 francs). — (Voir plus haut, p. 1353.)

PRIX PORTAL (800 francs). — Question : *Anatomie pathologique des érysipèles.*

PRIX POURAT (900 francs). — Question : *De la tension sanguine intra-vasculaire.*

PRIX VERNOIS (700 francs). — (Voir plus haut, p. 1353.)

Les concours des prix de l'Académie de médecine sont clos, tous les ans, fin février. Les ouvrages adressés pour ces concours devront être écrits lisiblement, en français ou en latin, et accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les noms et adresse des auteurs.

Tout concurrent qui se sera fait connaître, directement ou indirectement, sera, par ce seul fait, exclu du concours.

Les concurrents aux prix Alvarenga, Amussat, d'Argenteuil,

Barbier, Buignet, Desportes, Godard, Itard, Laborie, Meynot, Monbinne, Perron, Saint-Paul, Stanski et Vernois, pouvant adresser à l'Académie des travaux *manuscrits* ou *imprimés*, sont exceptés de cette dernière disposition.

Les mémoires présentés au concours pour les services généraux des eaux minérales, des épidémies, de l'hygiène de l'enfance et de la vaccine, travaux faits en dehors des questions posées pour les prix, doivent être adressés à l'Académie, tous les ans, avant le 1er juillet.

Les ouvrages soumis à l'examen de l'Académie restent sa propriété.

Les prix seuls donnent droit au titre de lauréat de l'Académie de médecine.

LES LIVRES D'ÉTRENNES

I. **Les grands voyageurs de notre siècle** (1), par G. Meissas. — II. **La seconde expédition suédoise au Groenland** (2), par A.-E. Nordenskiöld, traduit par C. Rabot. — III. **Dans les glaces arctiques** (3), par Adolphus W. Greely, traduit par Mme L. Trigant. — IV. **Histoire des Grecs** (4), par Victor Duruy. — V. **Histoire des plantes** (5), par M. le professeur Baillon. — VI. **Dictionnaire de botanique** (6), publié par M. le professeur Baillon. — VII. **Sowerby's english Botany** (7), par Brown, 3e édition. — VIII. **Le Pôle sud** (8), par W. de Fonvielle. — IX. **Les Abeilles** (9), par J. Pérez.

Cette année la maison Hachette offre, à nos lecteurs, une série fort intéressante de voyages.

I. C'est d'abord un livre de M. Meissas, intitulé les *Grands voyageurs de notre siècle*, magnifique réunion de notices, qui nous font aimer ces belles intelligences pour lesquelles la recherche du beau et de l'inconnu s'élève jusqu'au martyre. Ce n'est pas sans un serrement de cœur, que nous relisons les relations de nos chers et si regrettés camarades, Mage et Francis Garnier. Et quelle noble phalange, depuis Levaillant jusqu'à Savorgnan de Brazza, en passant par Mungo-Park, Parry, Dumont d'Urville, Caillié, Jacquemont, Livingstone, Stanley, pour ne citer que les plus célèbres! Que de luttes et d'efforts pour nous ouvrir le pays noir!

II. Cette énergie, ce courage, cette patience, ce sacrifice de la vie, nous apparaissent encore au plus haut degré dans les excursions au pays glacé. *La seconde expédition suédoise au Groenland*, de Nordenskiöld, nous est présentée avec fidélité, par la traduction de M. Charles Rabot.

III. De son côté, M. L. Tringant nous permet de suivre le voyage si mouvementé d'Adolphus W. Greely : *Dans les glaces arctiques*. C'est le récit d'une expédition américaine à la baie de Lady-Franklin.

Toutes ces relations sont très richement illustrées, et se recommandent à nos lecteurs au moment des étrennes.

IV. Mais, à côté de ces voyages, nous avons hâte de présenter le troisième et dernier volume de l'*Histoire des Grecs*. Voilà donc terminée cette sœur de l'*Histoire des Romains*, et c'est avec justice que l'éditeur nous donne, avec ce dernier volume, le portrait de l'éminent historien, qui a jeté un si vif éclat sur nos études historiques en France. Le tome III de l'*Histoire des Grecs* s'étend du Traité d'Antalcidon à la réduction de la Grèce en province romaine.

Il ne faut pas s'étonner de ne pas voir, à son rang, dans cette énumération, le volume annuel de la *Géographie de Reclus*. Cet auteur nous a habitués à une régularité si parfaite, qu'on pourrait s'inquiéter de son silence; mais qu'on se rassure, un simple petit retard empêche en ce moment l'apparition du XIIIe volume, que l'auteur a consacré à l'étude de l'Océanie. Que ceux qui ont déjà sur leurs rayons les douze premiers volumes, attendent patiemment quelques jours et ils recevront un livre digne de ses aînés.

V. Si vous aimez l'histoire naturelle, n'oublions pas le beau monument élevé par M. Baillon, sous le titre d'*Histoire des plantes*. Sept volumes ont déjà paru et nous aurons bientôt à vous entretenir du huitième.

VI. Le *Dictionnaire de botanique* du même auteur est encore un de ces livres auxquels il faut souscrire et que l'heure des étrennes rappelle aux amateurs.

VII. En Angleterre, nous venons de voir finir, par un volume consacré aux cryptogames supérieures, ce magnifique ouvrage l'*English Botany*, dont le succès s'est affirmé par trois éditions. La maladie de M. Boswell a fait confier à M. Brown, de l'Herbier royal de Kew, la rédaction de ce dernier volume, dont l'apparition a été un véritable événement. Voilà donc terminée cette troisième édition, qui comprend douze volumes et 1922 planches coloriées. Le douzième volume se termine par un index général.

VIII-IX. Terminons enfin, par deux nouvelles publications de cette précieuse *Bibliothèque des merveilles*, l'une intitulée *Pôle sud*, par M. de Fonvielle, et l'autre *les Abeilles*, par M. Perez.

(1) Un magnifique volume in-4°, contenant 207 dessins gravés sur bois, 43 portraits de voyageurs et 43 cartes itinéraires, cartonné avec fers spéciaux, dorure en tête, 25 francs. — Paris, Hachette et Cie.

(2) Un magnifique volume in-8° jésus, contenant 139 gravures sur bois et 5 cartes hors texte, broché 15 francs, relié 20 francs. — Paris, Hachette et Cie.

(3) Un magnifique volume in-8° jésus, contenant 100 gravures et 20 cartes; broché 15 francs, relié 20 francs. — Paris, Hachette et Cie.

(4) Un magnifique volume in-8° jésus, contenant 750 gravures ou plans et 4 planches en couleurs et 2 planches tirées hors texte. — Paris, Hachette et Cie.

(5) Sept volumes grand in-8°. Prix du volume : 25 francs. — Paris, Hachette et Cie.

(6) Prix du fascicule in-4°. : 5 francs. — Paris, Hachette et Cie.

(7) Prix de l'ouvrage complet : 600 francs. — London, George Bell and sons.

(8 et 9) Un volume in-16. Prix : broché 2 fr. 25, cartonné 3 fr. 50.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La dernière question traitée au concours de l'externat est la suivante : Panaris.

— M. P. Schutzenberger, professeur de chimie minérale au collège de France est élu membre de l'Académie des siences (section de chimie), en remplacement de M. Debray, décédé.

— MM. Texier, directeur de l'École de médecine d'Alger, et Sézary, professeur à ladite École, sont nommés membres du Conseil académique d'Alger.

— *Hospices civils de Grenoble.* — Un concours public pour une place de médecin adjoint sera ouvert le lundi 20 mai 1889, à huit heures du matin, à l'Hôtel-Dieu de Lyon. — Se faire inscrire au secrétariat général de l'administration des hospices de Grenoble.

— *École de médecine d'Amiens.* — Sont nommés préparateurs : de chimie, M. Étienne ; de pharmacie, M. Saintive ; de physique, M. Lefebvre ; d'histoire naturelle, M. Petit-Humbert.

— *École de médecine de Besançon.* — Sont nommés préparateurs : d'anatomie, M. Thiriet; de physique, M. Causeret; d'histoire naturelle, M. Jeney.

— *École de médecine de Tours.* — M. le professeur Danner est maintenu dans les fonctions de directeur de ladite École.

— *Faculté des sciences de Paris.* — Les conférences d'anatomie et de physiologie végétales ont lieu tous les vendredis à une heure et demie. Les leçons pour la préparation à l'agrégation des sciences naturelles a lieu tous les samedis à cinq heures. Ces conférences se font salle des travaux pratiques, escalier F, au quatrième étage.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

62

ANALYSE DE DÉCEMBRE DU

LAIT PUR ET NON ÉCRÉMÉ

DE LA FERME D'ARCY-EN-BRIE (Seine-et-Marne), arrivant tous les jours en vases en CRISTAL de un et de deux litres bouchés, et plombés à la ferme d'Arcy même.

L'analyse de ce lait, pour le mois de décembre, a été faite par M. JOULIE, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois :

	gr.	
Densité à 15°		1032.40
Beurre par litre	44.500	
Albumine	7.500	
Caséine	27.400	
Sucre de lait	54.100	
Sels	7.200	
Total des matières fixes	140.700	140.700
Eau		891.700

L'analyse des sels a donné par titre de lait :

	gr.
Acide phosphorique	2.527
Acide sulfurique	0.101
Chaux	1.510
Magnésie	0.213
Potasse	1.460
Soude	0.600
Acide carbonique, chlore, fer, etc.	0.789
Total	7.200

PRIX :

Dans les dépôts	65 c. le litre.
—	40 c. le 1/2 litre.
Rendu à domicile	70 c. le litre.
—	45 c. le 1/2 litre.

Adresser les demandes à M. L. NICOLAS, propriétaire-agriculteur, 22, r. de Paradis, Paris.

Envoi gratis, sur demande, du prospectus explicatif. — *Deux livraisons par jour, une le matin et une le soir.*

73

COCAÏNE MIDY CHLOROBORATÉE

Pastilles dosées à 0,002m de chlorh. de cocaïne constituant un véritable **Gargarisme sec.** Affections de la gorge, bouche, langue.

3 fr. le flacon, 113, faubourg Saint-Honoré.

11

Eau minérale

ARSENICALE, FERRUGINEUSE, MAGNÉSIENNE

FARETTE

Anémie, gastralgie, convalescence, maladies de la peau.

22, rue du Quatre-Septembre, Paris.

46

THE DE CHINE ET DES INDES

MARQUE DÉPOSÉE. **LE DÉLICIEUX** MARQUE DÉPOSÉE.

de **E. THIBAULT**, importateur, NANTES.

Le Thé **LE DÉLICIEUX** est exclusivement composé de thés noirs de qualités extra-supérieures et choisies avec le plus grand soin. Il mérite d'être recommandé :

A toutes les personnes soucieuses de leur santé, si elles doivent en faire usage comme tonique, stimulant ou stomachique ;

A toutes les personnes en général faisant un usage journalier de cette boisson et qui peuvent, plus que toutes les autres, en apprécier la finesse et le parfum délicat ;

Enfin à toutes les maîtresses de maison ayant à cœur de bien traiter leurs invités.

Dépôt général : A Nantes, E. THIBAULT, 15 et 19, r. Saint-Léonard. — *Gros :* A Paris, MICHELAT et LESUEUR, 9, r. des Guillemites. — *Détail :* Tes phies.

56

PILULES DE BLANCARD

A L'IODURE FERREUX INALTÉRABLE

Approuvées par l'Académie de médecine de Paris

Employées dans l'**anémie**, la **chlorose**, la **leucorrhée**, l'**aménorrhée**, la **cachexie scrofuleuse**, la **syphilis constitutionnelle**, le **rachitisme**, etc., etc.

N. B. — Exiger toujours la signature ci-contre. Blancard

Pharmacien, 40, rue Bonaparte, Paris.

33

PASTILLES GÉRAUDEL

(AU GOUDRON DE NORWÈGE PUR)

Agissant par Inhalation et Absorption.

Contre RHUME,
BRONCHITE, CATARRHE, ASTHME
ENROUEMENT, LARYNGITE, etc.

Bien préférables aux Capsules et Bonbons, qui surchargent l'estomac sans agir sur les Voies respiratoires.

Les **Pastilles Géraudel** *ne contiennent aucun narcotique. Elles se dissolvent entièrement sous l'influence de la chaleur buccale. Les vieillards et les enfants peuvent impunément en user et abuser sans aucun inconvénient. C'est une supériorité qu'elles ont sur les capsules, bonbons, etc., etc., dont l'enveloppe gélatineuse indigeste, en plus des substances narcotiques, morphine, sels d'opium, codéine, etc., qui peuvent leur être adjoints, déterminent des symptômes d'empoisonnements, selon la quantité absorbée.*

Après avoir étudié et analysé les diverses préparations de goudron et leur mode d'administration, il a été reconnu que la plupart présentent de grandes difficultés pratiques, et surtout qu'elles ne répondent point, par leur mode d'ingestion, au but désiré, c'est-à-dire l'*emploi du goudron par inhalation sous forme de vapeurs.*

Après avoir isolé successivement les principaux éléments constitutifs du goudron et expérimenté l'action physiologique et thérapeutique de chacun de ces éléments, M. Géraudel ne tarda pas à reconnaître que, parmi les multiples produits pyrogénés qui prennent naissance dans le mode même de préparation du goudron, plusieurs d'entre eux sont d'une âcreté excessive, irritent et enflamment les muqueuses avec lesquelles ils se trouvent en contact, et par cela même détruisent l'action de ce précieux médicament. Par des procédés spéciaux de sélection, il parvint à débarrasser le goudron de ces principes nuisibles. Ce premier résultat acquis, M. Géraudel, s'inspirant des travaux de Gubler, Sales-Giron, Chevandier, etc., rechercha les moyens les plus simples de faire pénétrer dans les voies respiratoires le goudron qu'il avait ainsi obtenu. Il rechercha ensuite son degré de volatilité, puis la préparation qui favoriserait le mieux cette vaporisation. Ces études lui démontrèrent que la bouche constitue l'appareil inhalateur le plus simple et le plus parfait.

Les nombreuses manipulations auxquelles il avait dû se livrer lui permirent de formuler la préparation dont l'efficacité est aujourd'hui reconnue par la majorité des médecins et chimistes qui l'ont expérimentée.

En résumé, M. Géraudel est arrivé à donner au goudron son maximum de possibilité thérapeutique et à trouver l'inhalateur le plus commode et le plus parfait.

Pendant la succion des Pastilles Géraudel, l'air que l'on respire se charge de vapeurs de goudron qu'il transporte directement sur le siège du mal ; c'est à ce mode d'action tout spécial, en même temps qu'à leur composition, que ces Pastilles doivent leur efficacité réelle dans toutes les affections contre lesquelles le Goudron est conseillé. — *Très utiles aux fumeurs, aux personnes qui fatiguent de la voix et à celles qui sont exposées, dans leurs travaux, à respirer des poussières ou des vapeurs irritantes.*

Les **Pastilles Géraudel** sont les seules Pastilles de Goudron récompensées par le Jury international de l'Exposition universelle de 1878. Expérimentées par décision ministérielle, sur l'avis du Conseil de santé. Autorisées en Russie par le Gouvernement impérial, sur l'approbation du Conseil médical de l'Empire.

L'ÉTUI : **1 fr. 50** DANS TOUTES PHARMACIES

Envoi franco contre mandat-poste adressé à l'inventeur **A. GÉRAUDEL**, pharmacien à *Sainte-Menehould* (Marne).

Envoi gratuit sur demande Boîte d'échantillons à MM. les Médecins qui désireraient les expérimenter.

47

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la secrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

65

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

36

SIROP-ZED (A BASE DE CODÉINE PURE, DE TOLU ET D'EAU DE LAURIER-CERISE)

Aux propriétés somnolentes de la codéine s'ajoutent utilement celles si sédatives de l'eau de *laurier-cerise*, agissant là comme l'émulsion d'amandes des loochs ; enfin l'action du tolu sur les sécrétions bronchiques, complètent l'ensemble d'un médicament certain.

Le sirop pectoral du docteur Zed est un calmant précieux contre les *accès spasmodiques de toux convulsive, coqueluche, toux des phthisiques, affections des bronches, insomnies,* etc.

Paris, 22 et 19, rue Drouot. Dr Zed

15

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires**, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

23

NÉVRALGIES, MIGRAINES, FIÈVRES.

PILULES DE SAINT-CLOUD

Chaque pilule contient 1/5e de milligramme d'*Aconitine*, du *Valérianate de Quinine* et du *Valérianate de zinc*.

Phie DUFILHO, Saint-Cloud, et tes pharmacies.

24

PELLETIÉRINE DE TANRET

Lauréat de l'Institut.

C'est le tænifuge le plus sûr et le plus facile à prendre. Elle ne se délivre que par doses préparées pour adultes et avec le mode d'emploi.

LA PELLETIÉRINE TANRET EST ADOPTÉE PAR LA MARINE ET LES HÔPITAUX DE PARIS.

Gros : Ch. TANRET, 14, r. d'Alger, Paris.

Détail à Paris : Phie, 64, r. Basse-du-Rempart.

— M. le docteur Fayel est nommé président de la Société linnéenne de Normandie.

— M. le professeur Cornil commencera, le mardi 15 janvier 1889, un cours pratique de microbiologie. Ce cours aura lieu au laboratoire.

Les étudiants qui désirent le suivre sont priés de se faire inscrire à l'avance.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

55

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

St dép. dét. à Paris, Phie LEBEAULT, 53, Réaumur.

ENTREPOT GÉNÉRAL : **5, rue Bourg-L'Abbé, Paris.**

21

PHTHISIE, BRONCHITES

ET CATARRHES PULMONAIRES

TRAITEMENT CURATIF

PAR LES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE

L'EUCALYPTINE LEBRUN

Dépôt génal : Phie Centrale, fg Montmartre, Paris.

11

Eau minérale

ARSENICALE, FERRUGINEUSE, MAGNÉSIENNE

FARETTE

Anémie, gastralgie, convalescence, maladies de la peau.

22, rue du Quatre-Septembre, Paris.

19

SULFUREUX POUILLET

Approuvé par l'Académie de médecine.

Permet d'obtenir *de suite* et *économiquement* une bonne *eau sulfureuse.*

EN BOISSON : 2 fr. 50	une mesure (12 centigrammes) dans un verre d'eau.
EN BAINS : 1 fr.	un flacon pour un bain *incolore et sans odeur.*

Vente en gros : 112, rue du Bac, Paris.

25

CAPSULES ET SIROP DE HOUDÉ

AU SULFATE DE SPARTÉINE

L'expérimentation physiologique et l'observation clinique s'accordent pour démontrer que le sulfate de **Spartéine** exerce une action prédominante et élective sur le fonctionnement du cœur, en augmentant l'énergie, la durée et la persistance des contractions et en régularisant le rythme cardiaque troublé.

Les **CAPSULES** et le **SIROP de HOUDÉ** au **Sulfate de Spartéine** sont donc tout indiqués, chaque fois que le myocarde a fléchi, lorsque le pouls est irrégulier, intermittent, arythmique, dans les *attaques d'asystolie*, dans *l'asthénie cardiaque*, la *dyspnée du cœur* et la *péricardite*.

Dose quotidienne, de 10 à 15 centigrammes.

Dépôt : A. HOUDÉ, Paris, r. fg St-Denis, 42, et phies.

111

ÉLIXIR FERRO-ERGOTÉ MANNET

Par cuil. à café : Ergot, 0,05 ; Citr. de fer amm., 0,10.

INDICATIONS : **Chlorose des jeunes filles**, anémie liée à des troubles utérins, **Métrite chronique**, inertie de la matrice, **Incontinence d'urine, Métrorrhagies** consécutives à l'avortement et à l'accouchement, **Ménorrhagie** de la puberté, etc.

2, Place Vendôme, PARIS. *F. Mannet*

52

SANTAL CITRIN DE CAVAILLÈS

Capsules à 40 centigr. d'essence pure

Ces capsules, journellement prescrites par les célébrités médicales, ne contiennent que de l'essence de Santal pure rectifiée. Elles remplacent avec avantage le copahu et le poivre cubèbe. — **Phie Rogé-Cavaillès**, 9, r. du 4 Septembre, Paris.

99

Rapport favorable de l'Académie de médecine.

VINAIGRE PENNÈS

Antiseptique, cicatrisant, hygiénique.

Purifie l'air chargé de miasmes. Préserve des maladies épidémiques et contagieuses. Précieux pour les soins intimes du corps.

Exiger Timbre de l'Etat. — Toutes pharmacies.

31

ANTIPYRINE DU Dr KNORR

Nous offrons par l'entremise des maisons de gros l'**ANTIPYRINE** en boites fer blanc de **50** et **100g**.

Exiger notre étiquette, seule garantie de pureté.

Compagnie Parisienne de Couleurs d'Aniline.

31, rue des Petites-Écuries, Paris

21

SAINT-RAPHAEL, VIN TANNIQUE

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire

DOSE : Un petit verre après les principaux repas.

DÉPOT : Dans toutes les bonnes pharmacies.— Vente en gros chez tous les droguistes.

43

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

DRAGÉES DE GÉLIS & CONTÉ

AU LACTATE DE FER

Deux rapports académiques et de nombreuses expériences anciennes et récentes ont démontré leur supériorité sur tous les autres ferrugineux et leur efficacité contre les *Pâles couleurs*, pour fortifier les *Constitutions lymphatiques* et combattre toutes les maladies qui ont pour cause l'*Appauvrissement du sang*.

Dépôt général : LABÉLONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

74

MALADIES DE POITRINE

SIROP D'HYPOPHOSPHITE DE CHAUX

DU Dr CHURCHILL

Sous l'influence des hypophosphites, la toux diminue, l'appétit augmente, les forces reviennent, les sueurs nocturnes cessent, et le malade jouit d'un bien-être inaccoutumé. *Prix : 4 fr. le flacon.*

Pharmacie SWANN, 12, rue Castiglione, Paris.

15

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires**, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

99

TABLETTE ROUSSEAU

BŒUF CONDENSÉ

Aliment reconstituant par excellence ; valeur nutritive sans égale. — *Anémie*. — *Dyspepsies*. — *Convalescences*. — Paris, 3 *bis*, rue Bleue.

50

LANOLINE LIEBREICH

La seule absolument libre d'acide, sans odeur, ne rancissant pas. Seul excipient absorbant son poids d'eau et se mêlant avec toutes les autres graisses.

Compagnie Parisienne de Couleurs d'Aniline, USINE DU TREMBLAY, à CREIL (Oise).

PARIS, 31, rue des Petites-Ecuries, PARIS.

22

ÉLIXIR GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUE

(*Amers et ferments digestifs.*)

Dyspepsie, anorexie, vomissements de la grossesse, anémie, troubles digestifs de l'enfance, etc. Paris, GREZ, Phien laur. des hôp., 34, r. La Bruyère.

15

VIN DU DOCTEUR FORESTIER

(Quinquina, pyrophosphate de fer, écorces d'oranges amères et Malaga.)

Voir : *Traité de thérapeutique*. Trousseau et Pidoux ; Commentaires du *Codex*, Gubler.

Fabrication : J.-B. BOSREDON aîné, Brive (Corrèze).

70

GRANULES FERRO-SULFUREUX

J. THOMAS

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées* ; produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant*, sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique.

Paris, pharmacie J. THOMAS, 48, avenue d'Italie.

47

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la secrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

65

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPOT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

33

Récompense de 16 600 f. — l'État à Laroche 1811
Médaille d'OR, *Exposition Vienne* 1883.

QUINA-LAROCHE

ELIXIR VINEUX.

C'est aux procédés d'épuisement des trois meilleures sortes de quinquinas et à la qualité du vin assuré par bail, qu'est due la supériorité bien légitimée du Quina-Laroche contre les *affections de l'estomac, anémies, suites de fièvres*, etc.

Paris, 22 et 19, r. Drouot. *Laroche*

23

NAPHTOL FRAUDIN GRANULÉ

LE MEILLEUR ANTISEPTIQUE INTERNE

Agit, par son extrême division moléculaire, sur toute la longueur du tube digestif (*F. typhoïde, maladies de l'estomac, des intestins, du foie, des reins*). 2gr=0g20 napht. pur. Phie *Fraudin*, Boulogne, Paris.

55

TAMAR INDIEN GRILLON

Fruit laxatif rafraîchissant.

Contre **CONSTIPATION**

hémorrhoïdes, bile, manque d'appétit, embarras gastrique et intestinal et la migraine en résultant.

NE CONTIENT AUCUN DRASTIQUE.

26

ASTHME catarrhe, **oppression**, et toutes les *affections des voies respiratoires*, st guéris pr les **TUBES LEVASSEUR**, O. ❄❄. Pharmacie, 23, rue de la Monnaie, Paris, et toutes les pharmacies de France. **3** *fr. franco.*

91

BOLDO-VERNE. *Dans les congestions et les troubles fonctionnels du foie*, les *cachexies* d'origine paludéenne et consécutives au long séjour dans les pays chauds, *la dyspepsie atonique, les fièvres intermittentes*, on prescrit dans les hôpitaux à Paris et à Vichy le **BOLDO-VERNE** à la dose de 50 à 100 gttes par jour ou 4 cuillerées à café d'**Elixir de Boldo-Verne**.

VERNE, Grenoble, et phies, France et étranger.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris.—L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

Attaque de sommeil.

(Leçon recueillie par M. le docteur BERBEZ, chef de clinique adjoint.)

J'ai fait apporter devant vous une femme, qui dort déjà depuis treize jours, sans s'être réveillée une seule fois. Il s'agit d'une femme très connue dans l'hospice, j'allais même dire de tout Paris, car c'est elle dont, à différentes reprises, les journaux ont parlé, la désignant sous le nom de *dormeuse de la Salpêtrière*. Je dois vous dire que, malgré la durée de ce sommeil, on est sans inquiétude sur le compte de cette femme, on sait qu'elle se réveillera un jour ou l'autre, qu'elle appartient à la catégorie des hystériques de la grande espèce, et qu'il n'y a rien de grave dans son état.

Cette femme, en effet, a des attaques de sommeil depuis 1875 : une fois elle a dormi deux mois, une autre fois quarante jours seulement; elle appartient au service de M. Jules Voisin qui me l'a obligeamment prêtée. Cette malade mérite toute notre attention, car elle représente un type particulier : la malade a des attaques de sommeil, c'est là un phénomène propre à l'hystérie et qui ne se rencontre pas ailleurs.

L'histoire de cette femme, la fameuse Eudoxie X..., est consignée dans la première iconographie photographique de la Salpêtrière, publiée sous la direction de MM. Bourneville et Regnard, en 1875.

Moi-même j'ai fait sur elle une première leçon, en 1883; cette leçon, inédite en France, a été traduite en italien par Millotti; enfin, j'ai fait une deuxième leçon, qui a été publiée dans le *Bulletin médical* du 2 décembre 1887.

On retrouve l'histoire d'Eudoxie dans le travail de M. Gilles sur les attaques de sommeil.

Cette femme est entrée à la Salpêtrière, il y a vingt-six ans, à l'âge de vingt-sept ans, elle a des antécédents nerveux fort remarquables :

Mère épileptique dans l'enfance;
Père ivrogne (peut-être dipsomane);
Sœur nerveuse.

A dix-huit ans, elle a commencé à avoir des attaques; vous voyez quelle ténacité a cette hystérie encore considérée par bien des médecins comme une affection légère.

Les attaques ont duré jusqu'en 1875, et ont été remplacées par les crises de sommeil. Les attaques antérieures étaient bel et bien des attaques d'hystéro-épilepsie dans le sens où nous l'employons, c'est-à-dire n'ayant rien de commun avec l'épilepsie, le morbus sacer, et ne lui ressemblant que dans sa phase initiale.

Cette malheureuse femme a encore été victime d'un de ces accidents, fréquents chez les hystériques, je veux parler des paraplégies, qui peuvent parfois disparaître, mais qui, fréquemment aussi, deviennent permanentes et constituent une infirmité incurable. Vous voyez ces muscles atrophiés et réduits à rien; ces sortes de pieds-bots. Cette malade, sans qu'on puisse affirmer qu'il s'est fait quelque lésion du système nerveux, présente une paraplégie dont elle ne guérira évidemment pas.

On a appelé l'état dans lequel est cette femme *crise de sommeil*, le mot sommeil est-il bon? Dans tous les cas, il ne s'agit en aucune façon du sommeil naturel. Quand on dort on peut vous réveiller en faisant du bruit avec un tam-tam, en vous faisant respirer de l'ammoniaque, en vous électrisant à toute volée... Notre malade résisterait à toute tentative de ce genre. Nous n'avons d'efficace que la pression de l'ovaire, encore ne parvenons-nous, par ce moyen, qu'à obtenir quelques grognements, quelques mouvements sans réveil aucun.

Autre différence avec le sommeil naturel. — La malade présente une série de contractions spasmodiques des paupières, elle paraît vibrer, les membres sont raides, de temps à autre elle se soulève et exécute ce que nous appelons *une salutation incomplète*. Eh bien! c'est cet état de tension et d'agitation si différent de ce que l'on voit dans le sommeil naturel avec résolution musculaire, qui me fait considérer le sommeil de cette femme comme une attaque fruste, une attaque manquée au lieu du tapage de la grande hystérie; il y a là un calme apparent, mais auquel il ne faut pas se laisser prendre. Ces mouvements de translation du corps en avant, c'est l'esquisse des grands mouvements qu'exécute habituellement l'hystérique en attaques régulières.

Cette raideur des membres, cette mousse aux lèvres, c'est l'esquisse de la phase épileptoïde; enfin, ce cri poussé de temps à autre, ce mouvement qui l'accompagne, c'est l'ébauche de l'hallucination gaie ou terrifiante qui marque ordinairement avec l'arc de cercle la fin de l'attaque classique.

Mais, nous dira-t-on, pourquoi ne s'agirait-il pas là de l'état de mal épileptique où l'on vibre aussi, où l'on n'a pas sa connaissance? Je répondrais à cela : c'est tout autre chose; les symptômes que je viens d'indiquer manquent absolument dans l'état de mal. L'état de mal est un état très grave, qui souvent se termine par la mort; il a des signes spéciaux; enfin, le thermomètre, qui accuse d'un côté une température énorme, de l'autre une température normale, indique assez dans l'un l'activité des combustions et l'usure rapide, dans l'autre le ralentissement de la nutrition et un *statu quo* d'animal hibernant.

Une seule fois une *hystérique* en série d'attaques eut une température de 39 degrés : très inquiet nous cherchâmes la raison de ce phénomène insolite, nous ne tardâmes pas à la trouver dans une constipation datant de plusieurs jours. Un purgatif eut promptement raison de l'élévation de température.

Signalons encore chez notre malade un autre fragment de la névrose hypnotique : des attitudes cataleptoïdes, trahissant par là l'intime union, ou mieux l'intime parenté de ces états connexes, l'hystérie, les attaques de sommeil et le sommeil hypnotique.

Comment vit la malade ? De la manière la plus simple du monde. On lui fait avaler du lait; et cette alimentation, si insuffisante qu'elle paraisse, suffit encore. Il y a, en effet, ralentissement de la nutrition pendant toute la durée du sommeil, puis reprise des combustions (élévation du taux de l'urée, Regnard), au moment où le sommeil cesse. Il y a bien un peu d'amaigrissement dû à l'autophagie, mais sans gravité.

L'état de sommeil hystérique ne peut être confondu en aucune manière avec le coma apoplectique. Il suffit de signaler l'impossibilité d'une confusion.

M. Debove a appelé apoplexie hystérique la première phase de l'attaque de sommeil. Cette apoplexie, c'est le début brusque de l'attaque. On ne doit pas voir là autre chose et éviter de compliquer à plaisir la nomenclature, déjà si chargée, des phénomènes hystériques.

L'état de raideur de notre malade rappelle aussi l'attaque de raideur qu'obtiennent parfois, à leur grand effroi, les magnétiseurs de foire et de salon. Il s'agit donc bien là d'une des modalités de l'attaque d'hystérie, il est indispensable de le savoir pour éviter des erreurs préjudiciables au malade et encore plus préjudiciables au médecin.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 décembre 1888. — Présidence de M. Siredey.

PRÉSENTATIONS

Guérison de la cirrhose alcoolique. — M. TROISIER présente un des malades dont il a parlé dans la discussion sur ce sujet, et qu'il avait déjà montré il y a deux ans. La guérison s'est maintenue et l'état général est excellent, mais le foie est resté un peu gros.

M. HALLOPEAU a eu l'occasion d'observer un malade atteint de cirrhose alcoolique, avec ascite considérable, et qui va parfaitement bien aujourd'hui. Le foie a repris son volume normal; et cependant le sujet boit, en moyenne, 2 à 3 litres de vin par jour et quatre à cinq petits verres d'eau-de-vie.

M. JOFFROY cite quatre cas de guérison de cirrhose alcoolique, avec ascite, dans lesquels il n'a eu recours qu'au régime lacté. Le dernier se rapporte à un marchand de vin qui boit, depuis longtemps, une trentaine de petits verres par jour. Quant au vin, il ne le comptait pas. Il avait une cirrhose hypertrophique énorme. M. Joffroy lui dit qu'il était mort à bref délai s'il ne renonçait pas de suite et complètement à ces habitudes alcooliques. Six semaines plus tard, il revint considérablement amélioré. Le foie avait bien diminué de 10 à 15 centimètres en hauteur. Il raconta qu'il avait, sur cette menace de mort, vendu de suite son fonds et renoncé complètement aux liqueurs et au vin. Il s'était mis simplement à boire de l'eau.

M. HAYEM fait observer qu'on ne parle que de faits liés à l'alcoolisme. Il en est d'autres, cependant, qui ne reconnaissent pas cette origine et qui peuvent avoir aussi une terminaison relativement favorable. C'est ainsi qu'en 1874, il a décrit un cas d'hypertrophie énorme du foie, sans altérations des voies biliaires, dans lequel la survie avait été de dix à douze ans. Ces cas sont rares, à Paris du moins, car, depuis 1874, c'est à peine si M Hayem en a observé deux ou trois. Chez ces malades, on ne trouve ni alcoolisme, ni syphilis, ni fièvre intermittente dans les antécédents.

M. RENDU, croit qu'il faut tenir grand compte de l'irritation du péritoine. On l'observe fréquemment dans les hépatites, mais elle représente une lésion parallèle et non une lésion connexe. La preuve que le travail pathologique conduisant à l'ascite et celui qui aboutit au foie cirrhotique ne constituent pas un processus identique, c'est qu'on observe parfois la dissociation des deux choses, à savoir une cirrhose sans ascite, et une ascite sans cirrhose apparente.

Ganglions sus-claviculaires du cancer. — M. TROISIER présente des ganglions sus-claviculaires engorgés, observés dans un cas de cancer de l'estomac; mais comme il y avait, en même temps, du cancer des côtes, le fait se trouve, par suite, un peu compliqué.

M. BUCQUOY a dans son service une jeune femme de vingt-cinq ans, qui y fut apportée dans un état de cachexie profonde et qui présentait, en même temps que de l'ascite, d'énormes ganglions sus-claviculaires du côté droit. Cela fit supposer un cancer de l'estomac, malgré l'âge de la malade; mais, quand l'ascite eut disparu, on vit qu'il s'agissait d'une cirrhose.

M. TROISIER fait remarquer qu'on ne peut pas être absolument sûr qu'il n'y a pas de cancer quelque part, chez cette malade.

COMMUNICATION

Des rapports de l'ataxie locomotrice progressive et du goître exophthalmique. — M. BARIÉ pense qu'on peut voir survenir, dans le cours du tabes dorsal, les signes cliniques bien connus propres au goître exophthalmique.

Ces phénomènes ne doivent pas être considérés comme la caractéristique d'une maladie de Basedow, évoluant parallèlement au tabes par le fait d'une coïncidence fortuite.

Ces phénomènes sont l'expression d'un complexus pathologique, dont le point de départ réside surtout dans le centre bulbo-protubérantiel.

Par cette origine, le goître exophthalmique dans le tabes peut être rapproché des troubles bulbaires déjà connus et bien décrits dans l'ataxie locomotrice, tels que les névralgies du trijumeau (Pierret), le vertige de Ménière, les troubles du goût, etc. (Hanot et Joffroy).

Cette parenté étroite permet de supposer qu'à l'exemple des troubles bulbaires précités, le goître exophthalmique peut se manifester, non pas seulement dans la période d'état du tabes dorsal, mais peut-être encore comme phénomène du début, formant un véritable préliminaire aux accidents tabétiques proprement dits.

Ce goître exophthalmique symptomatique est lié probablement à une simple hyperhémie congestive de la zone bulbo-protubérantielle; par cela même, il peut s'amender sous l'influence des moyens thérapeutiques qui agissent sur les petits vaisseaux et les capillaires, tels que l'ergot de seigle et la faradisation.

Il est possible, cependant, que les lésions profondes du centre nerveux succèdent peu à peu au travail congestif initial ; par cela même, le pronostic du goître exophthalmique, lié au tabes, doit être réservé.

Les conditions étiologiques du goître exophthalmique dans le tabes sont mal connues. L'observation qui sert de base à cette communication paraît démontrer que l'état d'hystéricisme et de neurasthénie du sujet, de même que l'hérédité nerveuse, y prédisposent d'une façon toute particulière.

M. JOFFROY dit qu'on peut trouver chez un ataxique tous les symptômes capitaux de la maladie de Basedow : tachycardie, exophthalmie, goître, tremblement des mains, etc., mais, plus fréquemment, on n'en trouve que quelques-uns, et surtout la tachycardie.

On se demande, naturellement, en pareil cas, s'il y a simple coïncidence des deux maladies, ou bien si les symptômes de la maladie de Basedow doivent être rapportés à l'ataxie locomotrice.

Or, sur 7 malades ataxiques, M. Joffroy a trouvé 6 fois la protusion des yeux à un degré plus ou moins marqué, 7 fois la tachycardie, 2 fois la tumeur thyroïdienne et le tremblement des mains. En outre, dans deux cas, l'hystérie existait d'une façon manifeste.

Il ne voit pas pourquoi on n'admettrait pas, dans ces diverses observations, une coexistence de l'ataxie et de la maladie de Basedow. Ne sait-on pas déjà que le tabes se combine avec l'hystérie, avec la paralysie générale, avec beaucoup d'autres formes de l'aliénation mentale? Pourquoi, dès lors, ne se combinerait-il pas avec la maladie de Basedow?

D'autre part, on sait que le goître exophthalmique se combine avec l'hystérie, l'épilepsie, la chorée, l'aliénation mentale. Pourquoi, lui aussi, ne se compliquerait-il pas d'ataxie locomotrice ou ne se développerait-il pas chez les ataxiques?

Mais, si le fait d'une association de ces deux affections paraît devoir être admis quand la maladie de Basedow existe avec la totalité de ses symptômes, il n'en est plus de même quand son tableau est incomplet.

Depuis longtemps, en effet, on sait qu'il n'est pas rare de trouver de la tachycardie chez des ataxiques à une période plus ou moins avancée de leur maladie. M. Charcot a signalé le fait en 1867, et M. Joffroy — alors son interne — en chercha l'explication. Il émit cette opinion que la tachycardie ne semblait pas pouvoir être expliquée par une altération des noyaux d'origine des pneumogastriques analogue à celle que l'on trouve dans la paralysie labio-glosso-laryngée ou à celle qui existe dans la sclérose en plaques, lorsque les plaques ont envahi ces noyaux.

Quoi qu'il en soit, qu'elle relève d'une altération centrale ou d'une altération des nerfs périphériques, ou d'un simple trouble fonctionnel, M. Joffroy n'en persiste pas moins, comme par le passé, à la regarder comme un symptôme tabétique, et il ne croit pas qu'il faille parler de forme fruste de maladie de Basedow, par cela seul qu'on observe de la tachycardie chez un tabétique.

En résumé, des faits qu'il a observés, M. Joffroy dégage la double conclusion suivante :

1° Chez le même sujet, on peut voir réunis le tabes et la maladie de Basedow. Il semble même, alors, que c'est le tabes qui se développe généralement le dernier.

2° Le tabes peut donner lieu à de la tachycardie et peut-être aussi à un léger degré de protusion des yeux, rappelant ainsi certaines formes frustes de la maladie de Basedow.

En terminant, il fait remarquer que toutes ses observations se rapportent à des femmes ; mais, d'une part, il n'observe que des femmes dans son service de la Salpêtrière, et, d'autre part, la maladie de Basedow est surtout l'apanage du sexe féminin.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 décembre 1888. — Présidence de M. POLAILLON.

DISCUSSION SUR LA SALPINGITE ET SON TRAITEMENT

M. QUÉNU, au point de vue de l'anatomie pathologique, ne partage pas l'opinion de M. Lucas-Championnière et croit que l'inflammation peut se propager de la muqueuse utérine aux trompes. Avec MM. Cornil et Terrillon, il considère ce fait comme démontré. Quant à la fréquence de l'ovarite dans la salpingite, il pense qu'elle peut être expliquée par la propagation par les lymphatiques.

Relativement au côté clinique de la question, M. Quénu n'admet pas les conclusions, d'ailleurs un peu vagues, de M. Routier, à savoir que toute femme, qui a une tumeur douloureuse dans le ventre, doit subir la laparotomie. M. Quénu communique onze observations personnelles de malades atteintes d'inflammation des annexes de l'utérus ; sur ces 11 malades, 6 seulement lui ont paru devoir être traitées par la laparotomie. Chez les 5 malades non opérées, les injections d'eau chaude au sublimé et les autres moyens habituellement employés ont amené la guérison, ou tout au moins des améliorations considérables. On a d'autant plus de chances d'obtenir la guérison, dans ces cas, que l'on traite les malades à une époque plus rapprochée du début de l'affection. Toutefois il est quelques cas dans lesquels une intervention chirurgicale hâtive est formellement indiquée. Sur les 5 laparotomies qu'il a pratiquées, il a eu 5 succès opératoires. Il préfère le drainage au lavage du péritoine.

M. RICHELOT a pratiqué 6 laparotomies pour des salpingites ou des salpingo-ovarites. Dans cette courte statistique figurent les 2 cas de tétanos qu'il a communiqués à l'Académie. Mais ces malades sont mortes guéries de leur opération. Ces deux décès ne doivent donc pas être comptés à la charge de la laparotomie. A part ces deux cas de tétanos, il n'a pas eu le moindre accident. D'accord avec M. Lucas-Championnière il considère le nom de salpingite comme trop restreint, ce nom correspondant à des affections diverses d'organes distincts. Relativement à la pathogénie, il croit que les deux théories en présence sont exactes, aussi bien celle de la lymphangite que celle de la propagation de l'inflammation par la muqueuse. Le diagnostic est difficile, mais il importe surtout de fixer l'indication de la laparotomie. Dans un cas, il n'a pas pu faire un diagnostic précis et il a pratiqué une incision exploratrice, dont la malade a bien guéri ; dans un autre cas, il a trouvé des ovaires kystiques et profondément altérés. M. Richelot insiste sur la confusion possible de ces accidents avec un fibrome utérin. Deux fois il a commis cette erreur de diagnostic.

Dans un cas pris pour un fibrome, il s'agissait d'une pyosalpingite qui s'est ouverte spontanément dans le rectum. Les lésions des annexes étant très variées, il faut s'attendre à ne pas faire toujours la même opération. Dans la plupart des cas, il s'agit d'opérations simples et faciles ; dans d'autres, il y a des adhérences ou d'autres complications qui rendent l'opération plus longue ou plus difficile. Dans un cas, M. Richelot trouva les deux ligaments larges constituant une masse inflammatoire avec des adhérences épiploïques et intestinales et il lui fut impossible de trouver les ovaires au milieu de ces masses inflammatoires. Il trouva seulement un petit abcès qu'il ouvrit. Il se contenta de drainer et de fermer le ventre ; la malade a parfaitement guéri.

M. Richelot, dans un cas, a fait une ovariotomie ordinaire pour un kyste volumineux, chez une femme pendant ses règles, s'en rapportant à l'opinion de M. Lawson Tait, qui prétend que c'est le meilleur moment pour opérer. La malade est morte le lendemain et l'on trouva, à l'autopsie, une congestion péritonéale généralisée.

M. Richelot fait la suture à trois étages qui lui paraît avoir l'avantage d'éviter les éventrations consécutives.

RAPPORT

Gastrostomie. — M. TERRILLON fait un rapport sur une présentation de M. Tuffier, relative à une gastrostomie malheureuse, mais très instructive. Il s'agissait d'un homme de quarante-quatre ans, atteint d'un rétrécissement de l'œsophage. L'opération fut faite le 8 avril; M. Tuffier, se basant sur les points de repère, fit une incision de 7 à 8 centimètres, trouva le bord inférieur du foie qu'il releva et vit l'estomac qu'il attira, fixa à la paroi abdominale et ouvrit, pour y introduire un gros tube en caoutchouc. Les jours suivants tout se passa bien, lorsque, quatre jours après l'opération, on trouva la plaie excoriée, ulcérée, les téguments en partie détruits; il s'agissait d'une digestion des tissus par le suc gastrique. Le malade succomba le 19, onze jours après l'opération, avec des accidents graves. Le suc gastrique avait digéré la paroi abdominale; on vit à l'autopsie qu'il existait un épithélioma au niveau du rétrécissement.

Cette action du suc gastrique et des sucs intestinaux est utile à signaler. M. Terrillon rappelle avoir communiqué un fait analogue. Mais, chez son malade, il appliqua un appareil qui s'opposait à la sortie des liquides et les empêchait de se répandre sur la plaie. Ce malade est aujourd'hui guéri.

Toutefois ce phénomène n'est pas habituel. Le premier malade opéré par M. Terrillon, celui qui a été opéré par M. Verneuil, ne l'ont pas présenté. Quelle est donc la cause de ces accidents? Faut-il incriminer la sonde? Evidemment non, puisqu'il y avait la même sonde chez les deux malades qui n'ont pas eu cet accident. On ne peut non plus incriminer l'action directe des liquides de l'estomac, puisque, dans le cas de M. Tuffier, l'ouverture de l'estomac était à la partie supérieure. Pour M. Terrillon, l'ulcération et la digestion des tissus tiennent à la qualité du suc gastrique. C'est l'action trop acide du suc gastrique qui doit être mise en cause; il faut donc soumettre ces malades aux alcalins à hautes doses. C'est sur le conseil de M. Debove que M. Terrillon soumit son malade à cette médication et parvint à le sauver.

M. SÉE dit que le procédé opératoire peut être pour quelque chose dans la production de ces accidents. Pour l'éviter il propose, l'estomac ouvert, d'attirer la muqueuse au dehors et de la suturer directement à la peau, de façon à doubler la plaie primitive avec la muqueuse stomacale.

M. POLAILLON a fait plusieurs gastrostomies et il a toujours eu soin d'attirer l'estomac, de façon à avoir un pli dépassant l'ouverture, et il ouvre l'estomac avec le thermocautère.

M. GUÉNIOT demande quels sont les troubles digestifs observés chez ces malades atteints d'hyperchlorhydrie.

M. TERRILLON répond à M. Sée que ces accidents ne se sont produits que plusieurs jours après l'opération et que c'est la peau elle-même qui était digérée.

M. ROUTIER signale un fait qui démontre la véracité des assertions de M. Terrillon.

ÉLECTION

M. JALAGUIER est élu membre titulaire.

La séance est levée.

Séance du 19 décembre 1888. — Présidence de M. POLAILLON.

COMMUNICATION

De la nature tuberculeuse des synovites à grains riziformes. — M. TERRILLON a opéré un malade, en 1886, d'un kyste synovial à grains riziformes. L'examen histologique en avait été fait et n'avait révélé la présence d'aucun bacille. Or, quelque temps après, des inoculations ont été faites sur des lapins et trois de ces animaux sont morts de tuberculose. Le malade, opéré par M. Terrillon, n'a, jusqu'à ce jour, présenté aucune manifestation tuberculeuse.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE a vu un malade atteint d'une tumeur blanche du genou et portant en même temps un kyste à grains riziformes du poignet. Il a enlevé ce kyste et a obtenu une guérison sans suppuration; on a recherché s'il contenait des bacilles et l'on n'en a trouvé aucun; cependant, à la suite d'inoculations, plusieurs lapins sont morts de tuberculose.

M. REYNIER ne croit pas qu'un examen histologique ait jusqu'alors révélé la présence de bacilles dans l'intérieur des kystes synoviaux; c'est dans la paroi de ces kystes, qu'on les a parfois rencontrés; toutefois, il est de règle de ne pas les trouver, et ordinairement, c'est par les inoculations que la nature tuberculeuse est démontrée.

M. VERNEUIL établit une distinction bien nette entre les tuberculoses cachées et les tuberculoses ouvertes; dans les premières, le microscope ne signale pas la présence du bacille; c'est, au contraire, ce qu'on observe constamment dans les secondes. Ces faits sont de nature à faire recommander, au point de vue expérimental, le procédé de Villemin, et M. Verneuil préfère le cobaye au lapin.

RAPPORT

Traitement des anévrysmes poplités par la ligature de la fémorale. — M. RECLUS fait un rapport sur deux observations d'anévrysmes de l'artère poplitée, traités et guéris par la ligature au catgut de la fémorale, par M. Brun.

Cette méthode d'oblitérer les artères a déjà été employée un certain nombre de fois. M. Reclus, en ajoutant les faits réunis par M. Poinsot (de Bordeaux), par M. Brun, par M. Delbet et par lui-même, arrive au total de 82 observations recueillies depuis 1880. Or, sur ces 82 cas, on n'a eu à enregistrer que 4 morts et 5 gangrènes étendues.

Cette mortalité, réduite à 5 p. 100, et par conséquent bien inférieure à celle que donnent toutes les autres statistiques, diminuera encore le jour où aucune faute d'antisepsie ne sera commise; on évitera mieux les hémorrhagies secondaires et l'on aura plus de succès.

Quant aux accidents de gangrène sérieuse qui ont nécessité l'amputation du membre et qui ne sont qu'au nombre de cinq, ils se présenteront encore moins souvent, quand l'on n'aura plus recours, avant de faire la ligature, aux anciennes manœuvres de traitement : l'enroulement du membre avec la bande d'Esmarch, la compression et la flexion.

Après quelques réflexions sur le meilleur endroit à choisir pour le placement du fil et qui, selon lui, est le plus rapproché de l'anévrysme, M. Reclus termine en disant qu'il préfère, à l'extirpation totale du sac, la ligature qui est constamment une opération simple, régulière et bénigne. Cette dernière doit être la méthode de choix dans le traitement des anévrysmes poplités.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE partage entièrement l'opinion de M. Reclus. Quant à l'application des fils de catgut à la cure des tumeurs anévrysmatiques, il en est absolument partisan; ces fils doivent être substitués à tout autre mode de ligature, car, avec lui, aucune inflammation ne survient, il n'y a pas danger de sphacèle et la circulation supplémentaire se rétablit mieux et plus rapidement. La ligature au catgut doit donc être préférée à tous les procédés anciens qui sont plus ou moins douloureux et dangereux et donnent, en général, des résultats détestables. Elle doit encore être préférée à l'extirpation du sac, toujours entourée de difficultés. En cas d'anévrysme artério-veineux, c'est encore à la ligature que M. Lucas-Championnière aurait recours, ainsi qu'il l'a fait avec succès dans la région poplitée. Pratiquée antiseptiquement, c'est une opération facile et sûre.

M. VERNEUIL est partisan des opérations de douceur; aussi a-t-il appliqué, en différentes circonstances, les procédés anciens à la cure des anévrysmes.

Plusieurs fois, il a fait avantageusement la ligature de la fémorale et il considère l'intervention comme excellente. Mais il faut tenir compte de l'âge des sujets; c'est ainsi que l'un de ses malades, âgé de quatre-vingts ans, a bien supporté, il est vrai, l'opération, mais n'en est pas moins mort, quelques jours après, d'affaiblissement graduel, sans que celle-ci pût être directement

incriminée. Comme pour toute autre opération, on devra également s'occuper de l'état du cœur et des autres viscères.

Quant à l'extirpation, on doit la proscrire ; il a eu l'occasion de la pratiquer dans un cas où il avait fait une erreur de diagnostic ; il s'agissait d'une tumeur anévrysmale de la région poplitée. L'ablation en fut si pénible qu'à l'avenir, il ne sera guère disposé à y recourir de nouveau.

M. TRÉLAT a actuellement dans son service un malade atteint d'anévrysme artério-veineux du creux poplité, pour lequel il lui faudra décider une intervention. Il ne se sent pas fortement entraîné vers l'extirpation, qui quelquefois peut être une bonne opération, mais qui, bien souvent, est d'un abord inaccessible. La ligature rallie actuellement la plupart des chirurgiens, et elle réussirait d'autant mieux qu'on se servirait de fils de catgut. Bien disposé à se servir de préférence de ces fils, ils ne lui paraissent cependant pas une condition *sine qua non* du succès. Il rappelle avoir publié une observation d'anévrysme poplité diffus, insidieux, qui, après avoir résisté à toutes les méthodes de compression, fut traité par lui au moyen de la ligature fémorale par un fil de soie. La guérison eut lieu sans suppuration, et ce ne fut qu'au bout de quarante jours que ce fil, complètement aseptique, se détacha, mais seulement en partie, car ni le nœud, ni l'anse ne sortirent de la plaie opératoire. Qu'étaient devenues ces portions ? Sans aucun doute, elles s'étaient résorbées et n'avaient nullement entravé le travail de cicatrisation. La guérison peut donc être obtenue autrement qu'avec des fils de catgut, et quel que soit le lien que l'on utilise, on peut dire que la méthode de choix, pour la cure des anévrysmes artériels en général, est la ligature pratiquée aussi près que possible du sac.

M. KIRMISSON a déjà entretenu la Société de la ligature des grosses artères avec le catgut, et, à cette occasion, il a signalé qu'il n'avait pas eu d'hémorrhagie secondaire chez plusieurs malades opérés. Cette année, il a eu l'occasion de traiter, de la même façon, un anévrysme diffus de l'artère humérale sur laquelle il a été forcé d'appliquer trois fils de catgut. La guérison complète a été très rapide et sans accident.

M. TERRIER, dans les différentes ligatures qu'il a pratiquées, s'est toujours servi de fils de soie ; jamais il n'a constaté leur élimination et il a toujours eu des réunions par première intention.

M. RECLUS constate que l'accord est à peu près unanime dans cette question de thérapeutique, et, à propos du fait d'extirpation dont a parlé M. Verneuil, il rappelle qu'en pareil cas, il est de toute nécessité d'aller à la recherche des collatérales et d'agir en conséquence.

M. KIRMISSON dit que la conduite, en effet, doit varier suivant les différentes tumeurs, suivant leur disposition, suivant le nombre des collatérales ; aussi lui paraît-il actuellement impossible de poser des conclusions absolues.

COMMUNICATIONS

Traitement des salpingites. — M. TERRIER a fait, jusqu'à ce jour, huit ablations des trompes et le plus souvent aussi des ovaires pour des salpingites soit suppurées, soit simples, soit compliquées d'autres lésions génitales.

Relativement à la pathogénie de ces salpingites, il adopte celle qui a été défendue par M. Montprofit dans sa thèse et par M. Quénu. Il ne peut s'expliquer le rôle exclusif que M. Lucas-Championnière fait jouer aux lymphatiques, car il paraît oublier que les muqueuses sont doublées de réseaux lymphatiques qui expliquent bien la propagation des microbes pathogènes. Suivant lui, la théorie invoquée par M. Championnière n'est applicable qu'exceptionnellement.

Toutefois, il existe une solution de continuité entre l'ovaire et la trompe ; de là des complications fréquentes des salpingites, telles que des pelvi-péritonites suppurées ou non.

S'il admet la pelvi-péritonite comme complication, il ne peut en dire autant de l'adéno-phlegmon qu'il n'a jamais vu, et, à cet égard, il ne faut pas se fier à l'examen clinique, mais tenir compte surtout de l'état anatomique des parties, ce qui peut se faire pendant les opérations.

Les symptômes fonctionnels des salpingites et des salpingo-ovarites sont, en effet, des plus variables ; ils n'ont qu'une importance secondaire. C'est aux renseignements fournis par l'examen direct qu'il faut surtout se fier, et si, dans bien des cas, le palper et le toucher combinés suffisent pour poser un diagnostic, et surtout pour conclure à l'indication d'une opération, il est parfois très utile de pratiquer l'examen sous chloroforme. Ce n'est pas un moyen auquel il faut toujours avoir recours, mais il ne faut pas non plus le proscrire systématiquement.

Le pronostic des salpingites est forcément variable, suivant qu'elles sont suppurées ou catarrhales, végétantes, folliculaires, interstitielles ; on connaît la gravité des premières et des interventions qu'elles réclament ; il n'en est pas de même des autres qui sont très fréquentes et surtout compliquées de métrite catarrhale purulente. Mais contrairement à l'opinion de M. Routier, M. Terrier ne croit ces salpingites non suppurées justiciables de la laparotomie, que lorsqu'elles donnent lieu à de violentes douleurs ou à des accidents hystériques intenses.

En résumé, il croit que l'on ne peut mettre en doute la fréquence de ces affections, qui sont le plus souvent, sinon toujours, d'origine microbienne. Si elles sont suppurées, elles nécessitent une intervention chirurgicale hâtive ; dans les autres cas, sauf en présence d'accidents douloureux très prononcés, l'on doit s'adresser à un autre traitement.

M. CHAUVEL lit, de la part de M. Reverdin (de Genève), une observation de pyo-salpingite traitée par le drainage abdomino-vaginal.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traitement de la tuberculose pulmonaire par les pulvérisations bi-iodo-mercuriques, et technique des pulvérisations (1), par A. RUEFF et P. MIQUEL.

MM. A. Rueff et P. Miquel rendent compte, dans ce travail, des essais qu'ils ont faits pour appliquer à la tuberculose un traitement méthodique par des pulvérisations de liquides antiseptiques.

Ils se sont préoccupés tout d'abord d'obtenir un débit régulier du liquide pulvérisé, sous une forme globulaire constante. Ils ont cherché à obtenir une pulvérisation en gouttelettes suffisamment fines pour que la pénétration dans les bronches et le poumon fût assurée. Disons seulement que leur système repose sur l'emploi de la vapeur à pression élevée (1 à 2 atmosphères) et que leur appareil permet de se rendre compte de la quantité de liquide employé et de varier la rapidité de la pulvérisation.

Leurs recherches ont été poursuivies à l'hôpital Rothschild : 27 tuberculeux y ont été soumis.

Le liquide pulvérisé avait la formule suivante :

Bi-iodure d'hydrargyre	1 gramme.
Iodure de potassium.	1 —
Eau distillée.	1000 —

Les auteurs ont ajouté de l'iodure de potassium, pour favoriser la dissolution du bi-iodure de mercure. Il se forme ainsi un iodhydrargyrate dont le pouvoir antiseptique, inférieur à celui du bi-iodure d'hydrargyre, est notablement supérieur à celui du sublimé.

Au début, ils ont employé 10 centimètres cubes de leur solution à chaque séance. Cette dose peut être rapidement augmentée et portée à 15, 20 et même 25 centimètres cubes.

Au début, une seule séance par jour ; plus tard, dès que l'accoutumance s'est établie, on peut en faire deux, le matin à jeun, le soir avant le dîner. Au début encore, les pulvérisations doivent

---

(1) In-8°. Prix : 3 francs. — Paris, G. Masson.

se faire lentement; et les séances être le plus possible prolongées. Pour cela un robinet permet de régler le débit de la solution antiseptique.

Ce traitement provoque souvent d'abord une irritation trachéo-bronchique, quelquefois assez notable; mais le plus ordinairement l'accoutumance ne tarde pas à s'établir. On peut constater alors les bons effets de cette méthode. L'expectoration cesse d'être purulente et diminue notablement de quantité. Les signes physiques subissent une régression correspondante.

Ce sont surtout les tuberculeux du premier et du second degré, qui ont bénéficié de l'emploi de cette cure. Chez ceux qui présentaient des signes de ramollissement et d'excavation, les résultats étaient moins satisfaisants.

Les auteurs insistent beaucoup sur la nécessité de poursuivre ce traitement pendant longtemps : les cinq malades chez lesquels ils ont pu constater la disparition des bacilles, y ont été soumis pendant huit à dix mois. L'amélioration de l'état local ou général serait plutôt un encouragement à continuer.

En somme, il faut relever deux choses dans ce mémoire : 1° une réglementation de la pulvérisation, qui en permet en quelque sorte le dosage; 2° l'application à la tuberculose pulmonaire de cette technique perfectionnée.

Les résultats obtenus dans la phthisie pulmonaire avec la solution de bi-iodure de mercure, sont intéressants et encourageants. Cette méthode est susceptible d'une plus grande extension.

Phthisie laryngée (1), par A. GOUGUENHEIM et Paul TISSIER.

Depuis plusieurs années, M. Gouguenheim s'occupe particulièrement des maladies du larynx. Le service laryngologique de l'hôpital Lariboisière, dont il a la direction, lui fournit des sujets d'étude très nombreux. Il était donc en bonne situation pour écrire un traité magistral de la phthisie laryngée.

Cette lésion si fréquente, mais aussi si variée, est un peu restée en dehors du cercle de la tuberculose. L'unité, si bien établie pour la phthisie pulmonaire, était moins nette pour la phthisie laryngée, malgré les nombreuses et remarquables études qui lui ont été consacrées. Le souvenir des controverses anciennes sur la nature de la lésion laryngée était mal effacé, et bien des médecins sont encore hésitants en face de cette localisation fréquente, mais protéiforme, de la tuberculose.

MM. Gouguenheim et Tissier ont entrepris une sorte de travail de condensation, qu'ils ont su mener à bien. Leur étude est complète tout en restant très claire. La critique qu'ils font des opinions émises a d'autant plus de valeur qu'elle s'appuie sur l'expérience personnelle des faits.

Nous ne pouvons entreprendre ici l'analyse d'un ouvrage de cette nature; nous nous contenterons de dire qu'on y trouvera rassemblées et clairement exposées les notions acquises sur l'anatomie pathologique, la séméiologie, le diagnostic et le traitement de la tuberculose du larynx, considérée dans ses formes cliniques si différentes les unes des autres. Chemin faisant, on y trouvera bon nombre d'idées personnelles, de vues originales. Il ne s'agit pas là d'une simple compilation. Ce livre est l'œuvre de quelqu'un qui a, en quelque sorte, *vécu* la question.

Albert MATHIEU.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'Académie des sciences a tenu, avant-hier lundi, sa séance annuelle. Ont été proclamés lauréats :

Médecine et chirurgie. — Prix Montyon. — La commission décerne trois prix : à M. Hardy, à M. Albert Hénocque, à MM. Follin et Duplay. Elle accorde trois mentions honorables : la première à M. Émile Berger, la deuxième à M. Gilles de La Tourette, et la troisième *ex æquo* à M. Bailly et à M. Bérenger-Féraud. Elle cite honorablement dans le rapport MM. Bérillon, Binet et Féré, Chauvel et Paulet, Jolly, Lecorché et Talamon, Martin (de Bordeaux), Vidal (d'Hyères).

Prix Bréant. — La commission accorde une récompense de 3000 francs à M. le docteur Hauser.

Prix Barbier. — Le prix est partagé par moitié entre MM. Leroy et Raphaël Dubois et M. le docteur J. Ehrmann (de Mulhouse).

Prix Godard. — Le prix est décerné à M. le docteur Maurice Hache.

Prix Lallemand. — Le prix est partagé par moitié entre M. François-Franck et M. Paul Blocq. Une mention honorable est accordée à M. Bouvier.

Physiologie. — Prix Montyon. — Le prix est partagé par moitié entre M. Augustus D. Waller et M. Léon Fredericq. Des mentions honorables sont accordées à M. Beauregard, à M. le docteur Blake, à M. Mangin. Une citation honorable est accordée à M. Peyrou.

Anatomie et zoologie. — Prix Savigny. — Le prix n'est pas décerné.

Prix Thore. — Le prix est décerné à M. le docteur Carlet.

Prix da Gama Machado. — Le prix n'est pas décerné.

Botanique. — Prix Desmazières. — Le prix est décerné à M. V. Fayod.

Prix Montagne. — Le prix est décerné à M. Gaston Bonnier.

Géologie. — Prix Cuvier. — Le prix est décerné à M. Joseph Leydy.

Prix Montyon (arts insalubres). — Deux encouragements de 1500 francs chacun sont accordés à M. le docteur Paquelin et à M. Fumat.

Statistique. — Prix Montyon. — Deux prix sont décernés, l'un à M. Félix Faure, l'autre à M. J. Teissier.

Chimie. — Prix Jecker. — Le prix est partagé par moitié entre M. Maquenne et M. Cazeneuve.

— Les dernières questions tirées au concours d'externat sont les suivantes : « Les côtes — Erysipèle de la face. »

— *École pratique.* — Travaux anatomiques. — Les pavillons de dissection resteront ouverts pendant les vacances du jour de l'an, à partir du jeudi 3 janvier, pour les étudiants qui voudront y venir travailler; mais les démonstrations par les prosecteurs et les aides d'anatomie ne recommenceront que le lundi 7.

— Par décret, en date du 18 décembre 1888, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Albert, Coutance, Durantin, Roland, Linon, Trazit, Dansan, Cazals, Beaudonnet, Baisle, Payrau et Grasset.

— Par décret, en date du 20 décembre 1888, a été promu dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Gaiffe, ancien médecin de deuxième classe de la marine, docteur en médecine.

— Par décret, en date du 22 décembre 1888, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. les aides-médecins, docteurs en médecine, Briend et Texier.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — Un congé est accordé à M. Suzanne, préparateur d'anatomie pathologique.

M. Legué est nommé préparateur de pharmacie, en remplacement de M. Fauché, démissionnaire.

— *École de médecine de Nantes.* — M. Hervouet est maintenu dans les fonctions de chargé d'un cours d'hygiène et de médecine légale.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Léon Dumas, professeur de clinique obstétricale et gynécologique près la Faculté de médecine de Montpellier et de M. le docteur Richepin, médecin militaire.

(1) In-8°. Prix : 8 francs. — Paris, G. Masson.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Il s'est proposé, dans ce travail, de montrer que les expériences qui auraient conduit MM. Gamaléia et Ferran à la découverte d'un vaccin anti-cholérique, ne pouvaient aboutir à cet heureux résultat. La raison de cette impossibilité provient de ce qu'en injectant sous la peau des matières cholériques, les auteurs n'ont pu donner le choléra aux animaux, le vrai choléra ne pouvant se contracter que par les voies respiratoires.

En se basant sur des recherches cliniques et expérimentales, M. Duboué a constaté que le bacille-virgule de Koch, agent reconnu du choléra, exige pour se développer un milieu alcalin et oxygéné, une température de 37 à 38 degrés, conditions qui sont remplies par le sang rouge. Ce bacille subit, par contre, un arrêt de développement à la température de 40 degrés qui est celle du sang veineux. De ces faits on peut tirer la conclusion suivante : il est plus naturel de voir le syndrome cholérique se manifester après l'absorption du bacille par les voies respiratoires et la pénétration dans le sang artériel, plutôt qu'après la pénétration de l'agent pathogène dans le système veineux, après avoir passé par les voies digestives, où il rencontre des milieux défavorables à son développement.

En se basant sur ces données et sur la physiologie pathologique du choléra, il a établi un traitement prophylactique et curatif de cette maladie dont voici la base :

1° Tous les agents capables d'empêcher la dissociation des cellules endothéliales et épithéliales (nitrate d'argent, sulfate de cuivre, tannin) peuvent jouer un rôle utile dans le traitement prophylactique du choléra ;

2° Une fois la circulation interrompue sur le déclin de la période algide, par suite de la vacuité complète des vaisseaux à sang rouge et de l'immobilité du sang dans les canaux à sang noir, il n'y a qu'une indication urgente à remplir dans le choléra, elle consiste à rétablir au plus tôt la circulation.

Or, ce résultat peut être obtenu par trois procédés : le premier, qui a déjà fait ses preuves, est d'une exécution ou difficile ou impossible, c'est l'injection intra-veineuse.

Le second, d'une exécution très facile, et mis à la portée de tous les médecins, c'est le procédé de la trachéocentèse qui est de nature à opérer et à renouveler sans danger la réplétion du système circulatoire à sang rouge, chaque fois qu'il est nécessaire de le faire jusqu'à ce que la réparation complète des lésions épithéliales ait eu le temps de se faire.

Le troisième procédé, trop facile, dangereux et brutal, doit être un procédé d'urgence et tout à fait exceptionnel, c'est le procédé de submersion. Il ne peut être tenté qu'à défaut de l'appareil instrumental nécessaire et tout à fait in extremis, par les médecins seuls. Cette submersion peut être faite en toute sécurité pendant deux ou trois minutes. On doit se guider, pour en fixer la durée, sur le retour du pouls radial avec ses caractères à peu près normaux.

L'Académie se réunit ensuite en comité secret pour entendre le rapport de son trésorier.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité des fibromes de la paroi abdominale (1), par Léon Labbé et Charles Rémy.

L'histoire des fibromes de la paroi abdominale est de date récente, elle ne commence que vers 1850.

Quelques faits isolés furent publiés à cette époque, mais il n'y a guère qu'une vingtaine d'années que ces tumeurs sont étudiées avec soin, tant au point de vue de leur anatomie pathologique, qu'au point de vue du traitement qu'il convient de leur appliquer. Les deux auteurs du nouveau traité suivent pas à pas l'histoire de la question et c'est en possession de tous les faits publiés qu'ils ont jeté les bases de leur travail.

Au point de vue étiologique, il convient de relever quelques points particuliers. Sur 100 cas rassemblés par MM. Labbé et Rémy, il n'en existe que 4 chez l'homme et 96 chez la femme, chez laquelle l'apparition de la tumeur se fait toujours pendant la période d'activité sexuelle. La grossesse et l'accouchement constituent un facteur étiologique important.

Ces tumeurs, ordinairement uniques, jamais médianes, peuvent siéger en n'importe quel point de la région abdominale, mais de préférence dans la zone des muscles droits et dans les régions ilio-inguinales. Elles sont toujours inter-aponévrotiques et n'adhèrent primitivement ni au péritoine, ni au tégument. Elles n'adhèrent que rarement au squelette et le prétendu pédicule, dont on a tant parlé, existerait rarement, si tant est qu'il ait jamais existé.

Ces fibromes sont toujours encapsulés, ce qui explique l'absence de récidive et de généralisation.

Des divers symptômes fournis par ces tumeurs, il importe d'en signaler un des plus importants : c'est l'immobilisation du fibrome quand on fait contracter les muscles des parois abdominales. Mais en même temps qu'elle s'immobilise, la tumeur devient plus saillante ou semble plonger, suivant qu'elle siège dans une couche plus ou moins superficielle. Il convient de mentionner, dans l'évolution de ces tumeurs, une phase d'accroissement rapide, due à la multiplication des éléments figurés et à l'interposition entre eux d'une substance gélatineuse.

Le diagnostic pur et simple ne présente pas de grandes difficultés dans la plupart des cas ; il n'en est pas de même du diagnostic des adhérences péritonéales qui n'a, pour être établi, aucun signe certain.

On peut dire seulement que l'adhérence est d'autant plus à craindre que la tumeur a un siège plus élevé. Ainsi sur 26 observations où la blessure du péritoine a été notée à la suite de l'ablation des fibromes, 23 fois leur siège était dans les régions élevées de l'abdomen.

Le seul traitement actuellement à proposer, c'est l'ablation complète. La section sous-cutanée du pédicule repose sur une erreur anatomique et ne saurait pas plus être recommandée que la ligature sous-cutanée, que les caustiques, les sétons, etc. Si, dans le cours de l'opération, on trouve le péritoine tellement adhérent que la séparation ne soit pas possible, l'hésitation n'est plus permise ; il est préférable d'enlever le péritoine sur une certaine étendue, plutôt que de laisser un morceau de tumeur, si petit qu'il soit. Mais, pour M. Labbé, les adhérences peuvent être presque toujours décollées, si le chirurgien a de la patience et si l'état du malade permet de prolonger l'opération.

Le fibrome enlevé, il faut fermer le péritoine s'il a été ouvert, rétablir la paroi musculaire et favoriser l'écoulement des liquides, car leur rétention constitue le danger le plus redoutable. Les complications précoces et tardives de l'opération, le traitement de la plaie opératoire forment les cent dernières pages de cet intéressant volume.

Il sera désormais inutile de chercher, ailleurs que dans le traité de MM. Labbé et Rémy, ce qui peut avoir trait à l'histoire des fibromes de la paroi abdominale. Nous sommes maintenant en possession d'une monographie excellente et complète où le lecteur trouvera tous les documents qui ont été publiés sur ce sujet.

De la situation des fœtus et de la disposition des œufs dans les cas de grossesse gémellaire (1), par M. Lamiot.

Le travail de M. Lamiot a été écrit sous les inspirations de M. le docteur Budin, et ce sont des observations recueillies dans le service obstétrical de la Charité qui lui ont servi de base. Dans la partie anatomique de son ouvrage, l'auteur examine longue-

(1) Gr. in-8°. Prix : 7 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

(1) Gr. in-8°. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Lecrosnier et Babé.

ment les différentes variétés de situation des fœtus : suivant qu'ils sont l'un à côté de l'autre, superposés, ou l'un devant l'autre.

Il étudie ensuite le mécanisme de l'accouchement. Mais nous voulons surtout mettre en relief ce qui, dans l'ouvrage de M. Lamiot, a trait au pronostic de la grossesse gémellaire.

La situation des fœtus, quoi qu'on en ait pu dire, n'aurait que peu d'influence sur certaines particularités de la grossesse : œdème, varices, hydramnios, mais elle constitue un point important pour le pronostic de l'accouchement.

Si ces deux fœtus sont situés parallèlement l'un à côté de 'autre, il faut craindre que les deux extrémités tendent à s'engager en même temps ou que l'un des fœtus n'exécute un mouvement de bascule qui, restant incomplet, produit une présentation de l'épaule.

Si les fœtus sont l'un au-dessus de l'autre, le fœtus supérieur, en général, situé transversalement, bascule. Le pronostic n'est très défavorable que si le fœtus inférieur a également une situation transversale. L'accouchement ne pourra avoir lieu, dans ce cas, que par une intervention obstétricale ; et il ne faudra pas compter sur la version spontanée du premier fœtus.

Mais, ce qui aggrave le pronostic des grossesses gémellaires, ce sont surtout les hémorrhagies. Elles se produisent presque toujours dans les cas de fœtus superposés, et elles reconnaissent pour cause, soit un placenta unique, soit le décollement du deuxième placenta pendant l'expulsion du premier fœtus, soit enfin l'insertion vicieuse de l'un des deux placentas. C'est là un des dangers des grossesses gémellaires.

A. Ricard.

SOUSCRIPTION

EN FAVEUR DE LA VEUVE D'UN CONFRÈRE

SEIZIÈME LISTE

Mmes Aron (de Rambervillers)	50 fr.
— Siredey (de Paris)	20
M. le docteur Liétard, de Plombières (2e envoi).	10
Anonyme (de Rambervillers).	2
MM. Bouillant	20
Detaille	500
Quinzième liste.	5827
Total.	6429 fr.

Avec cette liste, nous pensons devoir clore notre souscription. Nous prions donc tous les confrères, qui ont répondu à notre appel, de recevoir l'expression de notre vive reconnaissance. Ces sentiments de gratitude, nous les devons tout particulièrement aux personnes, étrangères à notre profession, qui se sont jointes à nous, parce qu'on les trouve en tête de toutes les œuvres où il s'agit de soulager. On nous permettra une mention toute particulière pour le grand artiste, qui a répondu par un charmant dessin à la plus gracieuse requête. Ce dessin a été acquis au prix de 500 francs par un des nombreux admirateurs du talent de M. Detaille.

Dr. E Le Sourd.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'École du service de santé militaire est définitivement donnée à la ville de Lyon. Nous publierons jeudi prochain les rapport, décret et décisions instituant cette École.

— Par décret, en date du 20 décembre 1888, ont été promus dans le corps de santé militaire et ont reçu, par décision ministérielle du même jour, les affectations ci-après indiquées, savoir :

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. Carayon, en remplacement de M. Combier, retraité; désigné pour le 92e d'infanterie. — Langlois, en remplacement de M. Protain, retraité; désigné pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine. — Dufour, en remplacement de M. Scovezzo, retraité; désigné pour le 95e d'infanterie. — Salvetat, en remplacement de M. Bonnardot, mis en non-activité pour infirmités temporaires; désigné pour le 91e d'infanterie. — Ucciani, en remplacement de M. Ribard, décédé; désigné pour le 111e d'infanterie. — Antony, en remplacement de M. Dengler, retraité; désigné pour l'emploi de professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. Duvau, en remplacement de M. Viguier, mis en non-activité pour infirmités temporaires; désigné pour le 24e d'infanterie. — Mary, en remplacement de M. Lévêque, mis en non-activité pour infirmités temporaires; désigné pour le 112e d'infanterie. — Pailloz, en remplacement de M. Carayon, promu; maintenu aux hôpitaux de la division d'occupation du Tonkin et de l'Annam. — Prieur, en remplacement de M. Langlois, promu; maintenu au 125e d'infanterie. — Hurstel, en remplacement de M. Dufour, promu; désigné pour le 5e d'infanterie. — Godin, en remplacement de M. Salvetat, promu; désigné provisoirement pour le 112e d'infanterie. — Joly, en remplacement de M. Ucciani, promu; désigné pour le 69e d'infanterie. — Hublé, en remplacement de M. Antony, promu; désigné pour le 4e tirailleurs algériens.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Fistié est délégué dans les fonctions de directeur du laboratoire des cliniques.

— *École de médecine de Clermont-Ferrand.* — M. Truchot est chargé d'un cours de physique.

M. Mosnier est institué suppléant des chaires de physique et de chimie.

M. Glangeaud est institué suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

M. le docteur Planchard est institué suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

— *École de médecine de Poitiers.* — M. le professeur Chédevergne est maintenu dans les fonctions de directeur de l'École.

— *École de médecine de Toulouse.* — M. le docteur Pascal est nommé chef de clinique obstétricale.

— *Faculté des sciences de Bordeaux.* — M. Goguel est chargé d'une conférence de minéralogie.

— *Faculté des sciences de Caen.* — M. Louïse est chargé d'un cours de chimie.

— *Faculté des sciences de Lyon.* — M. Recoura est chargé d'un cours complémentaire de chimie.

— M. le docteur Doléris fait les lundis et vendredis, 12, rue de Navarre, à quatre heures, un cours de gynécologie portant sur les inflammations de l'appareil génital.

— M. le docteur Jules Simon commencera ses conférences de thérapeutique infantile, à l'hôpital des Enfants-Malades, le mercredi 9 janvier 1889, à neuf heures, et les continuera les mercredis suivants à la même heure. — Consultation clinique tous les samedis.

Travaux d'obstétrique, par le docteur Auvard, accoucheur des hôpitaux de Paris, etc. 3 vol. in-8°, avec 308 figures intercalées dans le texte. — Prix : 24 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

L'écriture et le caractère, par J. Crépieux-Jamin, précédé d'une préface de M. le docteur Paul Hélot. 1 vol. in-8°, 312 pages, avec 146 figures dans le texte. — Prix : 5 francs. — Paris, Félix Alcan.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

EAUX MINÉRA

Acidulées, Gazeuses, I
analysées par O. HENRY.

THERMALITÉ 13°	SAINT-JEAN				
Acide carbonique libre..	1.4				
Bicarbonate de soude...	1.4				
— de potasse..	0.0				
— de chaux...	0.3				
— de magnésie	0.1				
— fer et mang.	0.0				
Chlorure de sodium.....	0.0				
Sulfate de soude et chaux	0.0				
Silicate et silice, aluminé	0.				
Iodure alcal. arsenic. lith.	in			indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives.* Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

80

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

St dép. dét. à Paris, Phie LEBEAULT, 53, Réaumur.

ENTREPOT GÉNÉRAL : 5, rue Bourg-L'Abbé, Paris.

23

NAPHTOL FRAUDIN GRANULÉ

LE MEILLEUR ANTISEPTIQUE INTERNE

Agit, par son extrême division moléculaire, sur toute la longueur du tube digestif (*F. typhoïde, maladies de l'estomac, des intestins, du foie, des reins*). 2gr=0g20 napht. pur. Phie *Fraudin*, Boulogne, Paris.

4

PEPSINE BOUDAULT

Seule admise dans les hôpitaux de Paris.

Médailles aux Expositions internationales de 1867, 1868, 1872, 1873 et Philadelphie, 1876, première médaille pour *excellence* et *supériorité.*

Dyspepsies, gastrites et gastralgies et autres troubles de la digestion.

Sous forme :

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 30 grammes. — Dose de 0g,50 à 1 gramme à chaque repas.

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 10 prises de 1 gramme.

Elixir et **Vin de Pepsine Boudault.** — Dose : une cuillerée à bouche.

Pastilles, Dragées, Pilules de Pepsine Boudault. — Dose de 3 à 4.

Exiger le cachet Boudault.

Pharmacie COLLAS, 8, rue Dauphine, Paris.

23

NÉVRALGIES, MIGRAINES, FIÈVRES.

PILULES DE SAINT-CLOUD

Chaque pilule contient 1/5e de milligramme d'*Aconitine*, du *Valérianate de Quinine* et du *Valérianate de zinc.*

Phie DUFILHO, Saint-Cloud, et ttes pharmacies.

T-RAPHAEL, VIN TANNIQUE

it exclusivement comme fortifiant dans les ux de Paris, conservé par le procédé de STEUR, membre de l'Institut.

adies de l'appareil digestif. — Chlorose, e, affaiblissement général. — Convalescence. — Affections scrofuleuses.

in de Saint-Raphaël est un vin fort agréable e

E: Un petit verre après les principaux repas.

OT : Dans toutes les bonnes pharmacies.— te en gros chez tous les droguistes.

74

MALADIES DE POITRINE

P D'HYPOPHOSPHITE DE CHAUX

DU Dr CHURCHILL

Sous l'influence des hypophosphites, la toux diminue, l'appétit augmente, les forces reviennent, les sueurs nocturnes cessent, et le malade jouit d'un bien-être inaccoutumé. *Prix : 4 fr. le flacon.*

Pharmacie SWANN, 12, rue Castiglione, Paris.

52

SANTAL CITRIN DE CAVAILLÈS

Capsules à 40 centigr. d'essence pure

Ces capsules, journellement prescrites par les célébrités médicales, ne contiennent que de l'essence de Santal pure rectifiée. Elles remplacent avec avantage le copahu et le poivre cubèbe. — **Phie Rogé-Cavaillès, 9, r. du 4 Septembre, Paris.**

80

LE PHOSPHATE MONO-CALCIQUE

CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.
Vin id. id. à 1 — 60.

Paris, 145, r. de Belleville, et bonnes phies.

15

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

25

CAPSULES ET SIROP DE HOUDÉ

AU SULFATE DE SPARTÉINE

L'expérimentation physiologique et l'observation clinique s'accordent pour démontrer que le sulfate de **Spartéine** exerce une action prédominante et élective sur le fonctionnement du cœur, en augmentant l'énergie, la durée et la persistance des contractions et en régularisant le rythme cardiaque troublé.

Les **CAPSULES** et le **SIROP de HOUDÉ** au **Sulfate de Spartéine** sont donc tout indiqués, chaque fois que le myocarde a fléchi, lorsque le pouls est irrégulier, intermittent, arythmique, dans les *attaques d'asystolie,* dans *l'asthénie cardiaque,* la *dyspnée du cœur* et la *péricardite.*

Dose quotidienne, de 10 à 15 centigrammes.

Dépôt: A. HOUDÉ, Paris, r. fg St-Denis, 42, et phies.

67

SOLUTION PAUTAUBERGE

au chlorhydro-phosphate de chaux créosoté.

Chaque cuillerée contient 10 centigrammes de créosote et 50 centigrammes de sel de chaux; elle doit être prise dans de l'eau sucrée.

Bien tolérée par les voies digestives, cette Solution est facilement acceptée et complètement absorbée; très efficace dans les **Tuberculoses, Affections chroniques broncho-pulmonaires, Scrofules, Rachitisme.**

L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César, Paris.

58

COALTAR SAPONINÉ LE BEUF

DÉSINFECTANT, ANTIDIPHTHÉRIQUE, CICATRISANT.

Admis dans les Hôpitaux de Paris.

GOUDRON LE BEUF -- TOLU LE BEUF

Approuvés par la haute Commission du Codex.

Ces trois produits se trouvent dans les principales pharmacies. — **Se méfier des contrefaçons.**

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

42

CACHETS DIGESTIFS H. MOURRUT

PEPSINE ET DIASTASE

Les cachets Mourrut sont la préparation la plus convenable pour administration de la Pepsine et de la Diastase. Ces deux ferments digestifs sont insolubles dans l'alcool, qui les précipite de leur dissolution dans l'eau; on ne doit donc pas les administrer dans un liquide alcoolique (BOUCHARDAT, *Annuaire,* 1880, p. 138).

Phie CHAMPIGNY, 57, r. Clichy ; 10, r. Port-Mahon.

19

SULFUREUX POUILLET

Approuvé par l'Académie de médecine.

Permet d'obtenir *de suite* et *économiquement* une bonne *eau sulfureuse.*

EN BOISSON : 2 fr. 50 — une mesure (12 centigrammes) dans un verre d'eau.

EN BAINS: 1 fr. — un flacon pour un bain *incolore et sans odeur.*

Vente en gros : 112, rue du Bac, Paris.

72

PILULES SUISSES

(*Pilules de coloquinte composées*)

PURGATIVES, LAXATIVES, DÉPURATIVES

MM. les médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. HERTZOG, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

21

PHTHISIE, BRONCHITES

ET CATARRHES PULMONAIRES

TRAITEMENT CURATIF

PAR LES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE

L'EUCALYPTINE LEBRUN

Dépôt génal : Phie Centrale, fg Montmartre, Paris.

19

L'EAU DE LÉCHELLE

HÉMOSTATIQUE.

Combat efficacement les *hémorrhagies utérines* et intestinales, l'hémoptysie, l'atonie des organes, les affections des muqueuses. *Leucorrhée,* diarrhée, catarrhe, etc.

Dépôt général : 378, rue Saint-Honoré, Paris

11

Eau minérale

ARSENICALE, FERRUGINEUSE, MAGNÉSIENNE

FARETTE

Anémie, gastralgie, convalescence, maladies de la peau.

22, rue du Quatre-Septembre, Paris.

66

PILULES DE BLANCARD

A L'IODURE FERREUX INALTÉRABLE

Approuvées par l'Académie de médecine de Paris

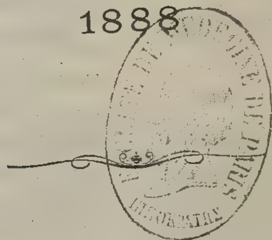
Employés dans l'**anémie,** la **chlorose,** la **leucorrhée, l'aménorrhée,** la **cachexie scrofuleuse,** la **syphilis constitutionnelle,** le **rachitisme,** etc., etc.

N. B. — Exiger toujours la signature ci-contre. Blancard

Pharmacien, 40, rue Bonaparte, Paris.

TABLE DES MATIÈRES

1888



B

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

T

U

V

Z

NOMS DES AUTEURS

DONT LES TRAVAUX ONT ÉTÉ PUBLIÉS DANS LA GAZETTE DES HOPITAUX

EN 1888

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE